

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
POLÍTICA SOCIAL

Roseli da Fonseca Rocha

A política de proteção integral no município de Niterói dirigida a crianças e adolescentes em situação de risco social por envolvimento com drogas: avanços e entraves institucionais

Niterói, março de 2005

Roseli da Fonseca Rocha

A política de proteção integral no município de Niterói dirigida a crianças e adolescentes em situação de risco social por envolvimento com drogas: avanços e entraves institucionais

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: **João Bosco Hora Góis**

Niterói, março de 2005

**A política de proteção integral no município de Niterói dirigida a
crianças e adolescentes em situação de risco social por envolvimento com
drogas: avanços e entraves institucionais**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em
Política Social como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Niterói, 30 de março de 2005

Banca Examinadora:

Prof. Dr. André Augusto Pereira Brandão

Prof. Dr. João Bosco Hora Góis(Orientador)

Prof. Dr. José Ricardo Ferreira Cunha

A meus irmãos,
Robson, Roberto e Isaias (*in memoriam*)
e Ricardo José da Fonseca Rocha

Aos meninos,
Marcos Antonio Dias Ribeiro
e Adriano Romão (*in memoriam*)

E, a todas crianças e adolescentes,
vítimas e sobreviventes de uma sociedade tão injusta e desigual.

Agradecimentos

-A Deus, por permitir-me o exercício da arte de viver: **Vida é Arte!**

-Ao meu dedicado orientador, prof. João Bosco Hora Góis. Seu otimismo e incentivo foram decisivos para eu chegar até aqui. A você minha eterna admiração e muito obrigada por tudo. Seja muito FELIZ!

-Aos meus pais, Antonia Cezarina da Fonseca Rocha e Hudson Maia Rocha. Vocês são a minha razão de viver. Obrigada por estarem aqui e em qualquer circunstância sempre torcendo por mim.

-A amiga Elaine Ferreira do Nascimento, pela solidariedade e carinho. Tudo começou com seu incentivo. Muito obrigada pela sua amizade e companheirismo!

-A amiga Lucia Helena Gomes, pela força e pelo carinho, você também faz parte dessa minha chegada. Além da amizade, você é um exemplo de profissional. Felicidades!

-Aos professores da Banca Examinadora .André Brandão e José Ricardo Cunha. Muito obrigada por aceitarem o meu convite para a avaliação deste trabalho.

-A minha tia, Marlene Rocha Inocêncio pelas orações, carinho e incentivo. Você é o meu exemplo de perseverança e Fé.

-A amiga Andréa de Andrade Lopes, pelas discussões críticas, pelas reflexões, pelas preces e pelo apoio incondicional. Muito Obrigada!

-Ao amigo Cícero Rogério da Silva Barros, pelo carinho, solidariedade e paciência. Felicidades!

-Aos amigos e Conselheiros Tutelares: Alexandre Ferreira do Nascimento, Ana Lucas, Dina Carvalho, Ezequiel Braça, Neilson Nascimento e Terezinha Aparecida Vieira. Muito obrigada pela disponibilidade e sensibilidade de todos e todas!

-A minha *segunda-mãe*, Dona Alaíde Delfina da Conceição, pelas preces e por tudo que representas na minha vida.

-Ao meu tio Edilson Maia Rocha (tio Cabana), pelo carinho e por permitir-me o exercício da gratidão!

-A amiga Marisa de Souza Chaves Gaspary, pelo carinho, incentivo e confiança. Você é um exemplo de *práxis* profissional.

-As amigas de longa caminhada: Jurema Araújo, Eliane Barbosa, Luciana Mendonça, Selma da Silva Poulet, sem o carinho de vocês eu não sobrevivo;

-Ao amigo Sergio Henrique Teixeira, o meu Serginho, obrigada pelos debates e reflexões e principalmente pelo carinho e amizade.

-Ao amigo José Nilton de Souza, pelo carinho, incentivo e pelas reflexões primorosas. Você é um exemplo de compromisso com a luta pelos direitos da criança e do adolescente.

-As professoras da Escola de Serviço Social/UFF: Nivia Valença Barros, Cenira Duarte Braga, Rita de Cássia Santos Freitas, Sueli Gomes e Lenaura Lobato. Obrigada por fazerem parte dessa minha trajetória!

-A Professora Estela Scheinvar pelo incentivo intelectual e pelas reflexões críticas que muito contribuíram no exercício do meu mandato como conselheira tutelar. Obrigada.

-Aos amigos Carlos Alberto Guimarães, Claudia Nascimento Campos, Sebastião de Souza(Tão), Albertina M^a da Conceição Medeiros, Sheila Allan, Alcileia Pereira, Pastor Anderson Reid, Luziene e Pedro, direta ou indiretamente me ajudaram a concluir essa caminhada, muito obrigada a todos!

-A Prof^a Iolanda Oliveira, Dona Odete, as assistentes sociais Palmira Santos e Silvana Pinheiro e Marcos Antonio. Muito obrigada pelas importantes contribuições.

-Aos amigos e companheiros de trabalho do CEOM-Zuzu Angel: Aninha, Bira, Luzia, Gloria, Claudinha, Eliane, Dulce, Dora, Camila, Mauro, Dina . Obrigada pela força!

-A tia Lucia, Alex e toda a família de Andrade Lopes. Obrigada pelo carinho e pelas orações.

-As amigas e companheiras de trabalho da SES: Martha Britto e Kátia Aguiar.

-A coordenação e a toda equipe profissional do CRIAA-UFF.

-Ao Mestre Macedo e a todos os assistentes de mestre da **Perfect Liberty** de Niterói, em especial: Dionizia, Mary, Solange, Ronaldo, D. Neuzinha, Sr. Nilton, D. Celina e Rosane.

-Aos amigos do curso de Mestrado: Aparecida Natia, Rosane Cavalcante, Melissa Yakooub, Elizangela Souza, Ana Lole, José Barbosa, Tatiana Meire, Regina Coeli, Celeste Anunciata, Eduardo, Maria Jose Pereira Fernandes e Deise Marques.

-As minhas crianças, Jhonatan Luan, Roberto Vinicius, Mayara Inae, Julia , Aime, Sabrina Winie, Maira, Taiane, Monara, Patrícia, Washington Daniel e Malcolm X. Vocês são a minha esperança de dias melhores.

SUMÁRIO

Introdução: A produção do objeto: relações pessoais e reflexões intelectuais	13
Capítulo I: A História da Política de Atenção à Criança e ao Adolescente no Brasil	19
1 - Da Roda ao SAM: caridade e filantropia na atenção à “infância e juventude desvalida”	19
2 – SAM e FUNABEM: proteção ou violência contra a criança e o adolescente?	29
3 – Por um novo código de menores – o fracasso do esforço de democratização da política de assistência a infância.	35
4 - O processo de redemocratização do país e a produção de uma nova lógica de atenção a crianças e aos adolescentes	37
Capítulo II : Crianças e Adolescentes em situação de risco social por envolvimento com drogas: perfil, demandas, solicitantes e medidas	53
1 - Quanto à identificação da criança e do adolescente	56
1.1- Quanto à faixa etária	56
1.2 – Quanto ao sexo	57
1.3- Quanto à raça	59
1.4- Quanto à origem de moradia	61
2- Quanto à identificação do solicitante	62
2.1- Solicitação feita pela família	63
2.2- A solicitação por Órgãos Públicos	66
2.3- Solicitações feitas pelas próprias crianças e adolescentes	67
2.4- Solicitação pelas Entidades de Atendimento	68
2.5- Solicitação por outro membro da família	69
2.6- Solicitação pela autoridade policial	70
2.7- Solicitação por denúncia anônima	71
3- Quanto ao tipo de demanda que chega ao Conselho Tutelar	72
3.1- Quanto ao uso e envolvimento com o tráfico de drogas	73
3.2- A ameaça de morte	74
3.3- Situação de rua	75
3.4 - Vínculo Familiar	77
4 - Quanto às Medidas de Proteção	79
Capítulo III : As Instituições por onde transitam e as políticas de Atendimento	83
1 - O I Conselho Tutelar de Niterói	83

2 - O Centro Regional Integrado de Atendimento ao Adolescente CRIAA-UFF	88
2.1- Histórico e Estrutura	88
2.2- Abordagem	89
2.3- Atendimento	98
3- A Percepção dos Atores envolvidos e a política de atendimento	104
Considerações Finais	113
Bibliografia Geral	118

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo mais amplo examinar o estado da política de atenção às crianças e adolescentes em risco social por envolvimento com drogas na cidade de Niterói- Rio de Janeiro. Centra sua análise no exame de duas organizações envolvidas diretamente com esta problemática na cidade: o I Conselho Tutelar e o CRIAA – UFF. Dados para a pesquisa foram obtidos de diferentes fontes: prontuários das crianças e adolescentes existentes no Conselho e no CRIAA-UFF, entrevistas com usuários e técnicos das organizações, documentos oficiais, etc. Resultados apontam para a existência de um discurso relativamente avançado em relação à questão, mas que não consegue ainda se expressar em termos de políticas eficazes de atendimento. Contribui para isso, dentre outros fatores, a pouca visibilidade do problema e ausência de infraestrutura nas organizações.

ABSTRACT

This dissertation aims at examining the social policy directed to children and youth involved with drugs in Niterói, Rio de Janeiro. It focus on two organizations related to this problem - I Conselho Tutelar and CRIAA – UFF. Data for this research were gathered from different sources: children and youth's files, interviews with organizations' personnel and clients, official documents, etc. Preliminary results indicate the following contradiction: the existence of a relatively progressive discourse about this social problem and the lack of more consistent institutional practices. Reasons for this situation may be found in the low social visibility of the problem and lack of organizational resources.

Minha Alma (A Paz que eu não quero)

A minha alma esta armada
E apontada para a cara do sossego
Pois a PAZ sem voz não é paz
é Medo

Às vezes eu falo com a vida
Às vezes é ela quem diz

Qual a paz que eu não quero conservar
Para tentar ser feliz

As grades do condomínio
São para trazer proteção
Mas também trazem a dúvida
Se é você que está a nessa prisão

Me abrace e me dê um beijo
Faça um filho comigo
Mas não me deixe sentar
Na poltrona no dia de domingo

Procurando novas drogas
De aluguel nesse vídeo
Coagido pela paz
Que eu não quero
Seguir admitindo

Às vezes eu falo com a vida
Às vezes é ela quem diz

Marcelo Yuka
RAPPA

Introdução:

A produção do objeto: relações pessoais e reflexões intelectuais

Sexta-feira, ainda de madrugada, ouvia-se ao longe o galo cantar sob o silêncio e o orvalho do frio da escuridão quando de repente as palmas aceleradas da vizinha acordam minha mãe que, logo em seguida, aflita, me sacode. A notícia soa como uma rajada de AR15: “*Os meninos foram pegos pela polícia!*”. Levantei-me com pressa ouvindo o coração soar tal qual a sirene de ambulância pedindo socorro; dando socorro. Meus pés moviam-se morro abaixo. Parecia fuga, mas o desespero era pela chegada. Enfrentei o medo de pedir perdão por algum pecado não lembrado e desejei a misericórdia divina para que já não fosse tarde demais.

Com uma arma na cabeça submeti-me à ordem para deitar-me no chão. Assim, de costas, com a têmpora na terra, mais uma vez, lembrei-me de Deus. Pedi misericórdia! Ali, subjugada pela força do coturno já tão familiar, não sucumbi ao terror, nem esmoreci na busca. “Cadê meus irmãos? Cadê eles?”, não cansava de perguntar. “Quero-os de volta, vivos!”, repetia. Não poderia retornar para a casa sem tê-los pelas mãos. Minha mãe à espera, angustiada, não suportaria a dor da minha volta solitária. Resistiria a mais uma centena, talvez, milhares de outras humilhações, mas não suportaria o sofrimento de ver aquela mulher- minha mãe - mais uma vez chorar com soluços contidos na garganta causados pela tristeza infinita do sentimento de impotência por não ter podido proteger seus filhos.

O amanhecer, que sempre nos traz com a luz do sol sentimentos de esperança, nasceu cinza, nublado, tal qual o meu coração. O “resgate” daquela madrugada terminou com o retorno dos meninos vivos para a casa. A alegria da mãe contrastava com as marcas das torturas nos corpos pardos-magros dos filhos. A minha dor que por hora era aliviada, não terminaria com esse “final feliz”. Foram muitas e muitas outras madrugadas e manhãs de *buscas* pela vida e

intermináveis fugas da morte. Sofríamos tanto pela cotidiana violência física da truculência policial, quanto pela violência “simbólica” perpetrada por integrantes do “movimento”¹. Todos reféns, presos na pobreza da favela sob a égide da lei do silêncio e do mando do mais forte.

O envolvimento dos meninos com mundo das drogas adoeceu toda a família e todos, direta ou indiretamente, morriam a cada dia com o sofrimento de uma vida de pesadelos que só teve fim quando não se tinha mais nada a se temer. A morte que tanto nos ameaçava chegou e como já estávamos tão anestesiados pelos anos de medo e dor nem pudemos dispensar tantas lágrimas que seriam, em outras situações, normais diante da perda de entes queridos tão próximos, tão amados. Restou-nos, apenas, a saudade e, talvez bem lá no fundo, no inconsciente, um sentimento de alívio: Enfim tudo acabou!

A dependência e a participação no comércio/tráfico de drogas foram determinantes para morte dos meus irmãos ainda jovens. Mas, quais seriam as causas ou motivações que os levaram a “escolhas” tão fatais?

Talvez devesse ter escrito um livro onde pudesse exorcizar todos os fantasmas que me afligiam a alma. Seria sem dúvida um relato de histórias sofridas, perdas irreparáveis, trajetórias circunscritas numa vida - tal qual uma estrada cujo horizonte são várias bifurcações - conturbada, cheia de incertezas e marcada pela dor, mas, que apesar de tudo, ainda vivida com a esperança de que dias *melhores viriam*. E, vieram!

Aos poucos canalizei muitos dos sentimentos gerados nessa situação para o esforço coletivo de atenção às crianças e adolescentes brasileiros que começou a se desenhar no início dos anos de 1990. Momento crucial desse processo foi a oportunidade que eu tive de concorrer ao mandato de conselheira tutelar, em 1999, no município de Niterói. Tendo sido eleita, pude atuar em defesa de um atendimento digno a essa população, bem como lutar por políticas públicas para a infância e adolescência que, de fato, garantissem sua proteção integral.

Embora creia ter contribuído com o processo de conquistas de políticas para a infância e adolescência durante o período que exerci aquela função

¹ Designação dada ao comércio/tráfico de drogas nas favelas do Rio de Janeiro.

(setembro de 1999 a junho de 2003)², encerrei o mandato sem ver implementada uma política de atenção à criança e ao adolescente envolvidos com drogas.

São poucos os programas voltados para essa população específica. No município de Niterói há, hoje, apenas duas instituições, o CRIAA-UFF e o GEAL, também vinculado a UFF, que prestam atendimento ambulatorial àquela população. E esta realidade não é exclusiva da cidade de Niterói, pois em todo o estado são escassos os serviços oferecidos nessa área.

Além da quase inexistência de uma política de enfrentamento dessa realidade, a preocupação com esse tema no universo acadêmico é também muito tímida. Embora seja possível encontrar significativas elaborações sobre drogadicção de crianças e adolescentes, há ainda uma grande lacuna na reflexão a respeito das várias dimensões que constituem a relação do mundo das drogas com esse segmento social específico. Um esforço essencial nesse domínio deve ser a investigação das características – extensão, escassez, precariedade, abrangência, fundamentos éticos, impactos, etc. - de uma política pública e privada de atenção integral à criança e ao Adolescente em situação de risco social com envolvimento de drogas no Estado do Rio de Janeiro.

Neste quadro é cabível levantar algumas perguntas. Por que a discussão acerca das drogas aparece, quase sempre, apenas sob a perspectiva da repressão-punição? Por que ainda tomamos esse tema como um tabu? Quem é a população vitimizada com a falta de intervenção mais eficaz na prevenção e tratamento da drogadição? A partir do princípio da Proteção Integral o que os governos e a sociedade organizada têm proposto para o enfrentamento dessa realidade que tem subtraído diariamente a vida de crianças e adolescentes?

A inserção no curso de Mestrado em Política Social da UFF me permitiu caminhar na elaboração de respostas provisórias a essas questões e a levantar outras novas acerca desse tema. Antes de avançar no curso partia inicialmente da hipótese de que identificando nos atendimentos realizados pelo Conselho Tutelar

² - A consolidação da Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói, criação Casa de Passagem, criação de mais um Conselho tutelar, criação do Núcleo de Atenção Especial a Criança e ao Adolescente, que trata dessa população quando é vitimada por maus tratos; criação do Dia Municipal de Enfrentamento da Violência à Criança e ao Adolescente.

as demandas relativas a essa população poderia traçar o diagnóstico da realidade das políticas para a infância e adolescência em situação de risco social no município de Niterói.

Partia também do princípio que, analisando o fluxo da dinâmica deste órgão - demanda social; constatação da violação de direitos; aplicação de medidas de proteção; restituição do direito violado, chegaria às ações de assistência a essa população específica, podendo assim ter o "mapa" daquela realidade. Todavia, no decorrer do Mestrado pude identificar outros elementos fundamentais para uma melhor apreensão do objeto em estudo, tais como os aspectos políticos-ideológicos que envolvem a discussão acerca das drogas: o descompromisso do poder público com essa questão, o fato da discussão sobre drogas historicamente em nosso país gerar sempre muito *desconforto* na população de um modo geral. Além disso não podemos esquecer que o seu uso está sempre associado a idéia do proibido, do que é ilegal e passível a comportamentos violentos e a repressão policial.

Diante disso, é preciso estarmos atentos às tantas outras variáveis que podem ser exigidas nesse processo de desvelamento e construção do objeto. Caso contrário, se nos prendermos às *amarras* do que nos é oferecido pelo senso comum, dificilmente escaparemos, ao final de nossa investigação, de conclusões pouco qualitativas e confiáveis sob o ponto de vista científico.

A partir de Bourdieu (1998), podemos dizer que o processo de desvelamento do objeto é também o processo de construção deste mesmo objeto; ele não pode ser considerado, investigado em si mesmo, mas no interior de outras relações sociais, pois ele só é algo em relação a um outro ou em relação a outros. Faz-se necessário contextualizá-lo no tempo e no espaço, este objeto pesquisado faz parte de um todo, está inscrito em uma realidade relacional.

A partir dessa perspectiva produzimos a nossa investigação. Demos início ao trabalho de campo no I Conselho Tutelar de Niterói. Inicialmente fizemos um levantamento preliminar da documentação disponível e verificamos a acessibilidade a ela que se revelou bastante fácil em função da minha experiência anterior como Conselheira. Infelizmente, contudo, o volume de material

ultrapassara bastante o volume de dados que poderíamos manusear, o que terminou por definir o tamanho da nossa amostra. Como a investigação incluía também o exame das instituições de atendimento a criança e ao adolescente em situação de risco por envolvimento com drogas, decidimos também investigar a rede prestadora de serviços nessa área na estado do Rio de Janeiro. Mais uma vez, contudo, tivemos que reduzir nossa área de investigação para apenas uma organização - o CRIAA/UFF. Ali tivemos o nosso acesso facilitado por fatores semelhantes aos do CT, embora a ausência de uma melhor sistematização da documentação - algo parcialmente superado pelas entrevistas concedidas pelos técnicos da organização - tenha dificultado o nosso trabalho. Foram também realizadas entrevistas com conselheiros tutelares e usuários destes serviços.

Os resultados desse processo foram organizados nos capítulos a seguir descritos.

No I capítulo discorreremos sobre a história da política de atenção à criança e ao adolescente no Brasil, buscando dar um breve panorama da trajetória dessa política. Quais os paradigmas, concepções e ações, no que tange à sua assistência, surgiram desde o *sistema de Roda* do século XIX à política de proteção integral a partir da década de 90 do século XX? Essa questão foi que nos orientou no desenvolvimento desse capítulo. Sem a pretensão de esgotar todos os elementos que constituem a história dessa política, buscamos através da construção desse processo nos ater aos momentos considerados históricos para as ações voltadas para a infância e adolescência em nosso país. Assim, encontraremos no interior desse capítulo o momento da promulgação dos códigos de menores de 1927 e 1979, a implementação do Serviço de Assistência ao Menor – SAM em 1941, a criação da Fundação Nacional de Bem Estar do Menor – FUNABEM em 1964 e ainda, o processo de luta e construção do novo paradigma de concepção da criança e do adolescente - o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA em 1990.

No II capítulo caracterizaremos as crianças e adolescentes envolvidas com drogas e o contexto sócio-econômico e familiar no qual elas se inserem. Quem é o menino e menina que estão nessa situação? Quais são os fenômenos

imbricados na relação dessa população específica com o universo das drogas? Quais os direitos ameaçados ou violados e as medidas aplicadas para sua restituição? São essas as perguntas que tentaremos responder.

Já no capítulo III nos ocuparemos do exame de como, em face da dinâmica imposta pela população descrita no capítulo II e das imposições ideológicas apresentadas no capítulo I, se realiza o fluxo de atendimento a criança e ao adolescente em situação de risco social por envolvimento com drogas, o papel do Conselho Tutelar enquanto órgão de defesa de direitos e os serviços de atendimento existentes no município de Niterói. Analisaremos, a partir dos dados dos prontuários de atendimento do I CT do município, das propostas de intervenção das Entidades de atendimento e de entrevistas com operadores de direito e de usuários dos serviços existentes, como a configuração desse universo modela os limites e possibilidades das práticas institucionais.

Capítulo I

A História da Política de Atenção à Criança e ao Adolescente no Brasil

Há quase quinze anos da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA - Lei 8069/90 - ainda nos deparamos com uma realidade social marcada pela ausência ou precariedade de políticas de atenção a este segmento social. Embora o ECA preconize a proteção integral àquela população, podemos ainda afirmar que princípios postulados na lei anterior - o Código de Menores de 1979 - até hoje orientam muitas das políticas executadas pelos governos do nosso país. Tais políticas enfatizam a repressão e assistência pontuais e focais a crianças e adolescentes que estão em situação de miserabilidade e/ou em situação de "ameaça social", em detrimento de ações de proteção e promoção para a cidadania. Isto, entretanto, deixa de ser surpreendente quando consideramos a história das práticas e concepções subjacentes às políticas de atenção ao segmento social em questão. Tal história constitui o objeto de discussão deste capítulo.

1 - Da Roda ao SAM: caridade e filantropia na atenção à “infância e juventude desvalida”

Até final do século XIX era através da caridade cristã difundida principalmente pela Igreja Católica que crianças órfãs, enjeitadas e pobres recebiam acolhida e assistência. Um dos instrumentos operacionais da caridade era a Roda dos Expostos, que surgiu no Brasil no século XVIII inspirada na experiência europeia. A Roda era o lugar onde eram deixadas crianças fruto de relações amorosas estabelecidas fora do casamento ou filhas de mulheres escravizadas alugadas por seus senhores como ama-de-leite. Nela eram também abandonadas as crianças órfãs das vítimas de epidemias que ocorreram no século

XIX, tais como a febre amarela, cólera e varíola. Gonçalves (apud Arantes, 1995, p. 191) descreve a estrutura e funcionalidade das Rodas nos seguintes termos:

(...) aparelho, em geral de madeira, de formato de um cilindro, com um movimento rotativo, anexo a um asilo de menores. A utilização desse tipo de engrenagem permitia o ocultamento da identidade daquele(a) que abandonava. (...) A manutenção do segredo sobre a origem social da criança resultava da relação promovida entre abandono de crianças e amores ilícitos.

Embora emblemática da forma como era entendida e tratada a infância pobre no Brasil colonial e imperial, a Roda não constituía o único espaço para onde ela era encaminhada. Ao seu lado figuravam também, sob diferentes denominações (Casas dos Expostos, Depósitos dos Expostos, Casa da Roda, etc.), instituições asilares que recebiam as crianças e adolescentes frutos da exclusão social e moral do período.

Esses lugares tinham como característica comum o fato de não oferecerem condições adequadas de higiene e recursos necessários para os cuidados requeridos por recém-nascidos e crianças pequenas. Ademais, neles se registravam inúmeras situações de maus tratos e utilização de castigos físicos. Isso em muito contribuía para ocorrência de elevados índices de mortalidade como se dava, por exemplo, na Casa dos Expostos do Rio de Janeiro onde nos anos de 1852 e 1853 tal índice foi de cerca de 70% (Teixeira apud Rizzini, 1995).

A predominância da Igreja na assistência às crianças pobres só começa a ser alterada quando sua ação se mostra incapaz de garantir a tranquilidade às elites sociais que se sentiam ameaçadas com o aprofundamento da pobreza nas grandes cidades. A partir de então a filantropia, que se fundamentava na racionalidade da ciência e na filosofia positivista, passa também a constituir-se enquanto uma das bases ideológicas organizadoras da assistência dirigida a crianças e adolescentes pobres, adequando-a às novas exigências sociais, políticas, econômicas e morais postas pelas grandes mudanças que se deram no país a partir de finais do século XIX.

Naquele momento as ciências ganharam relevância social e política, passando a influir decisivamente nas concepções do que seria uma sociedade e população saudáveis. A tônica do seu discurso era formar um novo homem que fosse prático e avesso à anarquia e incrementar uma sociedade onde o trabalho constituísse a base para o desenvolvimento econômico e o progresso (Reis, 2000). Esses pressupostos, marcadamente a idéia de uma ação organizada e metódica, contribuíram para o surgimento de várias organizações civis que, a partir de esforços de racionalização da assistência, buscavam dar conta da crescente presença de menores pobres nas grandes áreas urbanas (Mott, 2003).

No seu levantamento das instituições de assistência ao menor existentes no período de 1738-1930, Rizzini (1993) identificou várias que ainda que tivessem formas diferentes de organização e manutenção, tinham sua concepção e intervenção voltadas basicamente para a formação moral do homem e sua preparação/treinamento para o trabalho. No cadastro elaborado pela autora podemos encontrar instituições mantidas tanto pelo Estado quanto por organizações religiosas ou privadas que explicitam um pouco dessa crença no trabalho como instrumento de disciplina e preparação da criança para o mundo adulto. Podemos destacar, como exemplo, as seguintes instituições:

- Associação Protetora da Infância Desamparada foi criada em 1883 e tinha como um dos seus objetivos preparar "menores" pobres e desamparados para o trabalho, "incutir-lhes hábitos de trabalho e o gosto pela cultura agrícola, primeiro manancial da riqueza do país, proporcionando ao mesmo tempo os sólidos princípios da Educação primária; -O Asilo Agrícola Santa Isabel foi fundado em 1886 e era mantido pela Associação Protetora da Infância desamparada. Destinava-se, como consta em seus registros, a meninos vagabundos ou destituídos de amparo da família, que aí receberão educação moral e religiosa, instrução primária, elementos de instrução primária, elementos de instrução profissional, ensino agrícola de caráter prático; - O Instituto de Proteção e Assistência à Infância foi fundado pelo Dr. Moncorvo Filho em 1880 e, embora particular, recebia subvenção dos cofres federais. Preocupa-se com os menores de até 14 anos que sofriam maus tratos, dispensando toda proteção necessária *às crianças que recebiam maus tratos físicos, habituais ou excessivos; às que estavam privadas dos cuidados indispensáveis; às que se entregavam à mendicância, vadiagem ou libidinagem, às moralmente abandonadas, tais sejam os filhos de pais de má*

conduta, ébrios, mendigos ou condenados. - O Asilo de Meninos Desvalidos mantido pelo Estado foi criado em 1875 para atender meninos de baixa renda na faixa etária entre 8 e 21 anos com vistas a dar-lhes futuros ofícios , encaminhá-los para a carreira de armas ou instrução superior de acordo com aptidão e inteligência. - O Orfanato Santo Antonio mantido por instituição religiosa foi criado em 1905 para atender meninas e tinha como finalidade asilar e dar instrução primária e ensino doméstico às meninas órfãs, desvalidas, visando formar futuras criadas e esposas de operários (Rizzini,1993, p.189-190).

Além dessas instituições, várias outras existiram nessa mesma perspectiva: *acolher*, corrigir e disciplinar para o trabalho.

O encontro dos dois modelos de assistência à criança (caridade e filantropia) até aqui sinalizados foi marcado por muitos confrontos. Isto, entretanto, não conduziu à eliminação de um ou de outro. Ao contrário, o que se viu como resultado desse conflito foi o estabelecimento de uma relação cooperativa entre os dois modelos a qual levou a compatibilização da existência concomitante e harmônica deles. Isso foi possível devido ao fato de ambos, embora a partir de concepções distintas, terem o mesmo objetivo final: a preservação da ordem social sem a contrapartida da eliminação dos dilemas gerados pela pobreza através do desenvolvimento de ações de promoção social. Outrossim, tanto a filantropia quanto a caridade tinham em comum a ênfase no isolamento das crianças através da internação em asilos e internatos nos quais o que se poderia chamar de educação era orientado para o trabalho e para a disciplina.

Foi somente a partir de meados do século XIX que o Estado começou, lenta e discretamente, a desempenhar um papel mais ativo na assistência a crianças pobres. Embora as duas matrizes apontadas acima tenham sobrevivido e influenciado o desenho das práticas assistenciais estatais, foi o higienismo - prática baseada na idéia de saneamento preventivo da população, tendo na psiquiatria e outras áreas médicas o solo fértil para a propagação de suas

concepções de limpeza, e controle social - a orientação teórico-ideológica que mais forte influência exerceu sobre elas³.

A medida em que ocupavam um papel cada vez mais importante na burocracia estatal, os médicos higienistas foram capazes de implementar uma série de medidas sanitárias que sob a justificativa de prevenir doenças, buscavam garantir, com eficiência, o controle sobre a população pobre. Podemos destacar como uma dessas medidas a vacinação obrigatória contra varíola que encontrou, contudo, grande resistência da sociedade. Assim, é correto afirmar que a medicina higienista surge tanto como uma política de assistência à saúde quanto como um forte instrumento de controle social do Estado sobre as camadas excluídas (Costa,1989).

Esse controle exercido pela medicina sofreu forte influência do pensamento intelectual dos EUA e da Europa onde o eugenismo - termo então definido como uma ciência voltada para o melhoramento das potencialidades genéticas das espécie humana (Cashmore, 2000) - e, a teoria da degenerescência - teoria decorrente da idéia de que a miscigenação causaria a degeneração das raças preponderavam. Devido a isso, a purificação da raça passa a ser no Brasil uma preocupação das ações médicas de prevenção⁴. O foco da atenção médica passa a ser a família ou mais especificamente as heranças genéticas e a possibilidade delas gerarem indivíduos com "desvios patológicos". Daí porque os higienistas atribuíam grande importância aos exames pré-nupciais. Comentando esta questão, Góis afirma:

A necessidade de formação de uma raça saudável constituiria justificativa bastante para cancelar paixões e interditar desejos, submetendo-os ao saber médico, que tem seu papel mais uma vez valorizado no concerto das funções públicas (Góis,1993, p. 103).

³ - Data desse período a criação do Imperial Instituto de Meninos Cegos (1854); do Imperial Instituto de Meninos Surdos(1955); Escola de Aprendiz de Marinheiro(1873); do Asilo de Meninos Desvalidos(1875); da Escola Quinze de Novembro(1890) (Arantes,1995 p.195).

⁴ - É importante ressaltar tal influência na cultura médica brasileira do início do século XX para que possamos então perceber como as políticas de assistência à infância nesse período e nas décadas seguintes, foram impregnadas de concepções eugenistas, que fundamentaram a teoria da degenerescência.

Segundo os médicos e a intelectualidade científica da época, devido à transmissão hereditária das patologias, que poderiam ser congênitas ou adquiridas com a influência do meio, fazia-se necessário um investimento maior em ações voltadas para a infância (pobre). Assim, via-se consolidar a política de internação do "menor abandonado" em instituições de prevenção, onde supunha-se que o meio ambiente salutar evitaria, que sua herança patológica aflorasse (Rizzini,1993).⁵ São assim reservados aos menores abandonados, os preventórios e, aos delinqüentes, os reformatórios.

É a partir do movimento médico higienista que a infância foi se tornando no país, principalmente para o Estado, um tema relevante. É daí que surge a idéia da criança como futuro da nação, devendo, portanto, ser bem cuidada desde antes de sua concepção. Vale ressaltar, contudo, que esse futuro seria constituído apenas por crianças oriundas das camadas sociais mais abastadas. As crianças pobres eram vistas como frutos da decadência humana. Assim não possuíam virtudes e eram percebidas como ameaça às elites da sociedade. Para essas é que a assistência se tornava necessária. Naquela época ressaltava-se o valor desses cuidados à infância em discursos públicos, tais como o proferido pelo Dr. Alfredo Magalhães⁶:

Quando recolhemos um pequeno ser atirado nas tumultuosas marêtas dos refolhos sociais, victimas de paes indinos ou de taras profundas , não é elle que nos protegemos, são as pessoas honestas que defendemos; quando tentamos chamar ou fazer voltar à saúde physica ou moral seres decadentes e fracos, ameaçados pela contaminação do crime, é a própria sociedade que defendemos contra aggressões das quais, para ella mesma, o abandono das crianças constituem uma ameaça ou um preságio (Magalhães apud Arantes,1995, p.200-201).

⁵ - A partir do debate internacional do final do século XIX, as crianças de famílias pobres, que não eram consideradas habilitadas a educar seus filhos, passaram a ser identificadas como 'menores'. (Rizzini, 2002, p. 40) e ainda: "A categoria dos menores se destaca da de infância, notadamente pelo seu caráter desviante, passando a representar um grupo de menor valia para a sociedade produtiva, o qual por potencial ou efetivamente se desviar da norma, aglutinará em torno de si uma assistência e um aparelho judiciário e legislativo cada vez mais especializado" (Rizzini, 1993, p. 38).

⁶ Discurso proferido pelo Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães, em nome dos delegados oficiais dos Estados do Brasil, na sessão inaugural do Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, em 27 de agosto de 1922. (Arantes, 1995, p.200-201).

Seria ingênuo, contudo, pensar que foram somente as idéias higienistas que impeliram o Estado a ter um papel atuante nesta área. Ao lado das influências ideológicas médicas, devem também ser salientadas, como sinalizamos antes, as pressões sobre as diferentes esferas governamentais das elites que compunham a intelectualidade e os grupos políticos e econômicos desse país com relação ao aumento da pobreza em consequência da expansão das cidades e da industrialização, e os riscos que ela trazia para uma ordem social que se desejava manter a todo o custo.

A população pobre e marginalizada que era constituída por operários, camponeses, prostitutas, mendigos, artistas, doentes, andarilhos, menores viciosos e setores pauperizados da baixa classe média, constituíam 70% da população urbana no início do século passado. Tal realidade acentuava o abismo social entre os setores economicamente privilegiados e as massas desfavorecidas economicamente. Assim via-se o aumento volumoso de formação de favelas e cortiços e um crescente contingente de populações de rua, dentre as quais crianças⁷. Diante dessa realidade social, a demanda por maior controle sobre essas populações aflora e tem na intervenção médica, junto com a repressão policial e outras medidas de coerção física e moral, uma forte aliada:

A medicina vai se apresentar como o poder político e técnico capaz de esquadrihar esta população, seja através da análise dos elementos do meio prejudiciais à saúde, como também através de propostas práticas que levam a uma reorganização do espaço urbano no sentido de uma maior vigilância e controle de sua população (Rizzini, 1993, p.20).

As duas décadas iniciais do século XX assistiram a um aumento da intervenção do Estado na assistência às crianças pobres e abandonadas e o início da formalização de modelos de atendimento. Datam daquele momento as seguintes ações: A lei nº 4.242, artigo 3º de 5 de janeiro de 1921, autorizava o governo a organizar o "Serviço de Assistência e Proteção à Infância Abandonada e Delinqüente"; em 1922 ocorreu I Congresso de Proteção à Infância, presidido

⁷ - Vemos assim, que o fenômeno "menino de rua" que nos é tão contemporâneo hoje, é uma questão social histórica com raízes enraizadas na história da constituição desse país.

pelo Dr. Moncorvo Filho; em 1923, o Decreto 16.273 tratava de reorganizar a Justiça do Distrito Federal, incluindo a figura do Juiz de Menores na administração da Justiça; em 1924, o Decreto 16.300 institui a Inspetoria de Higiene Infantil, como parte do Departamento Nacional de Saúde Pública. Também nesse último ano é aprovado o regulamento do Conselho de Assistência e Proteção dos Menores, que era uma Associação de utilidade pública (Pilotti e Rizzini 1995; Rizzini, 2002).

Todavia, esse processo não gerou mudanças significativas nas condições de vida das crianças e das famílias pobres. Ao contrário, o que de fato se viu foi a psiquiatrização e criminalização da infância pobre legitimada por um número crescente de especialistas do campo social.

Recolhida a instituições 'higiênicas' ou 'pedagógicas', a criança pobre passou a ser constantemente submetida a observações, exames, avaliações: no caso das meninas, exame ginecológico, para se detectar a integridade do hímem; exame da ossatura, para verificação da idade; testes, para aferição da inteligência e personalidade; inquéritos, a respeito da vida pregressa e entrevistas psico-sociais, para avaliação das condições familiares (Arantes, 1995, p.206).

Essa tendência se aprofunda, se diversifica e tem ratificado o seu estatuto legal a partir de 1927 com a promulgação do 1º Código de Menores, também conhecido como Código Mello Matos em homenagem ao primeiro juiz de menores da América Latina. Tal código orientou a formulação de políticas públicas para a área da infância nos cinquenta anos seguintes. Destaca-se dentre seus artigos o que ratifica a legitimidade das ações de asilamento de qualquer criança que o juiz julgue estar em eminência de ser abandonada ou em delinquir:

Se o menor for abandonado, pervertido, ou estiver em perigo de o ser, a autoridade competente promoverá a sua colocação em asylo, casa de educação, escola de preservação, ou o confiará a pessoa idônea, por todo o tempo necessário á sua educação, contanto que não ultrapasse a idade de 21 annos (Código de Menores de 1927 apud Rizzini, 2002, p.30).

Vê-se aí consolidada a aliança entre a Justiça e Assistência, configurando a origem da ação tutelar do Estado sobre à infância dita "desprotegida":

Os representantes da Justiça e da Assistência buscam na aliança a auto-sustentação pela complementação de suas ações. Ambas se inserem na lógica do modelo filantrópico, que visava o saneamento moral da sociedade através da assistência imposta ao pobre (Rizzini, 2002, p.32).

O Código de Menores de 1927 combinava a visão higienista de proteção do meio e do indivíduo com a visão jurídica repressiva e moralista. Previa a vigilância da saúde de crianças, dos lactantes, das nutrizes, e estabelecia a inspeção médica da higiene. As crianças abandonadas podiam ter, por determinação do juiz, sua guarda dada a famílias que assumiriam sua educação e vigilância sob a forma de "soldada" (Faleiros, 1995,p.63).⁸

Nesse Código, que se sustentava ideologicamente na manutenção da ordem moral e social, a função do Juizado de Menores foi fortalecida, atribuindo-se à figura do juiz e às suas decisões um caráter inquestionável.

A legislação refletia um protecionismo, que bem poderia significar um cuidado extremo no sentido de garantir que a meta de resolver o problema do menor efetivamente seria bem sucedida.(...) Uma simples suspeita, uma certa desconfiança, o biotipo ou a vestimenta de um jovem poderiam dar margem a que fosse sumaria e arbitrariamente apreendido (Rizzini,1997, p.236).

Segundo Silva (1998) o Código de Menores legislava sobre as crianças de 0 a 18 anos que estivessem em estado de abandono por não terem moradia ou por falta dos pais, que poderiam ser falecidos ou considerados incapazes de exercer o pátrio poder por serem vagabundos, mendigos, criminosos, prostitutas

⁸ - A "Soldada" era o 'processo através do qual, qualquer pessoa, necessitando de alguém para prestar serviços domésticos, procurava o Juiz e solicitava a entrega da menor, antecipadamente escolhida, mediante a soldada. O juiz autorizava a entrega, mediante assinatura do "termo de responsabilidade", onde o requerente se comprometia a depositar mensalmente em caderneta de poupança uma quantia determinada em nome da menor, sendo uma pequena parte entregue em suas mãos.(Rizzini, 1993, p. 28).

ou desprovidos de condições financeiras de sustentar os filhos. Considerava crianças "expostas" as menores de 7 anos; "abandonadas" as menores de 18 anos; "vadias" as que, hoje, convencionamos chamar de "meninos de rua"; "mendigas" as que esmolavam e "libertinas" as que se prostituíam. O juiz tinha plenos poderes para devolver a criança aos pais, colocá-la sob guarda de outra família, determinar-lhe a internação até os 18 anos de idade ou impor qualquer outra medida que achasse conveniente. Aos considerados "menores delinqüentes" - viciosos, vagabundos, ébrios - o Código fazia diferenciação entre os menores de 14 anos e os de 14 anos a 18 anos incompletos. Determinava ainda a separação de ambos dos condenados adultos. Os que tinham idade inferior a 14 anos não seriam "submetidos" a processo penal de espécie alguma, mas cabia à autoridade competente tomar "as informações precisas" sobre sua vida e da sua família. Aos "delinqüentes" maiores de 16 anos era oferecida a possibilidade da "liberdade vigiada", que obrigava, contudo, à família se responsabilizar pela sua "regeneração", bem como arcar as custas da reparação dos danos causados. Mensalmente teriam que comparecer e se apresentar em Juízo (Faleiros, 1995).

As ações voltadas para o atendimento a essa população vão se constituindo a partir dos pressupostos estabelecidos pelo Código de Menores, tendo nas práticas assistenciais e jurídicas os pilares da assistência à infância no Brasil. O Estado, que outrora, atuava como coadjuvante subsidiando algumas ações de forma complementar aos serviços prestados pela Igreja, passa a atuar como protagonista principal desse modelo.

Mais uma vez diferentes sinais, notadamente o inchaço populacional nas instituições⁹, sinalizavam para o fracasso iminente de mais esse modelo de intervenção junto à Infância empobrecida no Brasil. Isto, contudo, não levou a sua revisão. Muito pelo contrário, os anos seguintes assistiram ao seu aprofundamento.

⁹ - No Rio de Janeiro as Instituições que recebiam menores encaminhados pelo Juízo passaram a ser divididas em institutos oficiais mantidos diretamente pelo Governo Federal; institutos oficiais administrados por associações civis e mantidos por verbas do orçamento do Ministério da Educação e Saúde; estabelecimentos particulares que contratavam com o Ministério da Justiça, internação de Menores e estabelecimentos particulares que ajustaram com o Juízo de Menores a internação mediante o pagamento de quota mensal (Lima apud Rizzini, 1995, p. 267).

2 – SAM e FUNABEM: proteção ou violência contra a criança e o adolescente?

Na década de 40, o governo federal criou o Serviço de Assistência ao Menor-SAM, que tinha por objetivo centralizar todas as ações de assistência ao menor¹⁰. Conforme assinala Batista (1997), o SAM sob a orientação correcional repressiva, baseava-se em reformatórios, casas-de-correção, patronatos agrícolas e escolas de aprendizagem de ofícios urbanos. Relacionava-se com outras instituições tais como a LBA, a Fundação Darcy Vargas, a Casa do Pequeno Jornaleiro, a Casa do Pequeno Lavrador, a Casa do Pequeno Trabalhador e as Casas das Meninas.

Ele representava, de certa forma, as aspirações de juizes que queriam ver criadas instituições que fossem capazes de educar ou reformar o menor e que estivessem submetidas ainda à fiscalização e ao controle técnico do Juízo. O SAM tinha como finalidade sistematizar e orientar os serviços de assistência a menores desvalidos e delinqüentes internados em estabelecimentos oficiais e particulares; proceder à investigação social e ao exame médico-psico-pedagógico dos menores desvalidos e delinqüentes; recolher os menores em estabelecimento adequados, a fim de ministrar-lhes educação, instrução e tratamento somato-psiquico, até o seu desligamento; promover a publicação periódica dos resultados de pesquisas, estudos e estatísticas (Vogel,1995, p.277).

Ainda que o SAM tenha gerado, por ocasião de sua implantação, grandes expectativas no concerne a um atendimento mais organizado e eficaz à infância e adolescência, o que se pôde verificar após alguns anos de funcionamento foi um total desvio dos objetivos que se propunha a alcançar, principalmente com relação

¹⁰ - É também nesse período que é criado o Departamento Nacional da Criança (DNCR) que tinha como objetivo coordenar as ações direcionadas à criança e à sua família.

ao recolhimento de menores em estabelecimentos em tese voltados a proporcionar-lhes educação e tratamento digno.¹¹

Segundo Nogueira Filho - ex-diretor do SAM que realizou publicamente denúncias acerca da aberração em que se constituía o sistema - várias irregularidades foram constatadas no processo de expansão nacional do SAM, tendo na corrupção sua sustentação:

A corrupção no SAM atingia todos os níveis de sua estrutura - do gabinete do Ministério da Justiça aos estabelecimentos de atendimento. O ex-diretor dividiu os autores da corrupção em dois grupos - a "infra-gang" e a "super-gang" - bem articulados na sua ação, sendo o segundo grupo mais poderoso e eficiente, originário das dependências administrativas do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (Nogueira Filho apud Rizzini, 1995, p. 285).

Além do fato de ser um órgão que na verdade limitava-se a realizar triagens e internação de menores encaminhados pelo Juiz de Menores, o SAM foi extremamente criticado a partir da década de 50 por sua dinâmica interna, tendo sido rotulado como a "Escola do Crime", "Fábrica de Criminosos" e "Sucursal do Inferno". Daí porque era comum se identificar sua sigla como "SAM- Sem Amor ao Menor". Muitas foram ainda as denúncias de maus tratos ocasionados por castigos corporais que alguns casos levaram até a morte, da péssima qualidade da alimentação fornecida, bem como das condições de habitação dos seus estabelecimentos de internação. Sobre estes recaíam também inúmeras denúncias de que seus funcionários vendiam meninos a organizações criminosas e ofereciam meninas para prestarem serviços em prostíbulos e para serem exploradas no trabalho doméstico.

As meninas eram ainda vítimas da 'mentalidade obscurantista' da Capital da República, cujas instituições, formalmente organizadas e subvencionadas pelo poder público para atender-las, se recusavam a receber as "desvirginadas" e as "rebeldes", não

¹¹ - Antonio Carlos Gomes da Costa (apud Batista, 1997) critica o caráter marcial e compulsório das práticas pedagógicas desenvolvidas, mas sustenta que até 1945 o SAM responde bem às finalidades para as quais foi criado.

infradoras. Como o SAM não dispunha de educandários oficiais para encaminhar essas meninas, elas ficavam no Abrigo Dom Hélder Câmara, até conseguirem colocação como empregadas domésticas (Rizzini,1995, p.283).

Diferentes dos internatos comparados a "sucursais do inferno", as instituições oficiais e particulares também mantidas pelo SAM eram de melhor qualidade e tinham suas vagas preenchidas majoritariamente por pessoas apadrinhadas por políticos conceituados.

O nível de corrupção era muito alto. Não se acreditava na possibilidade de recuperar o Sistema, pois além de todas as denúncias das atrocidades que eram perpetradas contra os menores, o SAM se transformou em verdadeira fonte de recursos para fins pessoais.¹²

As críticas dirigidas ao SAM traziam como proposta alternativa a implementação de políticas de caráter menos punitivo-corretivo e mais preventivo. Assim, algumas poucas iniciativas foram sendo implantadas, tais como criação de parques infantis, com vistas a atrair crianças das ruas; creches; hortas; biblioteca circulante; palestras em escolas; incentivo a matrícula escolar; criação de semi-internatos nos educandários, etc.

Contudo, tais críticas e as ações delas derivadas não foram suficientes para que aquele modelo fosse logo superado. Foi apenas na década de 60 - atendendo as reivindicações tanto de seus dirigentes quanto da opinião pública de um modo geral - que a proposta de extinção desse Sistema toma corpo, resultando na criação da Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor - FNBEM em 1964. Neste sentido - e somente neste - o nascimento da FNBEM, que mais tarde recebeu a sigla de FUNABEM, pode ser considerada a materialização das propostas relativas a transformação radical das estruturas e práticas até então existentes no modelo anterior.

A lei que a criou - Lei nº4513 de 1 dezembro de 1964 - dava-lhe o caráter de entidade autônoma, tanto na esfera administrativa, quanto na esfera financeira.

¹² - "Segundo Nogueira Filho, órgão recebia de governadores e bispos pedidos de quantias virtuosas destinadas às 'minhas obras' , requerimentos baseados no ponto,12 do Plano de Emergência, que permitia o auxílio às instituições particulares que colaborassem com o Governo"(...) (Rizzini,1995, p.287).

Ele teria ainda a responsabilidade de formular e implantar a Política Nacional do Bem-Estar do Menor, mediante o estudo do problema e planejamento das soluções e a orientação, coordenação e fiscalização das entidades que executem essa política. Além dessas, também era de sua competência:

I - Realizar estudos, inquéritos e pesquisas para desempenho da missão que lhe cabe, promovendo cursos, seminários e congressos, procedendo ao levantamento nacional do problema do menor; II - Promover a articulação das entidades públicas e privadas; III-Propiciar a formulação , o treinamento e o aperfeiçoamento de pessoal técnico e auxiliar necessários a seus objetivos; IV- Opinar, quando solicitado pelo Presidente da República, pelos Ministros de Estado ou pelo Poder Legislativo, nos processos pertinentes à concessão de auxílios ou subvenções, pelo Governo Federal, a entidades públicas ou particulares que dediquem ao problema do menor; V-Fiscalizar o cumprimento de convênios e contratos com ela celebrados; VI-Fiscalizar o cumprimento da política de assistência ao menor, fixada por seu Conselho Nacional; VII-Mobilizar a opinião no sentido da indispensável participação de toda a comunidade na solução do problema do menor; VIII-Propiciar assistência técnica aos Estados, Municípios e entidades públicas ou privadas que a solicitarem (Vogel, 1995 p.300).

A FUNABEM era subordinada à Presidência da República, sendo o seu Conselho Nacional o órgão mais importante de sua estrutura pois era o responsável, acima de tudo, pela definição da Política Nacional do Bem-Estar do Menor - PNBEM.¹³ A FUNABEM assumia o desafio de superar o estigma deixado pela malfadada política do seu predecessor, o SAM, orientando-se, nesse sentido, na formulação e implementação de uma política de bases frontalmente opostas às concepções do modelo anterior (Vogel, 1995).

A família passa a ter uma relevância maior nos debates travados em relação à proteção a crianças e aos jovens, haja vista a vulnerabilidade crescente dessa população em consequência da expansão da pobreza e da marginalização das massas empobrecidas, como afirmou um dos seus diretores:

¹³ - Via-se, desta forma, mais uma vez, configurada a centralização da política de atendimento à infância e adolescência, fato este , que já se revelava nas ações de décadas anteriores.

Nunca será demais repetir que o problema do menor abandonado, e tantas vezes infrator, é um problema da família (Altenfelder apud Vogel, 1995, p.304).

A concepção da família como "célula de base da sociedade" ganha importância no que tange a preocupação com o crescente processo de marginalização que se constitui em fator fundamental para a "desagregação familiar", o que por sua vez poderia por em risco, diante da ordem autoritária vigente, a segurança nacional. Assim, o debate em torno da internação surge com força na pauta de discussão da FUNABEM no que tange ao papel do Estado frente ao "problema do menor". Algumas questões eram postas nesse debate, tais como: não estaria a internação eximindo a família de suas responsabilidades? Não estaria sendo o Estado onerado com o processo maciço de internação dessa população que tinha como causa fundamental dos seus problemas a carência?

Diante de tais questionamentos fazia-se necessário pensar uma política que levasse em consideração esses elementos, buscando alternativas que proporcionassem uma ação específica e unificada que compreendesse o problema do menor como prioridade nacional. Nesta perspectiva, a assistência econômico-social à família empobrecida constituía o cerne da política do bem-estar do menor (Vogel, 1995, p.305).

Destacam-se assim, dentre as diretrizes fundamentais de ação da FUNABEM, três objetivos prioritários (FUNABEM apud Vogel, 1995, p. 306):

1-elevar progressivamente o nível de atendimento do abandono (e/ou exploração) e da conduta anti-social; 2-suprir o "abandono de fato", mediante a criteriosa utilização do tempo livre, com vistas ao "desenvolvimento integral do menor" e, 3-sensibilizar a população e os poderes constituídos "no sentido de despertar a opinião pública" para os problemas identificados e suas causas.

As ações de prevenção e o tratamento buscavam atingir a população infanto-juvenil que estivesse desassistida, ou seja, o menor de conduta anti-social e o menor carente. A manutenção no seio da família era prioridade. As

internações só deveriam ocorrer em casos extremos, sem perder de vista, contudo, a necessidade de se manter nas instituições para esse fim um ambiente em que predominasse uma organização inspirada na vida familiar (Vogel, 1995, p. 306).

A FUNABEM, além de ser responsável pela normatização das ações de atendimento a essa população, também tinha a responsabilidade de repassar para outros órgãos no âmbito estadual os recursos destinados a essa área. Assim, junto com ela, foram também criadas Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor - FEBEMs as quais, junto com os recursos financeiros para a implantação dos programas, recebiam orientações técnicas e os fundamentos doutrinários que deveriam guiar as suas ações. Firmou muitos convênios com instituições públicas e privadas com vistas a financiar projetos de construção, de reforma, de ampliação e aquisição de equipamentos para a melhor viabilização dos atendimentos.

Durante dez anos de funcionamento da FUNABEM, esta acreditava estar conseguindo cumprir o papel a que lhe foi atribuído por ocasião de sua criação. Todavia, o êxito aparente das suas ações não se sustentou por muito tempo. Foi criada, em 1976, uma Comissão Parlamentar de Inquérito - a "CPI do Menor" - que identificou em suas investigações, numa dimensão ainda maior, os mesmos problemas já presentes na política do modelo anterior.

Tal qual à política do antigo SAM, a internação em massa continuava crescendo. Isto, segundo Barros(1993), se dava justamente pela falta de ações concretas de enfrentamento das causas do empobrecimento alarmante, o que fazia com que a FUNABEM atuasse de maneira oposta ao que havia sempre pregado, ou seja, ao invés de valorizar a participação da família no cuidado com seus filhos, construía cada vez mais abrigos de internação. Isto, obviamente, não é surpreendente em face às características políticas centrais do regime pós-64. Embora, não caiba aqui uma discussão detalhada dessa questão, vale salientar que tal regime foi marcado por características extremamente repressoras,

empregando, ao longo dos seus mais de vinte anos, inúmeras formas de coerção física e psicológica.¹⁴

3 – Por um novo código de menores – o fracasso do esforço de democratização da política de assistência a infância.

Além dos debates em relação ao fracasso das ações propugnadas pelo PNBEM e realizadas pela FUNABEM, voltaram a tomar fôlego nos anos 70 as discussões sobre a criação de um novo Código de Menores. Competiam nessas discussões duas correntes representadas por juristas do Rio de Janeiro e de São Paulo. A corrente de São Paulo - cujo grupo central era formado por Juizes de Menores, membros do Ministério Público e por figuras de destaque como o jurista João Benedito de Azevedo e o presidente da FUNABEM, Mário Altenfelder - possuía um posicionamento menos rigorosamente jurídico em relação ao problema do menor e buscava imprimir à legislação um embasamento sócio-pedagógico. Já a corrente carioca, que tinha no magistrado Alyrio Cavalliere o grande expoente, enfatizava uma atuação mais repressiva e ressaltava a importância do papel do Juiz no processo reeducativo (Rizzini, 1995).

O grupo de São Paulo, por solicitação do Presidente do Senado Federal, Senador Magalhães Pinto, chegou a elaborar um projeto de Código de Menores cujo conteúdo foi quase todo aceito pela Comissão Especial da Câmara Alta. Entretanto, não foi este o documento que forneceu as bases para a elaboração da nova legislação do menor. A articulação dos Juizes de Menores, bem como a conjuntura política da época - ainda se vivia sob o controle da ditadura militar - impediram a construção de uma lei mais avançada. Assim, em 10 de outubro de 1979, através da Lei nº 6.697/79, é criado o novo Código de Menores, que de

¹⁴ - Sobre a ditadura militar, ver Neto, 1994 e Pereira, 2002.

novo não trazia muita coisa, seja do ponto de vista conceitual, seja do ponto de vista operacional.¹⁵

Escapa aos objetivos deste trabalho examinar em detalhes a inteireza do Código de 1979. Vale a pena, contudo, expor alguns aspectos das bases ideológicas que o fundamentava, notadamente a doutrina da "situação irregular" que substitui a Doutrina do Direito do Menor presente no Código de 1927.

Segundo Silva (1998) esta é uma construção doutrinária oriunda do Instituto Interamericano del Niño, órgão da OEA, do qual o Brasil participa, juntamente com os demais países das Américas. A Associação Brasileira de Juizes de Menores incorporou tal conceito a partir do seu XIV Congresso, realizado em 1973, sob a justificativa de que adequava-se à tradição legislativa brasileira de só tomar conhecimento da problemática da criança a partir do momento em que se configurasse estar ela em "situação irregular" junto à família.¹⁶ No âmbito desta doutrina, os poderes da autoridade judiciária eram amplos de modo a permitir que, no caso de infratores, o juiz tivesse o poder absoluto e arbitrário, pois, investigava os fatos, denunciava ou acusava, defendia, sentenciava e fiscalizava suas próprias decisões. Moldado por tal doutrina este novo Código instaurou o processo inquisitivo para aqueles a ele submetidos.

Ainda no que toca aos seus aspectos ideológicos, vale salientar que as características do Código de Menores de 1979 eram compatíveis em termos gerais com os pressupostos da Doutrina da Segurança Nacional. Não por acaso ele considerava como "menor em situação irregular" toda criança e adolescente que estivesse fora dos padrões sociais estabelecidos, sem, contudo, produzir

¹⁵ - O Código de 1979 dispunha sobre assistência, proteção e vigilância a menores que estivessem em "situação irregular". Considerava em tal situação o menor que estivesse privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão da falta, ação ou omissão dos pais ou responsáveis para provê-las; aquele que fosse vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável; que fosse considerado em perigo moral por encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes bem como, de exploração em atividade contrária a esses costumes; aquele que tivesse privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável; o que tivesse com desvio de conduta, em virtude de grave estado de inadaptação familiar ou comunitária; o autor de infração penal.

¹⁶ - As alterações realizadas no Código de 1927 pelas Leis nº4.655/65, 5.258/67 e 4.439/68 foram todas no sentido de especificar a natureza do tratamento necessário ao "menor infrator", distinguindo-o do órfão e do abandonado, sem tirar-lhes, no entanto, a característica comum de estarem todos em situação em "situação irregular".

quaisquer questionamentos sobre a questão da desigualdade social em nosso meio. O interesse do "menor" era sempre definido pela autoridade judiciária, o que tornava esse princípio pleno de arbítrio. Ressalte-se ainda, que o referido código apresentava uma única vez a palavra Direito: "O menor em situação irregular terá direito à assistência religiosa" (artigo 119).

Devemos também salientar que o Código dividia a infância em duas categorias distintas: as crianças e adolescentes normais que vivem em suas famílias, e os menores, entendidos como aqueles que estão fora da escola, os órfãos, os abandonados, os carentes e infratores. Ele transformava questões sociais em jurídicas, criminalizava a pobreza ao possibilitar a privação de liberdade por motivos econômicos, negava os direitos constitucionais criando uma legislação discriminatória e construía sistematicamente uma semântica eufemística que condicionava o funcionamento do sistema à não verificação empírica de suas conseqüências reais (Mendez apud Volpi, 2001). Por fim, cabe destacar, como bem lembra Azevedo Marques (apud Rizzine, 1995, p.158), que apesar de ter o grande mérito de manter a responsabilidade penal aos 18 anos, o novo Código, através do que denominava "prisão provisória para o menor", colocava crianças e adolescentes numa situação pior que o criminoso adulto, pois poderiam ser preso mesmo não estando em flagrante delito ou com a prisão preventiva decretada.

As instituições responsáveis pela política da infância e adolescência - sistema Febem-Funabem - sob a égide do segundo Código não sofreram alterações fundamentais, continuando a operar majoritariamente através da institucionalização das crianças. Ao contrário, em grande medida este novo código de menores legitimava a ideologia subjacente às ações dessas instituições, ratificava a indissociabilidade entre delinqüência e pobreza e confirmava a necessidade de intervenção legal sobre elas (Sposati, 1998).

4 - O processo de redemocratização do país e a produção de uma nova lógica de atenção a crianças e aos adolescentes

O Código de 79 não teve a vida muito longa, pois o fim dos anos 70 foi um período no qual o regime militar entrava em crise. Entretanto, apesar da economia em declínio - os índices de inflação¹⁷ eram alarmantes, a recessão era grande, o desemprego estava em ascensão, o valor dos salários caía vertiginosamente, a pobreza se expandia e a insatisfação da população aumentava - assistiu-se ainda alguns esforços de manutenção do regime, a exemplo do conjunto de reformas políticas que o governo Geisel outorgou e que ficou conhecido como "Pacote de Abril". As determinações principais desse pacote incluíam:

-eleição indireta para a escolha de governadores, com ampliação dos colégios eleitorais; -eleição de um terço do senado por via indireta (senadores biônicos) e inclusão de três sublegendas na eleição direta dos restantes (uma gravíssima quebra da tradição republicana); -extensão da lei Falcão às eleições estaduais e federais (generalizava-se a proibição do acesso ao rádio e à televisão dos candidatos aos cargos eletivos municipais); -antecipação da eleição do presidente da República(de 15/01/1979 para 15/10/1978) e ampliação do mandato do presidente para seis anos; -alteração do quorum para votação de emendas constitucionais pelo Congresso, de dois terços dos membros para maioria simples; -aumento do número de deputados federais , passando a Câmara a contar com 420 membros ; -alteração do 'Colégio Eleitoral' que elegeria o presidente da República; -mandato de dois anos para os deputados a serem eleitos em 1980, de forma a haver coincidência das eleições municipais, estaduais e federais, a partir de 1982 (Pereira, 2002 p.143).

Vale ressaltar que esse período representou um momento onde se acreditava estar próximo a reconquista da democracia. Assim, tais reformas representaram um profundo retrocesso do que até então havia avançado do ponto de vista político. Em consequência disso, viu-se alastrar por todo o país movimentos sociais que reivindicavam democracia e direitos sociais.

Segundo Jacobi (1989) a maioria dos movimentos sociais era composta de uma base nitidamente popular, ou seja, por setores da população que se viam negativa e diretamente afetados nas suas condições de vida. Entretanto, isto não

¹⁷ Em 1980 a inflação anual é de 11,2%, em 1985 de 235,1%. O crescimento do Produto Interno Bruto, de 9,2% em 1980 cai para -3,4% em 1984 (Faleiros,1995,p.83).

significa desconsiderar as diferenças entre eles na medida em que muitos destes movimentos organizaram-se também a partir da percepção de carências que podem ser abrigadas naquilo que Durham (1984) denomina de “coletividade possível”. Estas coletividades organizam-se a partir de diferentes níveis. Os seus membros não se vêem necessariamente afetados por carências nos serviços públicos mas, sim, basicamente, no seu modo de vida, como no caso das feministas, dos ecologistas e dos militantes homossexuais. São manifestações pautadas por aspectos de caráter sócio-cultural, enquanto que as primeiras estão centradas mais especificamente no plano da reprodução da força de trabalho¹⁸.

(...) graças à crescente mobilização da sociedade, alguns avanços civis e políticos se fizeram notar: anistia, em 1979, com a restituição dos direitos civis e políticos aos cidadãos cassados pelo regime militar, eleição para governadores, em 1982, e ampla campanha popular pelas "Diretas Já", isto é, pelas eleições diretas para a Presidência da República (Pereira, 2002 p.148).

Muito em função dessa ampla mobilização é que os anos de 1980 foram também chamados, ao lado do epíteto de "década perdida", de "década da redemocratização". Neles as políticas sociais se tornaram centrais na agenda das reformas institucionais que culminaram com a promulgação da Constituição Federal em 1988. Os conceitos de “direitos sociais”, “seguridade social”, “universalização”, “equidade”, “descentralização político-administrativa”, “controle democrático”, “mínimos sociais”, dentre outros, passaram a constituir, ao menos no plano normativo, princípios norteadores da constituição de um novo padrão de política social a ser implantado no país.

¹⁸ Podemos destacar dentre as várias coletividades comprometidas com a luta pela reconquista da democracia: Associação brasileira de Imprensa (ABI), Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica(CEB), União Nacional dos Estudantes (UNE), Ordem dos advogados do Brasil(OAB), Associações de trabalhadores organizados independentemente ou em oposição às estruturas sindicais tradicionais e aos partidos políticos; Associações de moradores de bairros; Associações de combate à discriminação racial; Associações em defesa das populações indígenas; Associações em defesa dos direitos da mulher; Comitês de Direitos Humanos; Organizações de defesa dos direitos da criança e do adolescente ; grupos de educadores e artistas populares; segmentos sociais diversos representados por donas de casa, homossexuais e, tantos outros atores.

É no bojo desse processo que os direitos da criança e do adolescente reaparecem na agenda nacional. São inúmeras organizações que se articulam e se mobilizam em torno dessa discussão, com destaque para o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua-MNMMR, que realizou encontros nacionais em Brasília com a participação das próprias crianças e adolescentes que viviam em situação de rua os quais muito ajudaram o debate nacional acerca da política para infância e adolescência.

O MNMMR contribuiu indiscutivelmente para a mobilização da sociedade civil no sentido de aprovar uma nova lei que de fato garantisse os direitos dessa população. Em 1992, esse Movimento já contava com 90 comissões locais estruturadas, 139 núcleos de base de meninos e meninas, 3.000 militantes aproximadamente e 3 centros de formação para educadores de rua. Em 1995 já havia 400 programas de atendimento ligados a esse Movimento (Barbetta apud Faleiros, 1995).

A criação do Fórum dos Direitos da Criança e do Adolescente em 1988 também teve um significado de extrema relevância nessa luta, pois além de sua representação a nível nacional, contava com a participação de instituições que tinham bastante legitimidade social e política, tais como o próprio MNMMR, a Pastoral do Menor, a Associação dos Ex-alunos da FUNABEM, os Centros de Defesa do Menor de vários estados do Brasil, a Universidade Católica de Goiás, o CRAMI, a Igreja Metodista, a Frente Nacional de Defesa das Crianças, a Comissão dos Direitos Humanos da Bahia, os Centros de Estudos da PUC/SP, entre outras (Faleiros, 1995).

Um dos fatos marcantes nessa trajetória de luta foi a obtenção, pela Comissão Nacional Criança e Constituinte¹⁹ de 1.200.000 assinaturas para a aprovação da emenda que garantia na Constituição os direitos da criança e do adolescente. Pode-se considerar que a primeira grande vitória desses movimentos se materializou na Constituição, denominada Cidadã, de 1988, através do seu artigo 227º:

¹⁹ _ Essa comissão foi instituída por Portaria Interministerial (Educação, Saúde, Previdência, Trabalho, Justiça, Planejamento) . Contou ainda, com a participação do UNICEF, OAB, FNDdc, entre outros. Em cada Estado foi organizada uma Comissão estadual (Faleiros, 1995).

É dever da Família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à 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.

Vale ressaltar, contudo, que essa vitória foi apenas a "recarga de energia" para que o movimento se fortalecesse e avançasse ainda mais, conquistando novos atores para a concretização desses direitos. Ocorreram vários debates por todo o país em torno da construção de uma nova lei que garantisse a regulamentação do que determinava o artigo 227 da Constituição Federal. As plenárias onde se discutiam e negociavam os artigos que comporiam o texto dessa lei eram formados por diversos representantes de entidades comprometidas com essa temática. Dois anos após a Constituição de 1988 a sociedade organizada tornava-se, de fato e de direito, a autora da Lei 8069 de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA²⁰.

O ECA, conforme assinalam Cury, Garrido e Marçura (2002), tem na doutrina da proteção integral o seu fundamento. Em tal doutrina as crianças e os adolescentes são sujeitos de direitos, frente à família, à sociedade e ao Estado. Rompe-se assim com a idéia de que sejam apenas objetos de intervenção do adulto. Eles são alçados à condição de sujeitos de direitos comuns a toda e qualquer pessoa, e, ainda, detentores de direitos especiais decorrentes da condição peculiar de pessoas humanas em processo de desenvolvimento. Outrossim, em consonância com os princípios da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança/ONU-1989, o ECA determina que a proteção a essa

²⁰ - Embora o Brasil fosse signatário de várias Convenções Internacionais já ocorridas em períodos anteriores à promulgação desses instrumentos legais (Constituição Federal e ECA), as políticas implementadas, até então, em nada ou quase nada atenderam às determinações postas pelos Pactos Internacionais, haja vista, a famigerada Política Nacional do Bem Estar do Menor e o Código de Menores de 1979. Todavia, os princípios postulados nessas Convenções e, sobretudo, os da Declaração Universal dos Direitos da Criança ocorrida em 1959, constituíram a fundamentação do artigo 227 da Constituição de 1988, bem como os artigos do ECA.

população seja responsabilidade não só do juiz ou da família, mas de toda a sociedade:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (ECA, art.4º).

Quais as situações nas quais os direitos da criança e ao adolescente devem ser garantidos com absoluta prioridade? O ECA determina em seu artigo 4º, parágrafo único, que eles devem ter primazia em receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Considerando-se o quadro político dentro do qual o ECA foi concebido, não é surpreendente que ele tenha se ocupado de estabelecer mecanismos que pudessem produzir uma real implementação da política de assistência a crianças e adolescentes, com destaque para as instâncias de "controle social".

Segundo Correia (2002) pode-se definir o que vem a ser controle social a partir de duas concepções básicas. A primeira refere-se ao controle do Estado sobre a sociedade com vistas ao favorecimento dos interesses da classe dominante. Dentro de tal concepção, as políticas sociais são implementadas com vistas a amenizar os conflitos sociais existentes. *"Por trás desta perspectiva está a concepção de 'Estado restrito', ou seja, deste enquanto administrador dos negócios da classe dominante"* (Correia, 2002, p.120).

Já na segunda concepção é a sociedade que controla as ações do Estado na perspectiva de defesa dos interesses das classes subalternas.

Por trás desta perspectiva está a concepção de "Estado ampliado", em que este é considerado perpassado por interesses

de classes, ou seja, como um espaço contraditório que, apesar de representar hegemonicamente os interesses da classe dominante, incorpora demandas das classes subalternas (Correia, 2002, p.121).

Nesta concepção, as políticas sociais são vistas como instrumento tanto de controle do Estado sobre a sociedade quanto como respostas concretas às pressões e demandas apresentadas ao Estado. Desta forma, o controle social tem um novo conceito:

Atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estes atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população (Correia,2002, p.121).

É essa a perspectiva que parece presente no ECA e é em função dela que o Estatuto prevê a existência de Conselhos de defesa de direitos da infância e adolescência.

Do ponto de vista formal os Conselhos de Direitos são a execução prática do disposto no Art. 204 da Constituição Federal, o qual garante a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.²¹ Especificamente na área aqui em discussão, foram criados diferentes instâncias (Conselhos Tutelares, Conselho de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente²² e o Fundo para a Infância e Adolescência) que devem se responsabilizar, junto com outros agentes, por fazer cumprir o que determina o ECA.

O Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, enquanto órgão de controle social, é constituído de forma paritária com representantes

²¹ - Esta possibilidade de participação, deve-se ressaltar, é fruto de todo o movimento social da década de 80 que, como já foi dito anteriormente, lutava pelo fim do da ditadura onde o controle social era realizado apenas pelo Estado sobre a sociedade por meio de decretos, atos institucionais e repressão.

²² - Os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente são assim identificados: a nível Municipal-CMDCA ; a nível Estadual-CEDCA e a nível Nacional-CONANDA.

governamentais e representantes da sociedade civil e tem como função prioritária deliberar acerca das políticas para a infância e adolescência.

Já o Conselho Tutelar²³, que é um órgão permanente, autônomo e não jurisdicional, tem como objetivo operacionalizar os pressupostos do ECA, zelar pelos direitos da criança e do adolescente, bem como garantir a restituição de direitos violados. Prevê o Estatuto que em cada município haverá pelo menos um Conselho, que é composto por cinco membros (conselheiros tutelares) escolhidos pela comunidade para exercer um mandato de três anos. Sua infra-estrutura deve ser fornecida pelo Poder Público Municipal e o processo de escolha é organizado pelo Conselho Municipal de Direitos. Os conselheiros terão seus direitos, vantagens e remuneração definidos em lei municipal²⁴. Eles aplicarão medidas de proteção à criança e ao adolescente que estiverem com seus direitos ameaçados ou violados. Outras medidas também poderão ser aplicadas aos pais ou responsáveis com vistas à restituição desses direitos. Para promover a execução de suas decisões os conselheiros poderão:

-requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança; -requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário; -assessorar o poder executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente; -encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança e do adolescente; -representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações; -representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do Pátrio Poder (art.136-ECA).²⁵

Por fim, temos o Fundo da Infância e da Adolescência - FIA, que é vinculado ao Conselho de Direito e destina-se à manutenção de programas e

²³ - Para conhecer a definição de Conselho Tutelar e suas atribuições veja os artigos 131-140 do ECA.

²⁴ - A lei municipal disporá sobre o local, dia e horário de funcionamento do Conselho Tutelar, inclusive quanto a eventual remuneração de seus membros (art. 134-ECA).

²⁵ - É o governo municipal que tem a responsabilidade de investir na sua operacionalização equipando-os com recursos materiais e humanos: "constará da Lei Orçamentária Municipal previsão dos recursos necessários ao funcionamento do Conselho Tutelar". (ECA, art.134, pf.único).

projetos nessa área, sobretudo, quando visam a proteção especial. Sua aplicação se dá mediante as prioridades estabelecidas pelo Plano de Ação construído por aquele Conselho. O Fundo pode receber recursos provenientes de:

1 - Dotação Orçamentária; deverá constar da Lei de orçamento o Fundo Especial da Infância e Adolescência; 2 - Doações de Pessoa Física ou Jurídica; com relação a estas contribuições, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, o contribuinte poderá deduzir do imposto devido, na declaração do Imposto sobre a Renda, o total das doações feitas aos Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente - nacional, estaduais ou municipais (art 260 - Lei Federal 8.069/90). 3-Multas e penalidades; 4- Transferências de Governos ou Conselhos Estadual e Federal; 5 - Doações de legados diversos; 6-Doações dos Governos e Organismos internacionais; 7 - Receitas de Aplicação no Mercado Financeiro (Teixeira, 2003).

Além desses mecanismos legais, o ECA preconiza que a proteção dos direitos relativos à infância e adolescência deverá ser garantida por um sistema mais amplo que agregue instituições governamentais e não governamentais e que atuem nas mais diversas frentes.²⁶

A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (ECA, art.86).

Vale destacar que supõe-se que a eficácia do funcionamento deste sistema se deve, fundamentalmente, a capacidade de atuação integrada dos órgãos que o compõem.

Ainda que a década de 80 tenha sido um marco na história dos direitos da criança e do adolescente por ter sido o período de surgimento de várias organizações e movimentos engajados nesta luta, a década seguinte representou

²⁶ - O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente constitui-se por três eixos básicos: a promoção, o controle e a defesa de direitos. Vários são os órgãos que o compõe, tais como: Ministério Público, Juizado da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA, Entidades de Atendimento, Fórum Popular de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - Fórum DCA, entre outros.

o momento de implantação do ECA e a construção de políticas que tinham como princípios norteadores a Proteção Integral e a Prioridade Absoluta na sua formulação e execução. Nesta perspectiva, os anos 90 representaram o momento de "arregaçar as mangas" e por a "mão na massa" com vistas à consolidação das conquistas até então obtidas, Buscando atender a esses princípios, algumas iniciativas ao longo da década de 90 foram implementadas pelos governos e pela própria sociedade através das ONGs.

Em 1991 foi lançado um manifesto à Nação denominado "Pacto pela Infância", que foi assinado por uma centena de organizações governamentais e não-governamentais pelo fim da violência e melhoria da qualidade do ensino, tendo sido, posteriormente, incluído também, a atenção à saúde. Em 1992 foram criados os CAICs (Centro de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes). Em 1993 foi instituído o PRONAICA (Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente) que dava ênfase a participação comunitária e a integração dos programas de pré-escola, ensino fundamental, educação para o trabalho, proteção à saúde, assistência a deficientes e cultura, desporto e lazer. Também em 1993 foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº87432/93) que inclui, como alvo de atenção, a família, a maternidade, a infância e adolescência, tendo assim como o ECA, a Proteção Integral como paradigma. Em 1994 foi realizada a primeira Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente que aprofundou a discussão acerca da implementação do ECA nos Estados e a realização do Pacto pela Infância.

Em 1995 foram extintos os Ministérios da Integração Regional e do Bem-Estar Social. A área da infância e adolescência passou a ser coordenada pelo Ministério da Justiça através do Departamento da Criança e do Adolescente-DCA. Embora não se possa ainda afirmar que esta mudança tenha provocado resultados mais significativos para a política da infância e adolescência, vê-se contudo, que esta área ganhou mais visibilidade política no que tange à concepção do direito como objeto de promoção de justiça. A proteção deixa de ter um caráter meramente assistencial, como até então era concebida, resgatando a sua condição de integralidade, como preconizado pelo ECA. Assim, sob a

perspectiva de justiça social, as ações voltadas para sua promoção passarão necessariamente por todos setores -educação, saúde, assistência social, segurança, etc. - superando os limites impostos pelas "amarras" da burocracia institucional e setorial.

No ano de 2000 o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente-CONANDA²⁷ elaborou para o período de 2001 a 2005 as Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência:

O CONANDA estabelece as Diretrizes Nacionais como um conjunto de instruções que irão direcionar os procedimentos nas áreas das políticas sociais e de temas focais que orientarão a organização, a articulação, o desenvolvimento e avaliação de programas executados pelos órgãos governamentais e pela sociedade civil (CONANDA-2000).

As Diretrizes destacam os seguintes eixos: Educação, Saúde, Assistência Social, Cultura, Esporte e Lazer, Ações Especiais, Conselhos de Direitos, Conselhos Tutelares e Fundos e Mecanismos de Exigibilidade de Direitos. Todavia, o CONANDA elenca as demandas sociais que terão prioridade dentro das ações dos Conselhos de Direito como temas focais para acessar os mecanismos de exigibilidade de direitos, e como temas transversais no âmbito mais geral das políticas públicas. São temas que se caracterizam pelas relações interpessoais, os maus tratos físico e psicológico, a negligência e o abuso sexual e pela violência estrutural - trabalho infantil, população infanto-juvenil indígena e remanescentes de quilombo e, as crianças e adolescentes na rua com risco social (CONANDA, 2000).

As Diretrizes estabelecidas para o enfrentamento desses fenômenos sociais são:

1-Garantir uma política nacional de promoção de direitos para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social; 2-Garantir a implantação do plano nacional de enfrentamento de violência sexual infanto-juvenil; 3-Garantir uma política de

²⁷ - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente -CONANDA - foi criado pelo Decreto nº 408 em dezembro de 1991, um ano depois de existência do ECA. O CONANDA realizou sua primeira assembléia em março de 1993.

erradicação do trabalho infantil e de proteção do trabalho do adolescente (CONANDA, 2000).

Dentre as estratégias planejadas para a operacionalização dessas diretrizes estão:

1.1-Assegurar atendimento sistemático de proteção integral à criança e ao adolescente indígena e quilombola; 1.2-Assegurar atendimento sistemático de proteção integral à criança e ao adolescente em situação de rua; 1.3-Assegurar atendimento sistemático de proteção integral à criança e ao adolescente testemunha, sobretudo quando se tratar de denúncias envolvendo o narcotráfico e extermínio. 2.1-Assegurar a execução das ações previstas no plano nacional de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, deliberado pelo CONANDA na assembléia ordinária de 12-07-00. 3.1-Assegurar que o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI seja ampliado e dê ação continuada para o combate de toda e qualquer forma de trabalho infantil; 3.2-Assegurar que as diretrizes estabelecidas no Plano Nacional de Combate ao Trabalho Infantil sejam implantadas(CONANDA, 2000).

É possível identificar nessas diretrizes, bem como nas estratégias para a sua implementação, avanços significativos no que tange às deliberações de políticas para a infância e adolescência, principalmente no que diz respeito aos que se encontram em situação de vulnerabilidade social, tais como as vítimas de maus tratos, da exploração sexual e da exploração pelo trabalho.

A realidade de exclusão e marginalização de trabalhadores que diante de fatores, tais como o desemprego estrutural, advindos das mudanças no mundo trabalho e o processo de globalização, tem sido um dos importantes determinantes para a expansão do fenômeno da violência social que ratifica a vulnerabilização dessa população. Ademais, a perpetuação da cultura do silêncio sacro familiar tem ainda vitimado milhares de crianças e adolescentes no país, principalmente em situações de violência psicológica e sexual. Os números apresentados pela Fundação Getúlio Vargas revelam que o conjunto de pessoas que vivem em situação de miséria é formado majoritariamente por crianças e adolescentes de até 15 anos de idade (UNESCO, 2002).

O enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes é um aspecto importante a se ressaltar. Vê-se hoje, em todo país, campanhas publicitárias, manifestações da sociedade civil organizada, programas de governo das esferas federal, estadual e municipal voltados para a superação desse fenômeno que vitimiza cotidianamente um número alarmante de indivíduos desse segmento social (ABRAPIA, 2000). Destaca-se, devido a sua abrangência que é de nível nacional, o Projeto "sentinela", elaborado pelo governo federal e executado pelos governos municipais, para o atendimento às vítimas de exploração sexual. Ademais, foi promulgado no ano de 2002 o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil.

Um segundo aspecto é o combate ao trabalho infantil o qual também tem ganho espaço relevante nos meios de comunicação, bem como em programas desenvolvidos por ONGs e órgãos governamentais. O Programa Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI, que embora ainda estejam aquém da real demanda, tem se estendido por todo o país, especialmente nos municípios mais empobrecidos.

Enfim, pode-se afirmar que algumas relevantes iniciativas têm se vislumbrado no que tange à restituição de direitos violados. Resta-nos, contudo, saber se essas ações, para além de seus objetivos planejados e almejados, estão, na sua operacionalização, alcançando os resultados esperados e necessários à eliminação desse quadro dramático em que se encontram milhões de crianças e adolescentes em nosso país.

Embora tenhamos obtido avanços significativos em relação às conquistas jurídicas institucionais, com relação às políticas sociais de efetivação da proteção integral ainda se vê poucos resultados qualitativos. Dois fatores têm contribuído para isto.

Um primeiro é o fenômeno da desigualdade social, que coloca o país entre os piores índices de distribuição de renda do mundo. Conforme assinalam Barros, Henriques e Mendonça (2000), os indivíduos que se encontram entre os 10% mais ricos da população se apropriam de cerca de 50% do total da renda das famílias. No outro extremo, os 50% mais pobres da população detêm, ao longo de todo

período analisado, pouco mais de 10% da renda. Vê-se ainda que o grupo dos 20% mais pobres se apropria, em conjunto, somente de cerca de 2% do total da renda. Por fim, o seletivo grupo composto pelos 1% mais ricos da sociedade concentram uma parcela da renda superior à apropriada pelos 50% mais pobres. Os autores concluem que há uma perversa simetria social, em que os 10% mais ricos se apropriam de 50% do total da renda das famílias e, como por espelhamento, os 50% mais pobres possuem cerca de 10% da renda. Além disso, 1% da população, o 1% mais rico, detém uma parcela da renda superior à apropriada por metade de toda a população brasileira.²⁸

(...) o Brasil não é um país pobre, mas um país com muitos pobres(...) acreditamos que os elevados níveis de pobreza que afligem a sociedade encontram seu principal determinante na estrutura da desigualdade brasileira - uma perversa desigualdade na distribuição da renda e das oportunidades de inclusão econômica e social (Barros, Henriques e Mendonça, 2000).

Um segundo fator refere-se ao fato de que se a década de 1990 representou um período de trabalho para a implementação de políticas de garantia de direitos, representou também a década da desregulamentação dos direitos sociais e de aprofundamento das más condições de vida da população. As políticas de assistência, por sua vez, não contribuíam efetivamente para a eliminação dos altos níveis de desigualdades à medida que davam continuidade a tradição histórica de abordagem seletiva e residual. Esta realidade acabou por acentuar as mazelas sociais e expor crianças e adolescentes a situações de risco social tais como, a situação de rua, exploração do trabalho, o alto consumo de drogas, a violência sexual, o envolvimento no narcotráfico e outros atos infracionais.

Entretanto, podemos destacar, como elemento importante que vem contribuindo para a superação desse quadro de violações, a atuação dos conselhos setoriais, tais como educação, saúde, assistência social, criança e

²⁸ Concentração dos níveis de rendimento, bem como a terceirização da economia, a redução de investimentos sociais, o desemprego estrutural, são apenas alguns elementos de negação da cidadania. São segundo o Mapa da Fome do IPEA (IBGE, 1998), cerca de 32 milhões de pessoas passando fome no Brasil.

adolescente, bem como dos conselhos tutelares que têm se constituído em instrumentos de grande relevância no que tange à participação social no controle das políticas para infância e adolescência, contribuindo substancialmente na sua formulação, implementação e monitoramento.

O reconhecimento de que os bens sociais são responsabilidade do conjunto da sociedade e não exclusivamente do Estado é, portanto, o que possibilita sua aquisição como direito. O Estado intermedeia e institui o direito via políticas sociais, mas é no plano societário que elas alcançam o status de direito e, portanto, o Estado só o fará como tal, se assim for definido pelas relações políticas que se estabelecem entre ele e a sociedade (Lobato, 1997, p.45).

A participação da sociedade nesse espaço de controle e promoção de direitos não se dá de forma simples e consensual, pois, embora seja legítima sua atuação nesse processo, os embates políticos são constantes, o que na correlação de forças exige que o compromisso com a defesa de Direitos e com sua concretização seja garantido com uma participação militante, mas fundamentalmente, qualificada. Desta forma, o conhecimento técnico e a apropriação dos mecanismos de controle social se fazem necessários nessa arena onde interesses diversos e, por vezes, antagônicos se manifestam.

A decisão política reserva a maior parcela de influência aos que reconhecem que a participação no processo decisório não é um privilégio, mas uma tarefa, ou carreira, muito difícil e exigente. Em última análise, não se joga com ligeireza o jogo do poder: é preciso estar disposto à luta e ao trabalho árduo (Lindblon, 1980, p.113).

Este é o grande desafio posto para esse 3º milênio, identificar os avanços e os limites do que foi implementado até agora enquanto política pública de garantia dos princípios contidos no ECA. O que há ainda por fazer? Como fazer? O que após quinze anos de existência do novo ordenamento jurídico na área da infância e adolescência pode-se, de fato, verificar quanto à concretização do rompimento

com o velho paradigma da “situação irregular” e a consolidação do novo paradigma da Proteção Integral?

É nesta perspectiva, que buscaremos elementos que possam nos responder tais questões e, ainda, identificar nas políticas existentes, hoje, para a atenção a criança e ao adolescente em situação de risco social por envolvimento com drogas, o princípio da proteção Integral, pois acreditamos que deva ser este a orientação básica e fundamental para a construção de políticas públicas que almejem ser verdadeiramente, eficazes, eficientes e efetivas.

Apresentaremos no capítulo seguinte o perfil das crianças e adolescentes que se encontram nessa situação de risco social e a atuação do CT na execução de medidas protetivas para a restituição de direitos violados.

Capítulo II

Crianças e Adolescentes em situação de risco social por envolvimento com drogas: perfil, demandas, solicitantes e medidas

Segundo dados levantados em pesquisa realizada em 1997 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID junto a estudantes de Ensino Fundamental e Ensino Médio de dez capitais brasileiras, o consumo de drogas tem aumentado entre jovens brasileiros (Cebriid,1997). Constatou-se um aumento no uso de drogas em geral, e da cocaína em particular, principalmente nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Essa situação se agrava entre as crianças e adolescentes em situação de rua entre as quais, além das drogas consideradas ilícitas, há uso intenso de álcool, tabaco e de substâncias tais como cola de sapateiro e solventes, que embora causem dependência, não são tipificadas como entorpecentes.

Embora a exposição dessa população à situação de risco tenha origem a partir de uma realidade social complexa e com determinantes diversos, podemos constatar que a população de comunidades empobrecidas está mais vulnerável aos riscos advindos desse envolvimento²⁹. A precariedade dos serviços de atenção a saúde da população dependente de drogas, as ameaças decorrentes do aliciamento pelo tráfico e as poucas alternativas de proteção e promoção de direitos contribuem para a perpetuação desta realidade.

A violência gerada pelo tráfico de drogas tem causado imensuráveis danos às sociedades em todo o mundo, todavia, na realidade brasileira, são os adolescentes e os jovens as maiores vítimas nos conflitos decorrentes dessas relações. Tal realidade pode ser constatada através do número de óbitos por

²⁹ Segundo Batista(1997)a disseminação do uso de cocaína trouxe como contrapartida o recrutamento da mão-de-obra jovem para a sua venda ilegal e constituiu núcleos de força nas favelas e bairros pobres do Rio de Janeiro. Aos jovens de classe média, que a consumiam, aplicou-se sempre o estereótipo médico e aos jovens pobres que a comercializavam, o estereótipo criminal.

homicídio e outras violências envolvendo essa população (Dowdney, 2003). Censo realizado em 1998 pela Superintendência de Saúde da Secretaria de Justiça do Estado do Rio de Janeiro junto aos adolescentes que cumprem medidas sócioeducativas por terem cometido atos infracionais revela que entre os 687 adolescentes pesquisados, sendo 648 meninos e 39 meninas, 90,0% já tinham feito uso de drogas. Desses, 77,5% dos meninos e 82,3% das meninas usaram droga pela primeira vez entre 10 e 15 anos de idade.

Essa mesma pesquisa nos revela ainda, que 62,0% dos meninos e 74,0% das meninas tentaram parar de usar drogas em algum momento de suas vidas. Cabendo-nos, assim, o seguinte questionamento: O que faltou, ou o que falta para que o desejo de parar de usar drogas se concretize? Faríamos ainda a seguinte pergunta: Quais são os fatores determinantes que conduzem ou proporcionam o contato de adolescentes com a droga, e quais são as ações do poder público que atendem essa clientela com suas demandas diversas?

Os relatos de adolescentes acerca dos motivos pelos quais entram para o tráfico nos impelem a refletir sobre essa realidade de profundas cisões sociais:

Alguns é falta de trabalho. Outros, já é porque quer comprar roupa de marca.(...) às vezes os que é viciado gasta com pó ou com maconha. Outros ganha, gasta em mulher, hotel. O tráfico ...vamos supor: desde pequeno nós só anda junto. Aí você se envolve. Aí eu ando contigo e tu ta passando. Aí tu: 'pô', me dá uma ajuda aí. Aí tu vai começar a se envolver. Vai passando, passando. Depois outro que também anda contigo também acaba se envolvendo, aí vai assim. Se tiver trabalhando tu não vai se envolver. Agora se tiver à toa...(Cruz Neto, Moreira e Sucena, 2001, p.128).

Um outro adolescente relata que a falta de condições mínimas de sobrevivência pode gerar nas pessoas além da fome, a revolta:

Têm muitas pessoas que entram (para o tráfico) por pobreza. Quer comer do bom e do melhor (...) Têm umas coisas também da sociedade que fica maltratando também. Aí nisso vai criando revolta (...) Esses dias mesmo, eu tava dentro do ônibus. Eu vi um menor pedindo dinheiro pra comer, pedindo, chorando pra dentro do ônibus pedindo dinheiro pra comer. Ninguém queria dar um

dinheiro pro menor comer a comida. Ao por isso que às vezes as pessoas se revolta, né? Aí rouba, trafica (...) Pó, um trabalho não dá nem para comprar uma roupa, ir no baile funk, ir pra um hotel. Cê vai fazer isso vai morrer de fome (Cruz Neto, Moreira e Sucena, 2001, p.128).

Dentro desse quadro mais geral nos perguntamos quem são especificamente as crianças que em risco social pelo envolvimento com drogas que chegam ao I CT de Niterói. Buscando responder a essa pergunta analisamos uma amostra de 24 casos relativos a essa população específica no ano 2000³⁰.

O objetivo desse levantamento não se esgotou apenas na quantificação de casos atendidos por esse órgão, mas, sobretudo, no exame do processo que constitui a demanda: a sua chegada ao CT, os resultados obtidos a partir das medidas aplicadas e a qualidade dos serviços oferecidos pelo município sob a perspectiva do princípio da proteção integral. Assim, estabelecemos como critério de análise que apenas casos nos quais estivessem registradas no prontuário as situações de risco por envolvimento com drogas e que a criança ou adolescente tivesse tido pelo menos um atendimento com o conselheiro tutelar seriam por nós estudados. Destacamos os meses de janeiro a março e julho a setembro, buscando assim ter uma amostra dos atendimentos do 1º semestre e uma outra do 2º semestre, o que nos permitiu ter uma visão mais aproximada do fluxo estabelecido na dinâmica de atuação do Conselho Tutelar acerca desses casos específicos ao longo de um ano.

³⁰ Este foi o ano que o I CT teve o maior número de atendimento. E, foi a partir desse ano que o I CT passou a utilizar os instrumentos formulados e fornecidos pelo Sistema Informação de Proteção para Infância e Adolescência - SIPIA para caracterização/tipificação dos Casos, dos agentes violadores e das medidas de proteção.

1 - Quanto à identificação da criança e do adolescente

1.1- Quanto à faixa etária

Identificamos, a partir da investigação dos prontuários, que os adolescentes - meninos e meninas com idade entre 12 e 18 anos incompletos - representam 92% dos casos.



Segundo estudos na área da psicologia, é nessa fase que o sentimento de invulnerabilidade se expressa através de comportamentos desafiadores e de riscos. A atração pelo perigo e por experiências radicais fazem parte desse universo de descobertas da adolescência. Desde à mudança do corpo à necessidade de sua auto-afirmação como sujeito, o desejo de arriscar-se é bem próprio desse momento de transição da vida de infância a vida adulta.

O adolescente está sempre tentando ir além dos limites e, por conta disto tem uma tendência para infringir as leis, seja através da delinquência, da toxicomania ou do suicídio. Estas atitudes estariam apontando para a conquista do todo, do infinito, na tentativa de ocupar todos os espaços e futuras perdas. É o tudo já. Tempo e espaço ganham uma outra determinação e a vivência da deslocalização temporal experimentada através do paradoxo urgência/postergação (Teixeira, 2004, p.7) .

Além desse aspecto de caráter mais individual e subjetivo, há também a dificuldade ainda existente, por parte de pais e de agentes que atuam com crianças e adolescentes, em reconhecer na criança, problemas decorrentes do uso de drogas. Esse reconhecimento se dá, quase sempre, num momento onde surgem os conflitos e o risco social se agudiza. Tal realidade poderá ser observada no capítulo seguinte deste trabalho, onde verificaremos que o envolvimento com drogas, em muitos casos, tem início em tenra idade, mas, só se torna visível bastante tempo depois.

1.2 – Quanto ao sexo

Os adolescentes do sexo masculino constituem a maioria dos casos de situação de risco social com envolvimento de drogas. Eles representam 83% dos casos.



Segundo os dados da 2ª Vara da Infância e Juventude do Rio de Janeiro, são eles também que representam a maioria esmagadora dos casos de ato infracional por uso de entorpecentes e tráfico de drogas³¹.

As meninas representam 17% da nossa amostra. Tal realidade também se verifica nos estudos³² acerca de adolescentes autores de atos infracionais.

³¹ Ver acerca desses dados em ASSIS, S. (2000)

³² CRUZ, MOREIRA, SUCENA, (2001); VOLPI, (1999); ASSIS, (2000)

Assis (2000), utilizando-se da teoria do controle social, faz a seguinte reflexão sobre essa participação em menor escala de meninas em tais atos:

O controle sobre a mulher é feito em todos os espaços da vida social: em casa, na via pública, no trabalho e nas políticas sociais. A dominação no domicílio faz-se pela 'detenção preventiva'. A menina tem sua liberdade mais restrita em prol de sua máxima proteção. (...) esse supercontrole tem se mostrado eficiente, pois as mulheres cometem menos crimes que os homens – e de menor gravidade – e são menos reincidentes na infração. Logo, a tradicional socialização feminina atua como um fator que protege a mulher da possibilidade de entrar no mundo infracional. (Assis, 2000:p,48)

Podemos, a partir de uma reflexão baseada nas relações de poder construídas pelo modo de produção capitalista, apresentar uma outra possibilidade de análise acerca dessa posição minoritária da figura feminina no tráfico de drogas. Esse mesmo controle advindo da cultura machista que subjuga a mulher restringindo-a ao espaço privado do lar e da família, pode tornar-se *frouxo* à medida que os interesses econômicos venham se sobrepor às relações construídas pela hegemonia patriarcal. Tal fenômeno já é realidade e pode ser visto em duas situações concretas.

A primeira é o aliciamento de crianças e adolescentes que até a década de 70 não tinham participação tão expressiva, e, em conseqüência do aumento vultoso do lucro movimentado pelo tráfico de drogas nas últimas décadas, passam a constituir, hoje, “peças” necessárias e importantes para a engrenagem e funcionamento dessa atividade, formando parte significativa do *exército de reserva* desse mercado³³.

A segunda situação é o aumento, já percebido, da presença feminina nesse tipo de atividade já demonstra a expansão dessa relação capitalista de trabalho. Assis (2000), em sua pesquisa realizada com adolescentes do sexo feminino autoras de ato infracional, verificou que os atos infracionais por tráfico

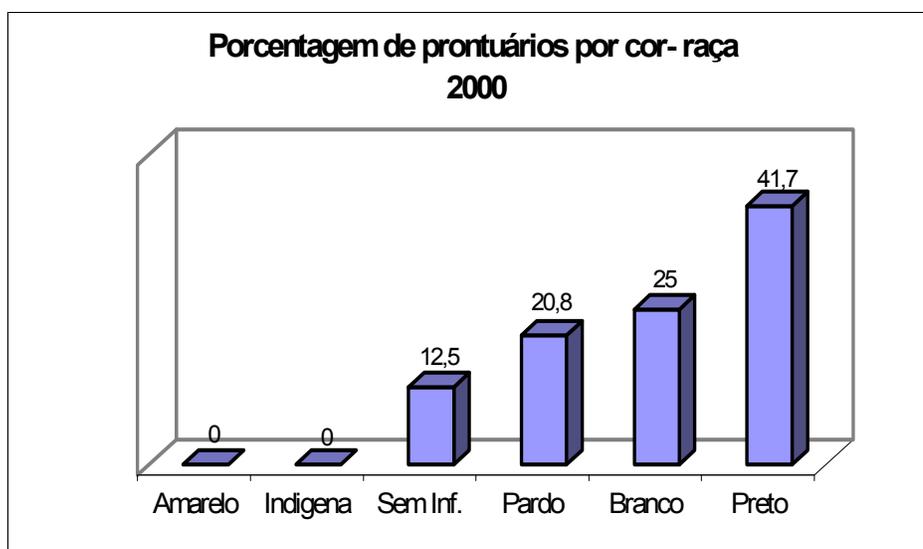
³³ Segundo Dowdney (2003,p. 121) “a chegada da cocaína no mercado de varejo, aumentou radicalmente a rentabilidade do comercio de drogas e, em conseqüência, reestruturou as relações de trabalho para as crianças, que anteriormente recebiam, “presentes” em troca de trabalho. Além disso, as crianças começaram a ocupar outras funções e sua situação de emprego mais elevada passou a exigir que fossem pagas em dinheiro”.

de drogas e uso de entorpecente cometidos por elas, representaram, em 1998, respectivamente, 31,9% e 12,9% dos casos, segundo os dados obtidos junto à 2ª Vara da Infância e Juventude do Rio de Janeiro. A autora constata que o crescimento observado entre 1995 e 1998 da participação dessa população no comércio de drogas foi da ordem de 170% e para os do sexo masculino foi de 122% .

A inserção feminina no tráfico se dá sob duas principais formas. A primeira delas reflete a profunda sujeição aos mandos masculinos, correspondendo ao que habitualmente se denomina “mulher de bandido”. A iniciação das adolescentes é feita pelo parceiro...Outro distinto grupo de garotas que se envolve no tráfico o faz de maneira mais independente de maridos e namorados, podendo ter a entrada facilitada por parentes ou amigos. Essa forma de inserção não indica que tenham excluído a influencia masculina em suas vidas, mas que este não é o fator determinante da entrada e da continuidade na atividade infracional (Assis, 2000, p.48).

1.3- Quanto à raça

Com relação à raça dos sujeitos da nossa amostra, a maioria é negra, haja vista 62,5% serem de cor preta ou parda e 25% serem brancos. Em 12,5% dos prontuários não há informação quanto à cor.



Podemos observar que tal realidade já vem sendo apontada por pesquisadores de diversas áreas como reflexo de uma sociedade que historicamente tem excluído determinados grupos sociais pela cor de sua pele e por suas características fenotípicas e culturais de ascendência africana.

Ao nos remetermos a história das relações sociais brasileiras, veremos que desde o período escravocrata vivemos numa sociedade construída sobre alicerces de uma rígida divisão hierárquica de organização. Fatores tais como o poder aquisitivo (proprietários de terra, membros da nobreza, donos de terra, senhores de engenho, donos de escravos, os barões do café, etc.) e origem familiar foram critérios instituídos para a garantia de inserção e ascensão social. Assim sendo, mesmo após a chamada *abolição da escravatura*, a população negra, que em sua maioria já era *livre* nesse período, não obteve oportunidades que poderiam proporcionar-lhes condições de alcançarem sua cidadania e ocuparem espaços sociais de maior prestígio.

Desta forma, essa população, com vistas à sua sobrevivência, foi buscar alternativas de trabalho nas atividades de baixa remuneração. Buscou como alternativa para moradia, os cortiços e favelas e, através das *redes* de solidariedade entre seus *iguais*, construiu e reconstrói sua sociabilidade.

Ademais, embora as pesquisas apresentem que nos últimos anos os dados são positivos acerca da inserção escolar de crianças e adolescentes³⁴ e do poder aquisitivo da população brasileira, vê-se que os níveis de desigualdades sociais permanecem estáveis. E, é sobre a população negra empobrecida que o peso da exclusão e marginalização recai mais fortemente³⁵.

Segundo as estatísticas³⁶, a realidade de exclusão no Brasil tem cor e se evidencia em todos espaços sociais, principalmente, nos espaços de produção do

³⁴ Segundo estatísticas de 2001 do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP/2001), 97% dos estudantes entre 7 e 14 anos estão matriculados no ensino regular e 84,5% dos adolescentes entre 15 e 17 anos estão matriculados em algum estabelecimento de ensino (UNICEF, 2002).

³⁵ Segundo Jaccoud (2002) "...a cor da pele se encontra fortemente associada à probabilidade de se encontrar indivíduos no estágio que representa a mais drástica forma de privação material: a pobreza. (...) uma análise por recorte de cor evidencia que a pobreza é muito maior entre a população negra. A probabilidade de um branco ser pobre situa-se em torno de 22% , mas se o indivíduo é negro, a probabilidade é o dobro-48%". Jaccoud, (2002).

³⁶ Ver ainda, Waiselfisz (2002).

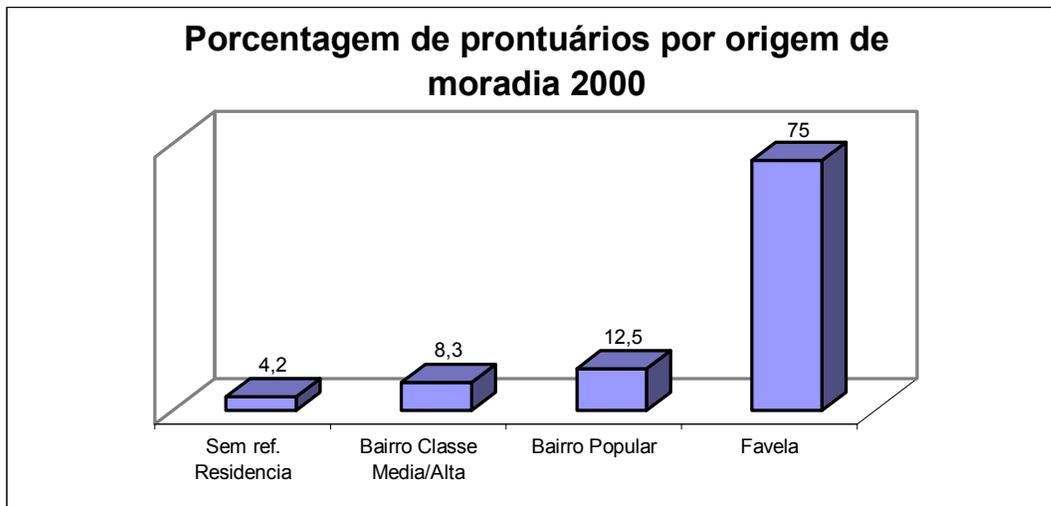
saber onde pretos e pardos são os mais excluídos do acesso à educação, gerando os mais baixos níveis de escolaridade. A taxa de analfabetismo revela que 18,2% dos negros com 15 anos ou mais são analfabetos, enquanto, entre os brancos, esse percentual é de 7,7%. Os negros estudam, em média, 4,7 anos – população de 25 anos ou mais –, já os brancos, com a mesma idade, atingem 6,9 anos de estudo (Henriques, 2003).

A desigualdade revelada nos anos de escolaridade refletirá mais tarde na inserção no mercado de trabalho, construindo um círculo vicioso o qual as políticas universais até então empregadas não têm dado conta de reverter. Refletindo sobre essa realidade a partir os dados do PNAD de 1999, Henriques (2002) faz a seguinte análise:

Os negros representam 45% dos brasileiros, mas correspondem a 64% dos miseráveis. A constatação incontornável é que ao nascer de cor parda ou preta, aumenta significativamente a probabilidade de um brasileiro ser pobre (...) A pobreza atinge de forma mais desproporcional as crianças. Alguns dados evidenciam esse cenário desolador: 43% da pobreza brasileira se concentra em meninos e meninas entre zero e 14 anos, sendo que o peso dessa faixa etária na população total é 29%. As mais prejudicadas são, sem dúvida, as negras (Henriques, 2003, p. 63).

1.4- Quanto à origem de moradia

75% da amostra mora em comunidade de favela; 12,5% em bairros populares, 8,3% em bairros de classe media/alta. Não há registro do local de moradia de 4,2%.



Dados semelhante também foram encontrados em pesquisa realizada entre 1998 e 1999 junto a 88 adolescentes que cumpriam medida sócio-educativa por ato infracional de tráfico de drogas no Rio de Janeiro (Cruz Neto, Moreira e Sucena, 2001), onde estes eram em sua maioria meninos com a idade entre 16 e 18 anos, negros e que moravam em bairros periféricos.

Embora a situação de pobreza não seja fator determinante para impelir crianças e adolescentes ao uso e “comércio de drogas”, a situação de vulnerabilidade aumenta quando as alternativas de promoção de cidadania são negadas. O aliciamento de meninos e meninas pelo tráfico de drogas acaba sendo facilitado quando o Estado não reconhece essa população como sujeitos de direitos. Deixando-a entregue a sua própria sorte, a droga, seja para o consumo ou para obtenção de bens materiais e simbólicos, acaba se tornando possibilidade real de sonhar e alcançar um pouco de “felicidade”.

2- Quanto à identificação do solicitante

Podemos visualizar através do quadro abaixo os principais agentes que demandam a intervenção do conselho tutelar:

Prontuários classificados quanto à solicitação do atendimento no Conselho Tutelar

Solicitação por ³⁷ :	Porcentagem
Pais/responsável	38,5
Órgão público	23,1
A própria criança	19,2
ONG/entidades de atendimento	7,7
Outros membros da família	3,8
Autoridade policial	3,8
Outros (denúncia anônima)	3,8

2.1- Solicitação feita pela família

As solicitações podem ser feitas por diferentes agentes. Contudo, a nossa pesquisa revela que são os pais aqueles que majoritariamente invocam a atuação do CT. Isso, a primeira vista, evidencia que as famílias das crianças e dos adolescentes já reconhecem o papel deste órgão enquanto instância legítima de intervenção na problemática da infância e da adolescência. Uma segunda análise das razões dos seus pedidos de intervenção aponta para:

- a) Transferência do problema para as instituições diante do sentimento de perda da autoridade materna/paterna/familiar;
- b) Medo de sofrer coerção por parte do CT a partir do pensamento, equivocado, mas socialmente construído acerca do papel deste órgão enquanto executor de ações punitivas e repressivas em analogia as ações judiciais e policiais;
- c) Preocupação legítima com o bem-estar da criança

³⁷ Cabe aqui destacar, que um mesmo caso pode chegar ao CT através de um ou mais solicitantes. Assim, um caso pode ter tido seu primeiro atendimento por solicitação do “*Volta pra Casa*”, que é um projeto de abordagem à criança e adolescente que estão em situação de rua, executado pelo poder público municipal. Mas, pode ocorrer dessa mesma criança ou adolescente voltar ao CT num outro momento, com a mesma demanda e solicitar por si mesmo o atendimento.

O número de pessoas pais/responsáveis³⁸ que procuram o CT solicitando ajuda para suas crianças e adolescentes chega a 38,5%, dentre os quais a figura materna é a que mais solicita a intervenção desse órgão. Esta realidade pode nos colocar diante do seguinte paradoxo: é a mãe quem mais solicita proteção para os filhos, mas, é ela também quem, segundo algumas pesquisas³⁹, mais pratica violência doméstica contra os mesmos.

Esta mulher, que dentre seus vários papéis sociais, exerce também o de mãe, tem, hoje assumido sozinha as responsabilidades pela guarda e sustento de sua prole.

O número de domicílios chefiados por mulheres aumentou e as condições de sobrevivência das famílias que possuem apenas esta mulher como provedora são bastante precárias. É o que revela a pesquisa “*Juventude, Violência e Cidadania no município do Rio de Janeiro*” realizada em 1998 (Minayo, 1999), onde adolescentes e jovens dos estratos A e B que vivem apenas com a mãe representavam 19% dos entrevistados, e os pertencentes aos estratos C, D e E nessa mesma situação representavam 26,2%.

É essa mulher, que muitas vezes sob o peso da responsabilidade de cuidar e garantir sozinha a proteção dos filhos, acaba por agredi-los. O que parece uma contradição no comportamento dessa mulher, que ora agride e ora busca auxílio de proteção, também pode ser compreendido dentro de uma lógica construída sobre uma cultura histórica na qual a atitude de bater no filho é, muitas vezes, visto como um ato de amor e zelo. Ambas atitudes, punir batendo e cuidar exigindo garantia de direitos, estão dentro dessa mesma lógica, ainda que perversa, de proteção familiar.

Recordemos que os pais interpretam a punição corporal com recurso disciplinar legítimo a partir de sua própria vivência na infância, com frequência a única referência com que contam para a

³⁸ Entende-se como responsáveis o pai, a mãe ou a pessoa que tiver a criança ou o adolescente sob seus cuidados mediante a tutela ou guarda judicial.

³⁹ Barros, (2003), por exemplo, em sua pesquisa sobre violência familiar, afirma que a mãe representa 44,07% dos que pratica violência contra a criança e ao adolescente no âmbito familiar, o pai 29,65 e o padrasto 7,28 e os 19% restantes representam vizinhos, madrasta e outros familiares.

educação da próxima geração.(...) Em seu raciocínio, a inserção em estruturas hierárquicas no interior da família forja a introjeção de um conjunto de normas e valores que contribui para que os filhos, quando aptos à circulação autônoma no espaço social, tornem-se menos permeáveis aos apelos à marginalidade ou mesmo à exposição a situações de risco freqüentes na sociedade brasileira urbana e contemporânea (Gonçalves, 2003, p. 123).

A pouca participação paterna com relação à responsabilidade com os filhos pode ser verificada nos atendimentos realizados pelo CT e em tantos outros estudos nessa área, tais como o realizado por Fávero (2001) acerca do processo de perda do poder familiar junto às varas da infância e juventude:

O número de homens/pais que aparece, quando da existência de alguma informação a respeito deles nos autos, é pequeno. É pouco freqüente a presença ou a referência mais clara a eles. Na maioria das vezes, o pai está “desaparecido”, ou não registra a criança, ou não assume a sua parcela de responsabilidade pela gravidez (Fávero,2001, p.144).

Assim como a cultura da “proteção pela violência” que se manifesta através de atos de correção dos filhos, a omissão da responsabilidade paterna tem sido naturalizada como um fenômeno cada vez mais comum nas relações familiares. Embora os dados apresentados pelas pesquisas revelem a presença cada vez mais solitária de mulheres administrando suas famílias, pouco se tem discutido sobre os impactos dessa realidade sobre as relações de gênero que se configuram. A que se deve essa ausência paterna e quais são as implicações para o desenvolvimento físico e psicológico da criança e do adolescente? Onde estão os homens-pais e por que sua invisibilidade é apreendida com um fenômeno natural? Buscando algumas respostas para essas questões, Nascimento (2004) em sua pesquisa sobre a paternidade na adolescência faz a seguinte reflexão:

O processo necessário de mudança de comportamento na relação de gênero pressupõe um acolhimento do homem enquanto protagonista das políticas públicas e das instituições de atendimento a saúde reprodutiva e sexual. É importante ressaltar

que a transformação precisa ocorrer nas esferas de reprodução dos valores sociais, como escola, família, meios de comunicação, igreja e sociedade em geral, incluindo-se aí os serviços de saúde. Assim, o processo de libertação de homens e mulheres de suas posturas cristalizadoras só será possível num contexto de ampla ação coletiva, que possibilite uma revolução simbólica capaz de subverter a ordem socialmente imposta (Nascimento, 2004, p.9).

2.2- A solicitação por Órgãos Públicos

O segundo agente que mais invoca a intervenção do CT, são os órgãos públicos. O que isso significa? A primeira vista tal fato pode indicar que as entidades governamentais têm estabelecido um sistema de vigilância e atenção relativamente bem sucedido. Contudo, uma análise mais detalhada dos prontuários, no que toca à qualificação de tais órgãos, mostrou que se trata quase sempre do mesmo – Volta pra Casa, um programa do governo municipal, que atua com meninos e meninas em situação de rua desde 1998. Através de abordagens diárias na rua, educadores sociais buscam sensibilizar essa população no sentido levá-la de volta para a família. Muitos são encaminhados pelo programa ao CT para receberem medidas de proteção, tais como abrigo e atendimento médico especializado.

Não foi encontrado em nossa pesquisa nenhum registro de solicitação realizada por escolas públicas e Unidades de Saúde, embora estas em relação aos casos de suspeita de violência são, dos órgãos públicos, as que mais notificam e solicitam a intervenção do CT. Podemos aí trabalhar com duas hipóteses a partir das leituras dos prontuários.

A primeira é a de que essa população não está mais na escola. Isto é consistente com os achados de Cruz Neto, Moreira e Sucena (2001), que verificaram que dos 88 adolescentes que cumpriam medidas sócioeducativas por ato infracional por tráfico de drogas, cerca de 42% não estudavam e dos que estudavam, apenas um estava na série escolar adequada segundo o Ministério da Educação. Todos os demais estavam bem defasado com relação à idade-série escolar. Tal realidade se deve ao alto índice de reprovação, que também contribui

significativamente com o alto índice de abandono da escola.

A relação idade-série constitui, assim, um dos indicadores mais simples e sensíveis do campo da educação, variando em razão direta da repetência e apontando importantes tendências de evasão escolar. Diante de um quadro tão acentuado de defasagem educacional, depreende-se que aqueles jovens foram seguidamente reprovados, tendo vivenciado uma seqüência de eventos negativos que são maniqueístamente rotulados de 'fracasso escolar' (Cruz Neto, Moreira e Sucena, 2001, p.106).

A segunda hipótese diz respeito ao fato de que a dependência de drogas ainda não é vista pelos serviços de saúde como sendo um problema relevante. Tais serviços seguem uma prática mais voltada a prevenção. Suas campanhas são quase sempre voltadas para a divulgação do problema de uma forma generalista, o que pode dificultar a sensibilização dessa população para os riscos advindos do uso de drogas, com relação tanto aos danos á saúde quanto às implicações sociais. Ao mesmo tempo, porque não procuram os serviços de saúde, os usuários pobres continuam invisíveis a esses recursos.

2.3- Solicitações feitas pelas próprias crianças e adolescentes

As solicitações feitas pelas próprias crianças e adolescentes representam 19,2% dos atendimentos do CT. Isto nos sugere que, embora o Conselho Tutelar ainda seja para a grande maioria da população "um estranho desconhecido", para determinados segmentos sociais, tais como os meninos e as meninas em situação de rua, ele constitui um espaço de referência. Tal fato constitui um avanço significativo no que diz respeito ao exercício da cidadania sob dois aspectos: primeiro, quando esses sujeitos passam a exigir por si próprios seus direitos, que embora estejam assegurados em lei, ainda estão em processo lento de consolidação. Segundo, quando há o reconhecimento por parte da própria criança e do adolescente desse espaço como sendo seu, vê-se aí a possibilidade real do CT constituir-se de fato em importante instrumento de defesa, rompendo com o que há ainda construído no imaginário social sobre ter como atribuição praticas de

caráter “policial” e coercitiva junto a essa população.

É bom lembrar que o movimento em defesa de direitos pela criança e adolescente não é novidade desse século. O próprio ECA é fruto de um movimento que teve também esse segmento como protagonista. Como relatamos no primeiro capítulo, a participação do Movimento de Meninos e Meninas de rua foi essencial, tanto para estimular debates políticos em todo o país acerca dessa realidade, como para o processo de elaboração de propostas que garantissem para eles direitos na Carta Magna de 1988 e posteriormente, na lei 8069/90.

É importante ressaltar ainda que essa população também se responsabiliza pela garantia dos direitos conquistados. Assim, diferentemente do que se vê veiculado pelos canais de comunicação de massa, que atribui ao ECA os episódios de atos infracionais de adolescentes, não se verifica em nenhum de seus artigos, omissão frente a esses atos. Ao contrário, são várias as medidas⁴⁰ de responsabilização por violação dos seus próprios direitos e contra os de terceiros. Todavia, tais medidas buscam, numa perspectiva de promoção da cidadania, romper com o paradigma de punição e marginalização contido no antigo código de menores, garantindo a esses adolescentes, que são pessoas humanas em processo de desenvolvimento, a oportunidade de assumirem seus atos, conscientes e criticamente, com vistas a sua emancipação enquanto sujeitos de direitos.

2.4- Solicitação pelas Entidades de Atendimento

Já o pequeno número de solicitações apresentadas por entidades de atendimento governamentais e, principalmente pelas não governamentais, por constituírem a maioria das organizações que prestam esse tipo de serviço, invoca uma reflexão. Como se sabe, as organizações não-governamentais que trabalham com crianças e adolescentes desenvolveram-se amplamente na assistência aos chamados carentes, abandonados e órfãos ao longo das últimas duas décadas.

⁴⁰ Ver Capítulo IV –Das Medidas Sócio-Educativas (ECA).

Embora não tenhamos dados precisos, é possível afirmar que elas se encontram entre as ONGs que mais crescem no Brasil, em alguma medida acompanhando a própria expansão da temática e os fluxos de financiamento para a atuação junto a infância e adolescência em nosso país. Tal crescimento, ontem e hoje, contudo, foi relativamente seletivo no que diz respeito ao tipo de criança e adolescente a serem atendidos. Foge aos propósitos deste estudo detalhar tal processo. Entretanto, é possível afirmar com algum grau de certeza que aqueles que têm problemas com drogas não vem sendo considerados alvos preferenciais de suas ações e sim como pessoas que deveriam ser atendidos pelo Estado e seus aparelhos repressivos, analogamente à distinção que se fizera no século XX entre a criança pobre abandonada e a que era vista como delinqüente.

Para os menores moralmente abandonados(não viciosos ou pervertidos), eram indicados as 'escolas de prevenção ou preservação', uma para menores do sexo masculino e outra para as do sexo feminino, situadas dentro do perímetro urbano (...)para os menores delinqüentes , prescrevia-se a 'Escola de Reforma' , localizada na zona suburbana da cidade, que, em1906, imaginava-se dividida em duas seções, uma industrial destinada aos menores que tivessem sido absolvidos e uma seção agrícola para os condenados(...)consta a finalidade da 'Escola de Reforma' : *melhorar o caráter dos menores viciosos ou pervertidos, delinqüentes ou não, pela educação e pelo trabalho* (Rizzine, 1997, p.228).

2.5- Solicitação por outro membro da família

A avó é quem, em nossa amostra, aparece como o outro membro da família solicitando atendimento no CT. Segundo relato de uma ex-conselheira tutelar, é ela, depois dos pais, a pessoa da família que mais busca neste órgão a proteção para a sua criança ou adolescente. Mais uma vez, vê-se aí, a figura feminina como a protetora e cuidadora dos membros da família. Essa realidade, com relação à figura da mulher-avó, vem corroborar as percepções correntes que afirma que a "avo é a segunda mãe". Em muitas relações familiares, ela ocupa o lugar de primeira, quando não raro de *única mãe*. Assim, a reprodução das relações de

gênero atribui à mulher, independente da condição geracional, o lugar central na manutenção e proteção da família.

2.6- Solicitação pela autoridade policial

Com relação à autoridade policial, a solicitação do atendimento quase sempre se dá nos casos de crianças e adolescentes em situação de rua. Muitas vezes, esses meninos e meninas, que se encontram inalando thinner ou cola de sapateiro, são encaminhados ao CT após terem sido apreendidos irregularmente nas chamadas *rondas policiais*. O ECA diz que qualquer criança ou adolescente só poderá ser privado de sua liberdade (direito de ir e vir) em casos de flagrante ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária competente⁴¹.

Vale ressaltar, contudo, que essa prática, quase que rotineira nas grandes cidades, tem adesão de grande parte da sociedade que, sentindo-se ameaçada por aqueles que vivem em situação de miséria ou abandono, deseja apenas que essa população seja afastada do seu campo de visão e não a incomode com sua presença indesejável. Esse pensamento tem suas raízes históricas na ideologia higienista de *limpeza social* muito difundida no século XIX em nosso país, onde essa população marginalizada não tinha direito à cidade.

A presença perturbadora de bandos à toa pelas ruas a desafiar o ritmo acelerado do fluxo da população nos centros urbanos fez com que se criasse uma espécie de estereótipo em torno do fenômeno da vadiagem (Rizzine, 1997, p.106).

Vê-se que esse pensamento se reproduz nos dias atuais tanto nas práticas autoritárias dos aparelhos de repressão, quanto nas ações de *recolhimento* pelo Estado e manifestações sociais conservadoras de apoio a essas práticas,

⁴¹ -Ver artigo 106 do ECA.

conforme exemplifica carta escrita por uma publicitária à revista *Isto É* publicada em 04/08/93 a respeito da chacina da Candelária⁴²:

Não quero saber onde está a causa. Os pivetes me incomodam e prefiro viver sem eles (*apud* Oliveira, 1997, p.60).

Wieviorka (1997) ao analisar a violência sob um novo paradigma nos oferece algumas reflexões acerca dessa repulsão ao outro que nos incomoda, onde o aniquilamento simbólico subjaz as expressões de discriminação e exclusão pela violência.

A violência, em lugar de expressar em vão aquilo que a pessoa ou grupo aspiram afirmar, torna-se pura e simples negação da alteridade, ao mesmo tempo que da subjetividade daquele que a exerce. Ela é a expressão desumanizada do ódio, destruição do outro, tende a barbárie dos purificadores étnicos ou dos erradicadores (Wieviorka, 1997, p.37).

2.7- Solicitação por denúncia anônima

Tendo a denúncia sido feita ao CT e não a polícia acredita-se que a intenção do denunciante fosse a de proteger a criança ou adolescente. Todavia, como ainda há, no senso comum, uma certa compreensão de que o CT é também um órgão de repressão na área da infância e adolescência, somente com o relato do denunciante é que se perceberá a real demanda apresentada. Nesta situação, em especial, o denunciante tinha a compreensão correta do papel do CT⁴³. Podemos então fazer o seguinte questionamento: se trata de uma solicitação de atendimento com o objetivo de ajudar alguém que está em risco, por quê o anonimato?

⁴² Essa Chacina ocorreu em 23 de julho de 1993. Ficou internacionalmente conhecida como a “chacina da candelária”, onde 8 adolescentes foram assassinados nas escadarias da Igreja da Candelária no centro da capital do Rio de Janeiro.

⁴³ -Embora o I CT registre todas as denúncias feitas ao órgão, a abertura de prontuário só ocorre quando a denúncia ou solicitação é de competência do órgão, ou seja, estejam dentro das atribuições que lhe são conferidas pelo ECA.

Várias respostas podem ser dadas a essa questão, desde situações de conflito familiar ao medo de envolvimento numa “situação-problema”. Todavia, trabalhamos com a hipótese que essa situação relaciona-se ao fato de que na tradição brasileira a problemática em tela assume um caráter eminentemente privado. Dessa forma, do mesmo modo em que a violação dos direitos da mulher é tomada como assunto doméstico, a violência intra-familiar e o envolvimento de crianças e adolescentes com drogas podem também ser vistos como problemas que devem ser solucionados no âmbito do lar. Junta-se a esse pensamento, a preocupação com o fato de que a criança ou adolescente que se encontra com esse envolvimento corre riscos de apreensão policial e muitas vezes de vida.

3- Quanto ao tipo de demanda que chega ao Conselho Tutelar

A demanda de risco social por envolvimento com drogas que chega ao CT quase sempre está imbricada a outras. Verifica-se, conforme o quadro abaixo, que nos casos em que a criança e o adolescente são usuários de drogas o vínculo familiar estava fragilizado em 31,6% dos casos e nos que atuavam no tráfico de drogas 39,1% estavam ameaçados de morte.

Classificação dos prontuários quanto às demandas imbricadas - 2000

	(%)					
	Ameaça de morte	Situação de rua	Vínculo familiar Fragilizado	Sem vínculo familiar	Outras*	Total
Uso de** drogas	18,4	21,1	31,6	5,3	23,7	100
Atuação no tráfico***	39,1	8,7	21,7	0,0	30,4	100
% Uso e****						
Atuação no tráfico	38,5	7,7	30,8	0,0	23,1	100

*Outras se referem a situações de gravidez na adolescência; furto; comportamento agressivo na escola; cumprimento de

medida socioeducativa(L.A), etc.

**Uso de drogas com outras demandas(ameaça de morte, situação de rua, vinculo familiar fragilizado,etc.)

***Atuação no trafico com outras demandas (ameaça de morte, situação de rua, vinculo familiar fragilizado,etc.)

****Uso/atuação no trafico com outras demandas (ameaça de morte, situação de rua, vinculo familiar fragilizado,etc.)

3.1- Quanto ao uso e envolvimento com o tráfico de drogas

Embora haja casos de crianças e adolescentes envolvidos com o tráfico de drogas que não fazem uso, eles são minoritários. Vê-se que o uso muitas vezes acaba empurrando-os para uma “relação comercial” com as drogas, pois a necessidade de consumir e sua condição econômica deixam para eles como alternativa de satisfação do desejo o oferecimento de sua mão de obra como a única moeda de troca.

Alguns relatos de adolescentes que participaram do Sistema de Proteção ao Adolescente Oriundo de Medida Socioeducativa por Envolvimento com Tráfico de Drogas retratam um pouco dessa realidade:

Algumas pessoas não tem condições pra se drogar. Assim entra no tráfico”; “A pessoa geralmente não entra para o tráfico direto. Começa se viciando primeiro”; “O cara tá necessitando muito da droga, aí ele pensa logo em entrar pro tráfico. Porque no tráfico você mesmo tem sua droga, você vende a droga, você cheira se quiser, fuma se quiser (apud Cruz Neto, Moreira e Sucena, 2001, p.129).

É relevante salientar que o uso de drogas não levava tradicionalmente ao envolvimento com a sua comercialização. Há cerca de 25 anos o consumo de drogas em cidades como o Rio de Janeiro se constituía como uma prática que se esgotava em si mesma inclusive para os jovens pobres. Estes números, portanto, devem ser vistos tomando como referencia as alterações contemporâneas específicas de países como o Brasil nos processos de arregimentação da população infanto-juvenil pauperizada para o tráfico. Examinando esse processo Cruz Neto, Moreira e Sucena (2001) afirmam que:

(...) o que há de peculiar aqui é a confluência de fatores demográficos com o aumento das desigualdades, o crescimento dos processos de exclusão, a falta de perspectiva no mercado de trabalho e a oferta de integração ao consumo, via comércio varejista de drogas. A isso se junta como fenômeno da sociedade atual a intensificação aos apelos ao consumo de bens, dentre os quais os que mais atraem os jovens envolvidos com o tráfico, conforme eles mesmo o demonstram, são os não duradouros e imediatistas, como roupas, objetos de marca e a possibilidade de usufruir a comida em restaurantes que primam pela fartura, o esbanjamento de mulheres, e, de forma não desprezível, o aporte a sobrevivência da família(Cruz Neto, Moreira e Sucena, 2001, p. 19).

A especificidade brasileira deste processo pode ser ainda melhor delineada quando se compara a realidade nacional com o que mostram alguns estudos sobre essa mesma questão em outros países. Dowdney (2003), por exemplo, afirma que a utilização de drogas por jovens em países como os EUA não os conduzem a posições na hierarquia da criminalidade das drogas nem tampouco pode ser visto como agente gerador de conflitos das proporções que se visualizam nas grandes cidades brasileiras.

Drogas ilegais são consumidas em todas as grandes cidades do mundo e cada uma delas enfrenta os problemas relacionados com o consumo e a venda ilegal, seja a violência ou problemas médicos. Mas mesmo em cidades como Nova Iorque, que é considerado um mercado importante de drogas ilegais, o comércio da droga nas ruas não gera, nem de longe, a violência e as mortes provocadas por armas de fogo provocadas pelo tráfico no Rio de Janeiro. É possível comprar drogas em quase todos os centros urbanos do mundo, é um ponto comum nos modernos assentamentos urbanos. Mas a diferença notável em relação ao Rio é que a violência gerada pelas disputas pelo controle dos pontos de venda assume proporções semelhantes à guerra(Dowdney,2003, p.220).

3.2- A ameaça de morte

Ameaças de morte se apresentam como uma outra demanda comum apresentada aos Conselhos Tutelares. Tais ameaças geralmente são feitas por

dois agentes distintos: traficantes e policiais.

No que diz respeito aos traficantes, segundo relatos nos prontuários e entrevistas realizadas com conselheiros tutelares, essas ameaças estão relacionadas a um conjunto de fatores, notadamente aqueles que dizem respeito à quebra, por parte dos adolescentes, de certas regras de conduta estabelecidas pelo tráfico local a exemplo da não prestação de contas da droga vendida, consumo exagerado de drogas dificultando a possibilidade de posterior pagamento, envolvimento com roubo das drogas que estavam sob sua responsabilidade, vazamento de informações, relacionamentos com pessoas de outras facções, não cumprimento das suas funções (olheiro, vapor, soldado, etc.)⁴⁴ dentro do “movimento”, etc. Geralmente as ameaças de morte são precedidas de persistentes cobranças para o pagamento da dívida ou, no caso do relacionamento com pessoas de outras comunidades, de conversas que buscam persuadi-los a romperem tal contato.

Já no que diz respeito às ameaças perpetradas por policiais, estão geralmente relacionadas com pressões para que delatem os chefes e os locais de armazenamento de drogas e armamentos.

3.3- Situação de rua

Em pesquisa realizada por Baptista e Matias(2003) sobre o abuso de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro, verificou-se, através das entrevistas com 106 sujeitos, que 57,1% da população pesquisada era composta por meninos e 42,9% por meninas na faixa etária de dez a dezoito anos, sendo que a maioria (79,7%) encontrava-se na faixa etária entre doze e quinze anos. Com relação à ida para as ruas o motivo mais comum estava relacionado à dissolução da família. Quase a metade da amostra, 48,9% refere-se a morte da mãe ou algum familiar como o

⁴⁴ Dentro do “movimento”(tráfico de drogas), os integrantes recebem funções determinadas pelo o líder que é chamado de “dono da boca”. O “olheiro” é o responsável pela vigilância da movimentação da polícia ou qualquer ocorrência diferente dentro da comunidade; o “vapor” tem a função de vender a droga e o soldado é o que dá a segurança às atividades do tráfico.

pior acontecimento de suas vidas, seguida da separação dos pais, 13, 5%. Tal motivo também aparece no relato do jovem entrevistado por nós:

O que me levou a ir para as ruas foi que eu não tinha mais apoio de ninguém, meu apoio era a minha mãe, então minha mãe morreu (jovem, ex-usuário).

A pesquisa revelou ainda que as drogas mais usadas pelas crianças e adolescentes em situação de rua são a cola, maconha e cocaína. E, 90,8% dos entrevistados responderam sim a pergunta sobre se o uso de drogas era um problema na comunidade onde residiam. 59% afirmaram que conheceram drogas na faixa etária entre dez e doze anos. É interessante destacar que muitas vezes o início do uso de drogas começa com as chamadas drogas lícitas, tais como o tabaco e o álcool.

Eu comecei, creio eu, quando eu tinha uns 9, 10 anos, porque minha mãe fumava cigarro, então ela deixava muita guimba de cigarro na pia e ia lavar a roupa e dizia: M. A, pega esse cigarro aí para mim, e eu pegava e entregava a ela. Um belo dia eu dei o primeiro trago no cigarro eu tossi e ela até brigou comigo, mas eu sempre continuei a fazer isso (jovem, ex-usuário).

Especificamente em relação ao uso de drogas por essa população, é necessário enfatizar o papel negativo da trajetória dessas crianças desde as situações de violência que experimentaram em suas famílias de origem até ida, mais ou menos permanente para as ruas, com todas as implicações psico-afetivas aí envolvidas. Comentando essa questão Dios (2004, p. 39) afirma:

Entender o uso de drogas, sua especificidade, sua dimensão, não tem sido algo fácil. Quando falamos de crianças e adolescentes em situação de rua, esta situação parece tornar-se ainda mais complexa. O sentido e o significado do uso de drogas para esses jovens não se reduzem a busca de prazer, ao alívio de tensão ou a curiosidade, como poderíamos supor caso tivéssemos em mente outros contextos. A droga, para esses jovens, se constitui uma verdadeira estratégia de sobrevivência na busca do alívio e do frio, da fome, e na fuga da realidade vivida.

Nesta trajetória, comumente marcada por inúmeras violações de seus direitos e vulnerabilizações, ao contrário do que se possa pensar, eles geralmente tornam-se "apenas" usuários, não ingressando necessariamente na atividade do tráfico como podemos observar na nossa amostra estudada apenas 8,7% estavam nesta situação estavam envolvidos.

Eu sou usuário, ia a boca de fumo, comprava, usava, e muitas das vezes tava fumando ou cheirando, a policia chegava na hora prendia tudo. Só não prendia a gente, mas prendia tudo, às vezes liberava, mas graças a Deus sempre trabalhei para manter, eu sempre fui de trabalhar e nunca fui muito envolvido com negocio de crime não (jovem, ex-usuário).

É interessante ainda observar que em nossa pesquisa apenas 8,7% das crianças e adolescentes que se encontram em situação de rua atuam em atividades do tráfico de drogas. Assim, embora estejam também submetidos aos riscos de ameaças na rua, sua maior demanda refere-se ao atendimento à saúde, haja vista, o uso abusivo de drogas . Desta forma os abrigos de proteção podem exercer um papel fundamental para o tratamento da drogadição. se em sua abordagem e acolhimento considerarem relevante esse fator.

3.4 - Vínculo Familiar

São vários os determinantes que podem comprometer os laços afetivos familiares. Todavia, as situações de violência e rejeição aparecem nos relatos de crianças e adolescentes contidos nos prontuários pesquisados, bem como em outros estudos (Gonçalves, H.S. 2003; Guerra,V.N e Azevedo, M. A. (org.), 2000; Assis, S. G. 2000) acerca da violência doméstica, como elementos fundamentais no processo de fragilização e rompimento dos vínculos com a família.

Segundo Minayo (1999) a família é uma organização social complexa, onde se vivem relações primárias e se constroem os processos identificatórios. É também um espaço onde se definem papéis sociais de gênero, cultura de classe e se reproduzem às bases do poder. É nesse espaço que se dá às discussões dos

filhos com os pais, as decisões sobre o futuro e os limites das condições de suas possibilidades. A família é assim, o espaço do afeto e também do conflito e das contradições.

(...) se a ruptura do vínculo familiar se der muito precocemente, as conseqüências recaem sobre a capacidade intelectual e afetiva; se depois da estruturação da personalidade, a delinqüência seria o caminho mais viável (Assis, 2000).

Consideramos em nossa pesquisa as situações de conflitos familiares com história de violência – física, psicologia ou sexual - como ameaças aos vínculos afetivos familiares. As práticas autoritárias, muito presente na cultura adultocêntrica, muitas vezes impedem a construção de relações mais saudáveis, reduzindo o papel do diálogo e do afeto na base de sustentação desses vínculos. São vários os relatos de crianças e adolescentes que atribuem a sua saída do lar a essa impossibilidade da família em ouvi-los.

Os estudos têm revelado que os riscos vividos pelas crianças em seus lares são os principais precipitantes de sua saída de casa. As crianças descrevem suas casas como punitivas, hostis e perigosas e seus pais como doentes, desinteressados, ausentes, abusivos e/ou violentos (Conceição, 2004, p.115).

Contudo, é importante destacar que o rompimento com os vínculos familiares se insere num contexto multidimensional, onde se incorre em erro afirmar, que são as relações de conflito na família o fator determinante da ida para as ruas.

A fuga emerge como a conduta possível diante de circunstâncias adversas e, ao mesmo tempo, revela o processo de exclusão a que se vem sendo submetidas estas crianças, tanto no âmbito familiar como no social (Conceição, 2004, p.115).

4- Quanto às Medidas de Proteção

As medidas de proteção são aplicadas pelo Conselho Tutelar – CT sempre que os direitos preconizados pelo ECA são ameaçados ou violados por ação ou

omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável e, em razão da própria conduta da criança e do adolescente (ECA, art.90). As Medidas podem ser aplicadas aos pais e responsáveis com vistas à garantia desses direitos.

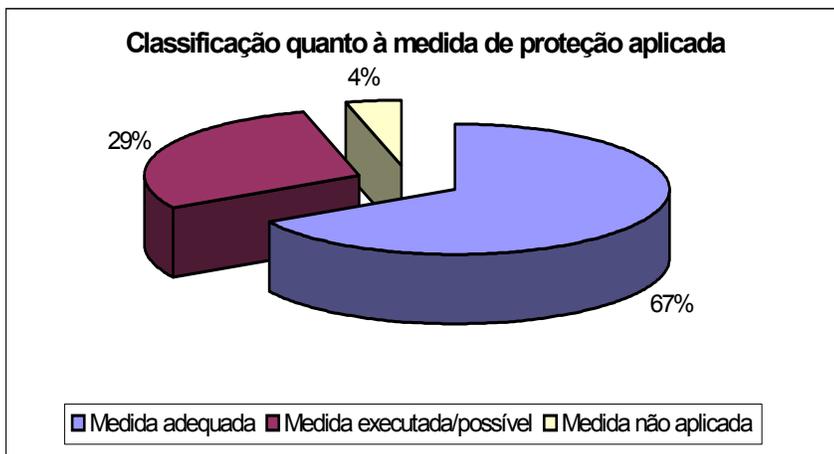
As medidas aplicadas pelo CT podem ser as adequadas ao caso ou apenas medidas executadas como as possíveis dentro de uma conjuntura de ausência de políticas públicas adequadas ao atendimento da demanda apresentada.

Como já dissemos anteriormente, em muitos casos a demanda da situação de risco social por envolvimento com drogas vem acompanhada por outras demandas também complexas que requerem mais de uma medida para a efetivação da restituição dos direitos violados. Assim, poderíamos ter num mesmo caso medidas aplicadas adequadamente e outras que só puderam ser as possíveis.

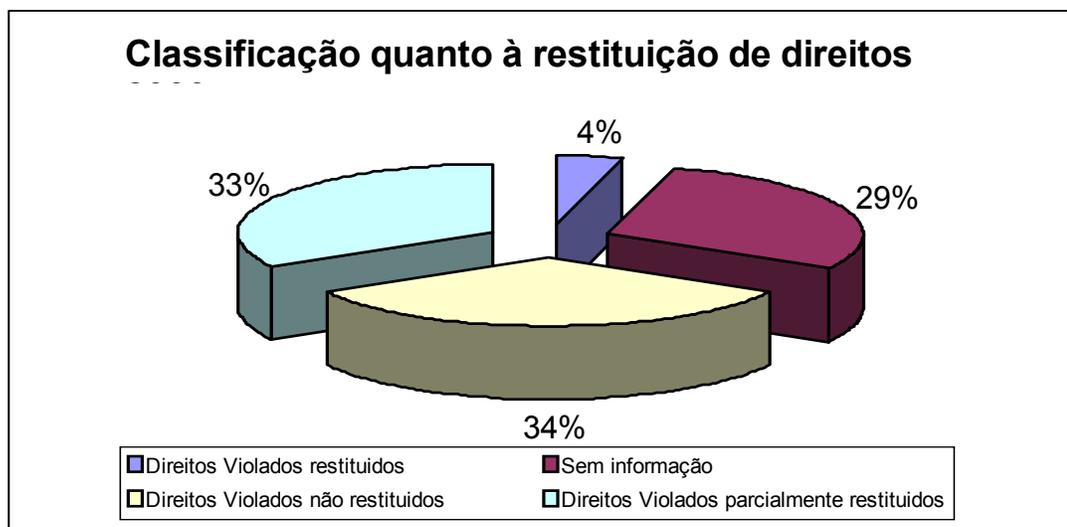
A título de ilustração do que seriam as medidas adequadas e as executadas vejamos um caso de um adolescente dependente de drogas e também envolvido com o tráfico. Ele, estando ameaçado de morte em sua comunidade, buscou proteção junto ao CT. Este aplica como medida de proteção à colocação em abrigo, haja vista, ser esta a demanda mais urgente. Embora a proteção à vida tenha sido garantida com essa medida, a dependência, ou seja, o direito a saúde, que seria o tratamento para a drogadição, não foi restituído por não ter sido aplicada nenhuma medida de atenção a esta demanda.

Estaremos nesse estudo apresentando apenas as medidas aplicadas à demanda que chamamos de mais urgente. E, sendo o nosso objeto de estudo os casos de risco por envolvimento com drogas, é esse envolvimento que será a demanda prioritariamente analisada.

Verificamos que 67% dos casos atendidos receberam medidas adequadas e em 29% medidas executadas (possíveis). Já em 4% a medida não foi aplicada.



Com relação aos resultados das medidas aplicadas para a restituição de direitos violados, devido à falta de dados sistematizados sobre o seu acompanhamento, fica prejudicada a construção de um diagnóstico acerca da eficácia ou não dessas medidas e das políticas adotadas pelo município na área de proteção à infância e adolescência. Assim, o gráfico a seguir retrata o que foi possível identificar nos prontuários:



Apenas 4% das crianças e adolescentes tiveram seus direitos restituídos. 33% deles os tiveram parcialmente restituídos. 34% não tiveram. Em relação 29% deles não há informação registrada.

Em muitos casos foram necessárias mais de uma medida para dar conta da

demanda prioritária e das que a atravessavam. O próprio ECA prevê que as medidas poderão ser aplicadas isoladas ou cumulativamente, bem como substituídas a qualquer tempo (ECA, art.99).

Os casos de direitos restituídos representam os que tiveram sua demanda totalmente atendida, ou seja, as crianças e adolescentes não estão vivendo mais sob a situação de risco social. Os que tiveram os direitos restituídos parcialmente, representam os casos em que embora a situação de risco social tenha sido superada, o não cumprimento integral das medidas aplicadas - por falta de políticas, pela resistência do próprio beneficiário ou por negligência do responsável – impede a garantia integral da proteção.

Os direitos não são restituídos quando a situação de risco se mantém, mesmo nos casos em que as medidas foram aplicadas adequadamente. Múltiplos fatores podem contribuir para que tal situação se mantenha, mas dentre eles pudemos identificar dois.

O primeiro diz respeito aos limites institucionais que podem ser decorrentes da inadequação de planejamento e mau uso dos recursos; interrupção de convênios e pouco investimento governamental; baixa qualificação de profissionais na área; burocracia excessiva nas relações inter-institucionais.

O segundo aspecto centra-se no próprio desejo do sujeito. Há crianças e adolescentes que não vêem risco no seu envolvimento com as drogas. Acreditam que podem superar a dependência sozinhos e que os conflitos e as ameaças de morte sofridos por esse envolvimento se solucionam à medida que quitem suas dívidas com o tráfico. Muitos acreditam que os pais preocupam-se em demasia e que está tudo sob controle. Nesse caso, a inserção em programa de proteção e tratamento para drogadição se deve mais a angústia dos pais do que ao seu desejo, de fato, de cuidar-se. O abandono dos serviços e, por conseguinte, a permanência da situação de risco social acabam perdurando. Desta forma, as políticas de intervenção devem levar em conta esses elementos, tanto no que tange às dificuldades institucionais, quanto na atenção as singularidades e especificidades da atuação com crianças e adolescentes.

Concluindo esse capítulo, é importante destacar que a ausência de

sistematização de informação nessa área não é uma realidade particular do município de Niterói, mas de todo o país. Visando superar tal quadro, o Ministério da Justiça, através da Secretaria Especial de Direitos Humanos, implantou o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência – SIPIA. Este Sistema é nacional e visa registrar e qualificar as informações sobre a garantia e defesa dos direitos fundamentais preconizados no ECA. Funciona agregando os dados gerados em nível municipal, estadual e nacional com vistas à formulação de políticas públicas na área da infância e adolescência. É um sistema composto por módulos⁴⁵ que orientam e sistematizam informações sobre as especificidades das demandas na área da infância e da adolescência.

O SIPIA possibilita identificar através dessa organização em rede informatizada de todos os Conselhos Tutelares do país, as violações, os agentes violadores e as medidas de restituição de direitos, bem como facilita a monitoramento e avaliação de políticas já implementadas. Possui uma versão local, que é a do município, uma versão consolidada estadual e uma nacional, que é o conjunto das informações do município ligado aos Estados do país.

Também nesta perspectiva, buscando a sistematização dos dados e a otimização das informações, os Conselhos Tutelares de Niterói estão hoje, em conjunto com a Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente, criando uma *ficha-referência* para dinamizar o fluxo dos atendimentos realizados pelos órgãos que atuam nessa área, bem como consolidar o atendimento em Rede, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

⁴⁵-Modulo I -monitoramento da situação de proteção à criança e ao adolescente sob a ótica da violação e ressarcimento de direitos; Modulo II - monitoramento do fluxo de atendimento ao adolescente em conflito com a lei; Modulo III--monitoramento das situações de colocação familiar, adoções nacionais e internacionais; Modulo IV - acompanhamento da implantação e implementação dos Conselhos de Direitos e Conselhos Tutelares.

Capítulo III

As Instituições por onde transitam e as políticas de Atendimento

1 - O I Conselho Tutelar de Niterói

Como dissemos no capítulo I, a ampla participação da população brasileira no processo de elaboração da constituição de 1988 garantiu que no seu artigo 227 a família, a criança e o adolescente fossem definidos como prioridades para a formulação de políticas públicas de garantia de direitos sociais. Outrossim, indicou a necessidade de produção de mecanismos que pudessem assegurar a participação da sociedade civil na formulação e gerenciamento de tais políticas.

Em acordo com muitas das proposituras da Carta Magna de 1988, também o Estatuto da criança e do Adolescente consagrou em seu texto final a relevância da participação da sociedade na definição de ações na área, conforme determinam os seus artigos 88 e 131 que tratam da formação de Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e Conselhos Tutelares como instrumentos de defesa desses direitos.

Aos Conselhos de Direitos, como já ressaltamos no primeiro capítulo deste trabalho, cabe formular, deliberar e controlar as políticas para a infância e adolescência, bem como gerenciar o Fundo destinado a essa área. São encarregados ainda de promover o processo de escolha para o Conselho Tutelar e registrarem todas as entidades e programas, governamentais ou não, informando ao Juizado da Infância e Juventude e ao Conselho Tutelar o cadastro desses registros.

Ao Conselho Tutelar cabe o atendimento aos casos onde há ameaça ou violação desses Direitos. É um órgão autônomo, permanente, não jurisdicional⁴⁶, encarregado pela sociedade de zelar pelos direitos da criança e do adolescente (art. 131- ECA).

Suas deliberações devem ocorrer em colegiado, ou seja, as decisões com relação a medidas aplicadas para restituição de direitos violados terão que ser decididas em conjunto pelos 5 membros do Conselho. A valorização do espaço coletivo para as deliberações de proteção a criança e adolescente contribui para o fortalecimento da sociedade civil no que tange a sua responsabilidade na defesa de direitos. Nessa perspectiva, o colegiado precisa reunir-se sistematicamente para a decisão sobre as medidas e, sobretudo, para a reflexão e avaliação permanente da sua metodologia de atendimento.

Com vistas à restituição de direitos, o CT poderá encaminhar a criança ou o adolescente aos pais ou responsáveis, mediante Termo de Responsabilidade; poderá orientar e realizar apoio e acompanhamento temporários; exigir a matrícula e a frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; incluir em programas comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente, bem como em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento à alcoólatras e toxicômanos; colocar em abrigo de proteção; requisitar tratamento psicológico ou psiquiátrico em regime hospitalar ou ambulatorial.

Ainda com relação à restituição de direitos, o CT poderá também aplicar aos pais e responsáveis as seguintes medidas: encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família; inclusão em programas oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; encaminhamento a

⁴⁶ É autônomo em relação às suas deliberações, procedimentos técnicos e administrativos. Quando estiver lidando com um caso, só ele, conforme as suas atribuições, poderá dizer quais medidas serão aplicadas a aqueles que estão sendo atendidos. Segundo o Art. 137 do ECA, suas decisões só poderão ser revistas pela autoridade judiciária, a pedido de quem tenha legítimo interesse. Permanente: C.T. foi criado pela lei federal nº 8.069/90 (ECA) e só pode ser extinto, se houver uma reforma da lei (em mesmo nível) e não pode haver intervalos entre mandatos. Não-Jurisdicional: O Conselho Tutelar não tem atribuição, nem autoridade, para julgar, juridicamente, nenhum tipo de conflito. Ele aciona os órgãos e autoridades competentes para o restabelecimento dos direitos da criança e/ou adolescente (Teixeira, 2003).

tratamento psicológico ou psiquiátrico; encaminhamento a cursos ou programas de orientação (ECA, art.129).

As medidas aplicadas pelo CT somente poderão ser revistas pela autoridade judiciária a pedido de quem tenha legítimo interesse(ECA, art.137).

Apesar do ECA ter sido aprovado em 1990, só gradativamente os conselhos que ele previa foram sendo instalados. Há ainda hoje, segundo a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, cerca de 1800 municípios brasileiros sem Conselho Tutelar e 1200 não têm sequer o Conselho de Direitos implantado⁴⁷. O I Conselho Tutelar de Niterói, particularmente, foi criado em 1993, três anos após a promulgação de ECA.⁴⁸

Vários fatores contribuíram para que ele fosse criado naquela ocasião. O primeiro foi a grande mobilização já existente na cidade de grupos que atuavam na defesa dos direitos da infância e adolescência. Analogamente ao que diz Góis (2002) no seu estudo sobre a emergência das ONG's/AIDS, o capital cultural e político desses grupos os tornaram capazes de estabelecer negociações e agendas de ação que terminaram por favorecer a criação dos conselhos. Um segundo fator relevante foi a existência de um executivo sensível à questão e disposto a dialogar com os grupos de defesa das crianças e adolescentes.

Embora não tenhamos dados sistematizados sobre a questão, podemos afirmar que, no que diz respeito ao perfil das pessoas que têm ocupado o cargo de conselheiro tutelar, a maioria possui nível superior de escolaridade, uma tradição de militância na área, um grau considerável de politização que pode ser inferido pela vinculação deles a partidos políticos, associações de moradores, Ongs, etc; e são majoritariamente do sexo feminino.

A estrutura física e os equipamentos de suporte operacional e técnico são superiores aqueles disponíveis em outros CTs do país. O CT funciona em um prédio cedido pelo governo municipal no qual as salas são amplas e funcionais.

⁴⁷Informação obtida através do site: – www.terra.com.br/istoé - Home: Revista Educação e Cidadania da Isto é Cidadania de 4 de agosto de 2004

⁴⁸ - Na lei de sua criação (nº 1163/93) já se previa a criação de mais CTs, tendo, inclusive, esse compromisso na nomenclatura deste primeiro: I Conselho Tutelar de Niterói. Em junho do ano de 2003 foi implantado o II CT, dez anos após a implantação do I CT. O II CT atende a população da região de Pendotiba e Oceânica de Niterói. Este ano está sendo implantado o III CT, que atenderá a região da zona Norte do município.

Ele conta com uma equipe técnica de assessoria aos conselheiros –assistente social, psicólogo, advogado e educador social –, e ainda uma equipe de profissionais de apoio – digitador, arquivista, motoristas, recepcionistas, copeira e auxiliar de serviços gerais. O CT funciona durante 24h, todos os dias da semana, conforme preconizado pelo artigo 131 do ECA.

O I Conselho Tutelar de Niterói tem sua atuação articulada aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos. Participa da Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente como o órgão centralizador das notificações de violação de direitos, principalmente, dos casos de maus tratos a essa população.

Devido a essa atuação em rede, os conflitos que surgem com relação às demandas não respondidas por ausência ou ineficácia das ações e das políticas voltadas para a área da infância e adolescência, são discutidos e dirimidos em conjunto com os atores que representam as instituições que atendem esse segmento em suas diversas dimensões – saúde, educação, assistência social, proteção especial, etc.

A Rede Municipal de Atendimento Integrado a Criança e ao Adolescente Vitimas de Maus Tratos de Niterói, como qualquer outra organização de atuação em rede, tem sido resultado de uma equação de co-responsabilidade, construída com diálogo, confiança, integração de recursos e preservação da autonomia das partes (Nascimento e Rocha, 2004, s/p).

O I CT de Niterói, em consonância com a história de luta de sua fundação, continua tendo em sua trajetória de defesa dos direitos da criança e do adolescente uma participação ativa junto aos movimentos sociais dessa área dando visibilidade política às ações de garantia de direitos tanto em nível municipal como nacional. Isso pode ser constatado através de suas realizações tal como, o I Congresso Nacional de Conselhos Tutelares, realizado em Brasília no ano 2001, tendo sido um dos principais responsáveis articuladores para a construção desse evento. Seu empenho em desenvolver com qualidade as

atribuições que lhes são conferidas pelo ECA, lhe rendeu o reconhecimento pela Secretaria de Estado de Direitos Humanos do Ministério da Justiça que por ocasião da entrega do prêmio Nacional de Direitos Humanos, no ano de 2002, referiu-se à atuação do I CT como sendo uma das 16 experiências nacionais bem sucedidas nessa área.

Algumas cidades, pelo seu tamanho e população, têm mais de um Conselho, como São Paulo com 34, e o Rio de Janeiro, com 10. Alguns de deles, porém, vêm se destacando entre os mais de três mil, segundo avaliação do Departamento da Criança e do Adolescente da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. É o caso do I Conselho Tutelar de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, que em nove anos de atuação fez aproximadamente 12 mil registros de violação daqueles direitos e tem contribuído cada vez mais para que sejam respeitados. Afinal, o lema do Conselho é Criança em 1º lugar (Brasil, 2003, p.18).

Contudo, apesar de todo esse esforço pela qualidade do atendimento, o I CT não está livre de dificuldades. Ao contrário, o aumento da demanda, que se deve também ao reconhecimento deste órgão como espaço de referência, o desafia a novas conquistas para a construção e efetivação de políticas para infância e adolescência no município.

Segundo o Boletim nº 01 do I Conselho Tutelar de Niterói, datado de março de 2001, a média de atendimento é de cerca 2.700 casos por ano. A maioria destes diz respeito a situações de maus tratos (agressões físicas, psicológicas e sexuais e negligência).

Todavia, casos como a situação de risco social por envolvimento com drogas tem sido postos como um grande desafio para a intervenção do CT, haja vista, a precariedade dos serviços de atenção a essa demanda.

Encaminhamento dos casos pelo CT a programas de proteção

Instituição/destino	Total	Situação de localização	
		Localizado e analisado	Não localizado ou analisado
CRIAA-UFF	62,5%	45,8%	16,7%
Outras instituições	37,5%	-	37,5%
	100%	45,8%	54,2%

A partir do quadro acima podemos visualizar que no fluxo de atendimento do I CT as demandas relativas ao uso de drogas eram encaminhadas majoritariamente ao CRIAA-UFF. Além deste, havia a TAMIM⁴⁹, a clínica de internação Reviva, que funciona em Barra Mansa, algumas instituições religiosas não registradas no CMDCA e abrigos de proteção que eram requisitados nos casos de ameaças de morte. Como já justificamos anteriormente, centramos a nossa pesquisa no CRIAA-UFF.

2 - O Centro Regional Integrado de Atendimento ao Adolescente CRIAA-UFF⁵⁰

2.1- Histórico e Estrutura

O CRIAA-UFF foi fundado no ano de 1998⁵¹ por iniciativa de um grupo de professores da Universidade Federal Fluminense que já atuava na área de

⁴⁹ A ONG TAMIM-Tributo a Michele de Moraes, recebeu esse nome pelo seu fundador em homenagem a filha que fora vítima de homicídio por uma jovem usuária de drogas. Atualmente, este programa não faz mais atendimento gratuito.

⁵⁰ Embora conste no seu plano de trabalho do CRIAA/UFF a faixa-etária para atendimento compreendida de 10 a 18 anos incompletos. O ECA considera como adolescente a pessoa de 12 a 18 anos incompletos.

psiquiatria e saúde mental. Tais profissionais captaram a existência de uma demanda por atendimento específico a adolescentes e jovens com envolvimento de drogas. O Centro tem como missão institucional atender adolescentes e jovens da faixa etária compreendida entre 10 e 18 anos, prestando serviços na área de prevenção e tratamento para a drogadição. Atua ainda, como espaço de formação e pesquisa nessa área.

O CRIAA faz parte do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro de Ciências Médicas da UFF e funciona em colaboração com outras entidades governamentais – Secretaria Municipal de Saúde, de Educação e de Assistência Social. Tem parceria também com a Fundação para a infância e Adolescência - FIA, que é vinculada ao Governo do Estado.

Para uma melhor compreensão da dinâmica e do fluxo de funcionamento desse serviço realizamos entrevistas com uma ex-conselheira tutelar, que exerceu mandato na gestão 1999-2002 e com um conselheiro em exercício de mandato, que ocupa também a função de presidente do I Conselho Tutelar de Niterói. Realizamos ainda entrevista com duas profissionais da instituição e três ex-usuários desses órgãos: uma mãe de comunidade de favela, que identificaremos como de classe popular, outra de classe média e um jovem que no período pesquisado tinha 15 anos e que identificaremos como jovem-ex-usuário.

2.2- Abordagem

O Centro funciona na zona norte da cidade e está instalado em amplo prédio, embora ainda inacabado. Funciona como hospital-dia⁵² e a abordagem se fundamenta numa perspectiva bio-psicossocial, que contempla a assistência

⁵¹ Segundo o CMDCA, o CRIAA/UFF foi registrado neste Conselho em junho de 1998, tendo como norma de Serviço o Programa de Atendimento e Pesquisa em Dependência Química inserido no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental.

⁵² O hospital-dia oferece uma alta intensidade de intervenção em diferentes aspectos causais por um custo menor em relação a internação e um índice de custo/benefício mais vantajoso em relação ao ambulatório. No caso de adolescentes com baixo nível de motivação as internações tendem a fazer sobressair nos métodos aspectos repressivos e a intervenção ambulatorial tem maiores dificuldades para manter a adesão.(CRIAA-UFF, s/d).

médica e psicológica, a educação sexual, o trabalho em grupos (oficinas) e encaminhamentos para cursos profissionalizantes e mercado de trabalho. O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar e, é dirigido ao adolescente e a sua família. Ali estão também incluídas atividades lúdicas, sócio-culturais, esportivas, etc. A equipe tem uma composição que tem variado ao longo dos últimos anos, embora tenha se mantido a média de 08 profissionais de nível superior (professor de educação física, assistente social, psicólogo, psiquiatra, pedagogo). Há ainda participação de estagiários de cursos diversos da UFF, tais como psicologia, serviço social, pedagogia.

Nós damos supervisão de serviço social, mas temos também estagiários de outras áreas como, pedagogia, psicologia, que fazem parte dos grupos de motivação com os profissionais (AS/CRIAA-UFF).

O CRIAA-UFF recebe o adolescente tanto por encaminhamento de órgãos de atendimento a criança e ao adolescente, tais como o Conselho Tutelar e Juizado da Infância e Juventude, quanto por demanda espontânea.

Recebemos procura através dos conselhos tutelares de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Maricá e ate de Magé; vem menino encaminhado de ONGs e de instituições governamentais , como a FIA e da Casa de Passagem. E por causa da propaganda no portão (da instituição) aparece procura espontânea (AS/CRIAA-UFF).

A família também participa do atendimento, onde se trabalha o resgate e/ou fortalecimento dos vínculos familiares. A dinâmica de atendimento segue uma metodologia composta de duas fases. Na primeira fase examina-se a demanda, busca-se motivar o usuário e, a partir daí, se elabora, em equipe, o projeto terapêutico subsequente à avaliação médico-psicológico-social. Nesse momento também são realizados encaminhamentos para grupos de acolhimento, para o grupo de motivação, para psicólogo/terapeuta base e para a equipe médica a fim de que seja realizada a avaliação diagnóstica. Também são encaminhados para

grupos de acolhimento com a família, onde psicólogo/ terapeuta base e assistente social realizam uma avaliação social (CRIA-UFF, s/d).

O grupo de motivação com a família é formado por assistentes sociais, psicóloga e estagiários de psicologia e serviço social. Nesse momento é entregue um kit de orientações a família sobre o uso de drogas; a chegada ao CRIA-UFF, ao ciclo de dependência e proposta de conduta(AS/CRIA-UFF).

Já na segunda fase se dá a implementação do projeto terapêutico com a possibilidade de participação do adolescente e familiares em atividades diversas de acordo com a avaliação de cada caso: psicoterapia individual (adolescente e família); atividades externas; psicoterapia em grupo (adolescente e família); apoio pedagógico; oficinas terapêuticas (esportes e educação física, teatro); atendimento médico-ambulatorial; atividades grupais específicas; grupos temáticos: sexualidade, drogas, saúde, cidadania e adolescência.

Com relação à intervenção, o CRIA-UFF estabeleceu linhas que visam atender às demandas que se evidenciam sob os diferentes aspectos: o grau de dependência química, à estruturação familiar, aos prejuízos na escolaridade, ao envolvimento com o tráfico e ao risco de vida. Assim, os programas de intervenção adotam metodologias diferenciadas de acordo com as necessidades evidenciadas pela avaliação: 1-Adolescentes com problemas por uso de drogas; 2 - Adolescentes usuários de drogas e em conflito com a lei; 3 - Adolescente que corre risco de se envolver futuramente com as drogas (CRIA-UFF, s/d).

O acolhimento, que é o primeiro contato do adolescente com a instituição, busca, além de apresentar o CRIA-UFF, identificar as características da demanda que chega. O profissional, através do exame psiquiátrico, verifica se o uso de substância é problemático ou não, se é necessário proteção ou intervenção para crises, se existe alguma demanda legal (adolescente em conflito com a lei). Caracteriza, após essas observações, a estratégia inicial de tratamento.

No acolhimento também se busca verificar o tipo de droga e o tipo de uso. Se há envolvimento com o tráfico e de onde veio (AS/CRIAA-UFF).

Na motivação para o tratamento utiliza-se o aconselhamento individual com o uso de técnicas de terapia breve⁵³: ao final da motivação, o adolescente e sua família assinam um contrato onde se estabelece o vínculo com a instituição.

O contrato terapêutico tem uma função operacional de maior relevância, sendo firmado por escrito com assinatura do adolescente, do responsável por ele e de um técnico da equipe, funcionando como um operador que amplia a palavra individual empenhada no contrato verbal com o terapeuta para um compromisso com todo os demais pertencentes ao grupo, transformando o esforço manifestado por alguns no trabalho que passa a ser de todos: os adolescentes, os familiares ou responsáveis e a equipe. Esse tipo de contrato permite que as proposições de tratamento se estendam além dos muros da instituição, facilitando, o recurso técnico, de se poder discutir e até mesmo interferir, em acontecimentos ocorridos na própria casa, na escola ou nos estágios que realizam fora do CRIAA, sem que tais atitudes sejam tomadas meramente como controle, são na verdade necessárias ao funcionamento do tratamento (CRIAA-UFF,s/d).

A família⁵⁴ participa de 4 reuniões, uma por semana, onde recebe orientação sobre o tratamento que será realizado e a importância do papel da

⁵³ - A metodologia adotada nesse procedimento assim se configura: **Estágio I** – Pré—contemplação - usuário não pensa em parar de beber(usar criar duvidas) percepção de riscos e problemas com uso da substancia; **Estágio II** – Contemplação - adolescente esta pensando em mudança. “Pode ser que eu deva parar...” Evoque razoes para mudança; fortalecer a capacidade pessoal de mudar; **Estágio III** – Determinação – esta determinado a mudar – “ eu devo parar...’ – ajudar a determinar o melhor curso de ação; **Estágio IV** – Ação – atua na mudança – “ eu parei...” - Ajudar as etapas de manutenção das mudanças; **Estágio V** – Manutenção - Ajudar o paciente a identificar e usar estágios para prever recaídas (relapso); **Estágio VI** – Voltar a beber – Ajudar `a nova contemplação. Não suficientemente motivados; não prontos para tratamento – estão em risco de recaídas precoces. (CRIAA – UFF, s/d).

⁵⁴ Com relação ao atendimento a família a instituição estabelece a seguinte proposta de conduta: “Caso se esforce para modificar suas condutas é possível que consiga algumas transformações na relação, pois as suas ações influenciam as reações dos demais; Se tem expectativa de chegar a um resultado diferente, não faça como sempre fez. Mude a forma de fazer para obter uma nova resposta. Um dos maiores erros, que cometemos, é fazer tudo como sempre fazemos e esperarmos que aconteça algo de novo. Não vai acontecer. Se as ações são as mesmas os resultados também serão os mesmos. É preciso mudar nossas condutas para que haja mudança

família que deve estar presente pra além do tempo que fica com o filho no CRIAA-UFF. Com relação à dinâmica dessas reuniões, as mães por nós entrevistadas fazem os seguintes relatos:

A família participava das reuniões onde eles orientavam a gente e ficavam sabendo como era o nosso relacionamento com o filho. Eu chorava, não falava muito... tinha terapia também para a família. Ai o atendimento era individual. Eu tomava até remédios que eles me davam porque eu precisava (mãe, classe popular).

A gente ia para lá, mas eu via assim, mais no sentido de uma terapia para a família suportar aquela presença daquele membro que se envolveu com drogas, era nesse sentido, de você conviver com a situação (mãe, classe média).

Segundo as assistentes sociais entrevistadas a orientação sempre se baseia na importância da família também se cuidar, não sucumbindo às demandas emocionais do filho dependente:

A culpa que a família traz consigo, sua queixa, a co-dependência, noites sem dormir, vai a boca de fumo; não tem controle sobre sua própria vida. A nossa orientação é sempre Viver e deixar viver, cuidar dela mesma e dos outros filhos, pois todos adoecem. A família pode ser encaminhada, dependendo do caso, para terapia ou psiquiatria (AS/CRIAA-UFF).

A etapa seguinte é a elaboração do plano terapêutico, onde um terapeuta base é designado para o adolescente. O plano deve ser executado inicialmente em 4 meses, sendo as atividades acordadas em conjunto com o adolescente.

nas nossas relações. Fazer com que as pessoas se sintam mais contentes, felizes, menos preocupadas e ansiosas, conseguindo visualizar atividades, sentimentos ou situações positivas, que contribuam para um clima favorável a uma boa saúde mental; Pense no equilíbrio de todos na família, apóie o filho com problemas, mas não esqueça os demais. Em situações difíceis cada membro tem as suas percepções e necessidades, tentem perceber-las. Esse esforço ajudará todos, inclusive a você. Estimule a capacidade de sair e se divertirem, sem sentir culpa por ter bons momentos, tomando as pessoas como aptas para realizarem atividades fora do lar. Se pode falar de outras coisas, além dos problemas e das drogas, procure, também, fazer outras coisas mais divertidas. Estimule os familiares para fazerem algumas coisas fora de casa. Visitar parentes. Passear. Ir ao cinema". (CRIAA/UFF, s/d).

Após esse período são avaliadas as metas que foram traçadas no início do plano e as atingidas servirão para a redefinição dos objetivos programados para o próximo período.

As metas, os planos, bem como os objetivos são redefinidos de seis em seis meses. As atividades e participação em oficinas são decididas de acordo com o interesse do adolescente e a aprovação do terapeuta base. As atividades externas são decididas por todos, adolescentes e profissionais em assembléia geral, seguindo critérios definidos previamente. A assembléia se organiza como um importante espaço de decisão coletiva, onde a autonomia é estimulada e a construção do senso crítico é provocada com as discussões e reflexões postas.

Para se conseguir aumentar as possibilidades de êxito, quando é comum a associação de dependência química com transtornos da conduta, é, então, recomendável acrescentar, ao lado da intervenção individual, práticas que favoreçam que os compromissos individuais não se esgotem em si mesmo e transcendam para o espaço coletivo, no qual a presença do terceiro, do outro, possa funcionar como testemunha que valoriza e dramatiza a ação realizada. Esse cenário cria o referencial, a partir do coletivo, de um segundo código simultâneo capaz de rivalizar e até substituir o único que possuíam: o código da violência que sustenta as relações do tráfico e das drogas (CRIA-UFF, s/d).

A participação em atividades sócio-culturais segue regras que buscam valorizar o convívio social e suas propostas fazem parte do plano terapêutico. A abstinência é a meta a ser alcançada, assim ela é estimulada. O adolescente para participar deve formalmente aceitar essa regra: não poderá fazer uso de drogas dentro do serviço.

Embora as regras estabelecidas pela a instituição sejam pactuadas pelos adolescentes no momento da inserção ao serviço mediante a assinatura do instrumento de compromisso, a recomendação à abstinência não era sempre seguida segundo os nossos entrevistados:

Não, isso era muito falado. Não era muito tratado, não.(...) quando um dia a gente já estava em crise forte, não tinha mais como

mantê-lo (o filho dependente) em casa e aí eu falei com ele (psicólogo da instituição) sobre o problema da internação, porque não tinha mais condições, os armários todos arrebitados, o outro meu filho ficava dentro do quarto preso, porque ele não tinha nem condições de dormir com a porta aberta, porque ele (o filho dependente) entrava e ia lá pegar as coisas... mesmo assim, ele arrombava a porta (...) então eu vi bem quem estava prisioneiro, somos nós... (...) eu fui falar da internação e ele (psicólogo) não, não pode internar sem minha autorização (mãe, classe média).

E, lá no CRIAA, eu não gostei de uma coisa, não colocavam muita coisa para você parar de fumar, porque você podia sair do portão pra fora, fumar um cigarro, fumar um baseadinho, entendeu? Então muitas das vezes, você ia lá não para se tratar, porque lá mal ou bem tinha uma brincadeira, tinha um lanche, fumava um baseadinho aqui fora, ia lá dentro e comia um lanche, tinha uma fita de vídeo, tinha totó, dominó... (ex-usuário do CRIAA-UFF).

A avaliação do processo e dos resultados do plano terapêutico utiliza como instrumento o inventário Christo para instituições que tratam de usuários de drogas que foi traduzido para o português e validado em colaboração com o autor Geoge Christo (Mattos, 2004).

O atendimento realizado pelo Centro se organiza em torno de dois objetivos distintos, mas complementares: 1ª- promover a motivação para iniciar o tratamento e 2ª -trabalhar a modificação e as mudanças no estágio de manutenção para garantir a adesão do estado de abstinência.

A fim de atingirmos as duas etapas, trabalhamos interativamente com oficinas, algumas para a fase inicial, aprimorando habilidades, e, no plano do desenvolvimento psicológico de forma contínua, promovendo internalização das mudanças de conduta(CRIAA/UFF, s/d).

A motivação externa, que também faz parte do atendimento terapêutico, tem nas atividades externas e no oferecimento de vale-transporte o objetivo de contribuir para a continuidade do tratamento, não apenas como benefícios materiais, mas, sobretudo como dispositivos importantes para a construção de novos códigos e valores.

O oferecimento de motivação externa, mesmo a pecuniária, caso não represente uma conquista pessoal, tem um valor mais restrito na medida em que não é incorporado como uma conquista pessoal, transformando-se numa obrigação para aquele que deu a ajuda... Essa questão é desenvolvida nos critérios de entrega de vale-transporte que deve ser entendido como um elemento do tratamento e não como uma obrigação do serviço (CRIAA-UFF, s/d).

Com o objetivo de atender as demandas advindas das necessidades financeiras das famílias atendidas, o CRIAA/UFF incentivou a organização de uma cooperativa de fornecimento de refeições que inicialmente era apenas para a demanda da própria instituição – funcionários e clientela atendida - mas, ampliou-se e passou a oferecer serviços para outras instituições do município. A venda de refeições contribui para a melhora do orçamento familiar e, sob a perspectiva terapêutica, também contribui para o fortalecimento de vínculos, tanto entre a família e seus filhos, quanto entre estes e a equipe profissional.

O meu filho, os meninos podiam ficar o dia inteiro e tinha quentinha para as mães também (mãe, classe popular).

(...)a construção de soluções desse tipo reforça os vínculos dos adolescentes com a equipe na medida em que passam a identificar os propósitos da instituição como direcionados para criar novas oportunidades através do trabalho, do esforço e da organização...que possam trilhar novo caminho, pois essa é uma grande dificuldade que enfrentam: não saber planejar alternativas (CRIAA-UFF, s/d).

Tais medidas estão em consonância com os princípios do ECA⁵⁵, da LOAS⁵⁶ e da própria Constituição⁵⁷. A eficácia da intervenção terapêutica se deve

⁵⁵ “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (art. 4º).

também aos cuidados com a família para que esta possa assim exercer o seu direito e responsabilidade de zelar e proteger seu filho, sendo social e emocionalmente fortalecida.

Embora a inserção da família nesse processo esteja dentro da proposta terapêutica do Centro, o que se pode observar é que é sobre a figura materna que recai essa função. Ela é quem leva e acompanha o filho ao seu tratamento e é com e através dela que o adolescente vai construir/reconstruir seus vínculos afetivos de relacionamento sócio-familiares.

A mãe sente-se culpada de tudo, ela tem que trabalhar e se sente culpada, e uma epidemia multifacetada. A figura feminina é quase 100%, é a mãe, a avó e a tia. Já teve caso de homens, mas eles não voltam para a motivação (AS/CRIAA-UFF).

Tal realidade não difere muito dos estudos sobre as novas configurações de família na realidade contemporânea, onde a mulher tem sido quase todo o tempo a provedora material e emocional dos filhos. A figura paterna está quase sempre ausente ou, simplesmente, inexistente com relação à responsabilidade com os cuidados e educação da prole.

O avanço das transformações nos padrões socioculturais que dizem respeito às relações de gênero, ainda não incorporou de forma igualitária os direitos e deveres da mulher e do homem com relação à prole. A mulher continua arcando com a responsabilidade pelos cuidados das crianças (Fávero, 2001 p.154).

Como já discorremos no capítulo anterior deste trabalho essa realidade é mais presente nas organizações de família das classes sociais empobrecidas. Todavia, não podemos, a partir disso, afirmar que são os pais oriundos dessas classes os que mais se eximem de suas responsabilidades. A informação e os canais de reivindicação, tais como, a justiça, são mais acessíveis às mães de classes sociais economicamente mais elevadas, o que possibilita uma maior

⁵⁶ “A Assistência Social tem por objetivos: I - à proteção a família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice” (art. 2º).

⁵⁷ “A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (art. 226).

responsabilização dos pais dessas mesmas classes. Embora nem a lei nem a própria justiça, possam garantir a presença efetiva desse homem na vida do filho no que diz respeito ao compromisso moral e/ou afetivo, garante, ao menos, a responsabilidade dele com os gastos de alimentação e outras necessidades materiais.

Existe uma tendência crescente de aumento do número de mulheres responsáveis sozinhas pelo grupo familiar em todos os segmentos sociais, ainda que alguns estudos revelem que esse fenômeno acentua-se entre os mais pobres (Fávero, 2001 p.154).

2.3- Atendimento

Dos 24 casos atendidos pelo I CT de Niterói no ano 2000, 15 deles foram encaminhados ao CRIAA-UFF para tratamento ambulatorial. Desses, conseguimos localizar nos arquivos do Centro 11 prontuários relativos aos encaminhados pelo CT.

No que diz respeito aos registros do atendimento do CRIAA-UFF a esses casos pudemos observar que não havia uma uniformidade, pelo menos com relação aos atendimentos feitos no ano de 2000. As informações acerca da identificação do adolescente foram possíveis, basicamente, através dos dados da Certidão de Nascimento, haja vista ser esta uma exigência legal para a inserção no Serviço.

Itens como a composição familiar e tipo de droga usada pelo adolescente foram identificadas em todos os prontuários, mas outras, tais como cor/raça; escolaridade; instituição demandante do atendimento; vínculos afetivos estabelecidos dentro ou fora da composição familiar; caracterização do local de moradia; nível de envolvimento com as drogas; riscos relacionados a esse envolvimento; nível de compreensão e motivação para o tratamento, não estavam registrados em todos.

A ficha utilizada no 1º atendimento contém em os seguintes itens: Nome do adolescente; idade; origem de encaminhamento; uso provável; data de

motivação;observação.

Mesmo em relação aos quesitos do quadro acima, nem todos estavam preenchidos. Não havia referência quanto à data do retorno para o início da motivação, por exemplo, em quase todos. E, em muitos casos, até mesmo a data do 1º atendimento tivemos dificuldade em localizar.

O que pudemos observar com relação à origem é que nem sempre tal informação estava registrada nesse quadro. Ela muitas vezes aparecia em outro momento do processo de abordagem com o adolescente ou sua família.

O item cor, por exemplo, não foi encontrado em nenhum prontuário embora constasse como um dos itens da ficha de identificação. A escolaridade também não foi registrada com uma informação relevante. Todavia, em quase todos, havia referência ao abandono da escola pelo adolescente. O endereço residencial embora registrado, não fazia referência às condições de moradia. Tais informações são importantes ferramentas para a elaboração consubstanciada de diagnósticos sociais, que por sua vez, podem oferecer elementos qualitativos para a construção de políticas.

Os prontuários podem constituir-se em importante instrumento de conhecimento da história de meninos e meninas que, embora sujeitos singulares, possuem trajetórias semelhantes no que diz respeito à falta de oportunidades para a construção de experiências mais positivas de vida. É nesse sentido que Bernal (2004), ao analisar prontuários de crianças e adolescentes internados em Instituições de serviço social de "Menores" de São Paulo, no período compreendido de 1938 a 1960, afirma:

Tal qual uma contrabiografia, os prontuários serviram como documentos em forma de biografia escrita pelas "mãos artificiais" das instituições, porém analisadas na dimensão de uma contrabiografia, que vai colocando as crianças e jovens no sentido contrário, de mostrar as suas histórias (Bernal, p.22, 2004).

Com relação aos vínculos familiares, em quase todos os prontuários pudemos identificar referências sobre as relações de afeto ou mesmo de conflito entre o adolescente e algum membro de sua família. A dinâmica da relação

familiar, contudo, nem sempre estava explícita, mas, em 10 dos casos aqui estudados, situações relacionadas a ela apareciam como elemento importante na abordagem do processo de intervenção.

Sobre essa relação, a mãe de um adolescente, que fez tratamento no CRIAA-UFF, tece críticas à dinâmica do atendimento da instituição no que diz respeito à intervenção sobre os conflitos familiares:

Houve um momento que até eles começaram a achar que o problema era meu com meu filho. E aí, resolveram colocar uma psicóloga especializada em terapia familiar comigo e meu filho. E aí, para tentar achar que era um problema de relacionamento entre nós que estava causando o problema, e jogando um pouco a responsabilidade em cima de mim...mesmo me sentindo magoada por dentro, por causa dessa interpretação da Instituição, eu enquanto mãe, sempre procurei dar o máximo que eu podia, a prioridade sempre foi, desde que eu resolvi ser mãe, que era os filhos, me jogaram isso, mas mesmo assim eu ia às reuniões(mãe, classe média).

Com relação a essa mesma dinâmica, uma outra mãe comenta que, embora achasse interessante esse tipo de procedimento, não se sentia à vontade e, acredita que o adolescente, seu filho também, não:

Eu gostava, mas sentia que meu filho não falava muito sobre o uso de drogas. Ele não gostava de falar sobre isso na minha frente (mãe, classe popular).

Nesse aspecto, é interessante observarmos o quanto muitas vezes a metodologia utilizada para melhor compreensão de um problema, quando não apreendida pelos sujeitos envolvidos, pode dificultar a possibilidade de um conhecimento maior acerca da complexidade da realidade sobre a qual se intervém. Sem a pretensão de avaliar aqui os procedimentos de intervenção institucional, ressaltamos que a escuta ativa dos usuários, com suas singularidades e conflitos, pode colaborar significativamente com o processo interventivo junto às relações familiares conflituosas.

Outro elemento de análise importante nesse processo é o envolvimento com as drogas, seu uso, abuso e inserção no tráfico. Com relação ao uso é perguntado ao adolescente se já fez uso de álcool, cigarro, cocaína, cola de sapateiro, crack, maconha e/ou outras drogas, em que idade que começou a usar; quanto tempo faz uso e se usa mais de uma dessas drogas; qual a de sua preferência.

Eles (adolescentes), normalmente, negam que usam drogas no primeiro atendimento. As amizades, o desejo de conseguir namorada, os conflitos familiares são os motivos alegados para o início do uso... a idade mais comum é a partir dos doze anos (AS/CRIAA-UFF).

Com relação à idade de início do uso de drogas em 6 prontuários conseguimos identificá-la; nos outros 5 casos não havia registro sobre essa informação. Identificamos 2 adolescentes que começaram a usar drogas ao 7 anos de idade, 1 aos 8 anos, outros 2 aos 12 e um outro aos 13 anos.

Esses dados confirmam o que já havíamos sinalizado no capítulo II quando refletimos sobre a faixa etária dos meninos e meninas que chegaram ao CT com a demanda de risco social por envolvimento com drogas. Muitas vezes, a descoberta pelos pais do envolvimento do filho com as drogas só se dá anos mais tarde.

Ele já usava, acho que desde os 11 ou 12 anos, mas eu só fiquei sabendo no CT, quando ele já estava com uns 14 anos (mãe, classe popular).

A maconha aparece em todos esses casos como a droga de iniciação e, ela também é a droga usada pelos 11 adolescentes aqui analisados. A 2ª droga mais usada é a cocaína: 07 fazem ou fizeram uso dela. A 3ª mais usada é o tabaco: 05 adolescentes fumam ou já fumaram cigarro.

Esses dados, embora extraídos de um universo pequeno no que diz respeito a sua representação numérica, são similares aqueles apresentados na

pesquisa mais ampla realizada por Assis (1999) sobre a vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores. Ela entrevistou 46 adolescentes que cumpriam medida sócio-educativa de internação no Rio de Janeiro tendo verificado, no que se refere ao uso de drogas, que a maioria consumia droga regularmente, sendo a maconha a droga mais usada e, em seguida, a cocaína.

Vale ainda destacar que 9 dos 11 casos, fazem uso de mais de uma droga; entre esses 9, 2 fazem ou já fizeram uso de 5 tipos diferentes de drogas. Um usa ou usou maconha, cocaína, tabaco, cola de sapateiro⁵⁸ e thiner⁵⁹, e, o outro usa ou usou maconha, cocaína, tabaco, álcool e haxixe.

Geralmente eu usava o cigarro e a maconha, a cocaína eu usava quando não estava na casa de passagem, quando eu não estava em abrigo nenhum. Quando eu estava pelas ruas eu usava droga, thiner, cheirava cola, de vez em quando, só quando estava no meio dos amigos, pra dá um rolé...(jovem, ex-usuário).

Um outro fator importante a se destacar é o grau de envolvimento desses adolescentes com o tráfico de drogas. Estavam envolvidos com ele 7 dos 11 adolescentes atendidos pelo CRIAA-UFF. Dentre esses, 1 nunca tinha feito parte do tráfico de drogas como mão-de-obra, mas, para obter drogas para seu consumo acabou fazendo dívidas com este, o que o levou a sofrer, juntamente com sua família, extorsões. Em que medida esse envolvimento o expõe a situações de risco que vão para além do risco já “natural” advindo das relações do comércio de drogas ilícitas? Como a família se envolve ou é envolvida nessa relação e situação de risco? Quais as implicações desse envolvimento? Nesse sentido, Cruz Neto, Moreira e Sucena (2001) fazem a seguinte análise:

Essa forma específica de morbidade configura-se em uma das conseqüências mais nefandas da participação dos jovens no tráfico de drogas, repercussão que pode ser classificada em direta – na qual os familiares são atingidos por represálias ao jovem – ou indireta-, quando as implicações derivam dos problemas causados aos jovens (Cruz Neto, Moreira e Sucena, 2001, p.170).

⁵⁸ - A cola de sapateiro embora tenha sua comercialização controlada, é facilmente encontrada com crianças e adolescentes em situação de rua.

⁵⁹ -Thiner é solvente de tinta, que também é utilizado como inalante por essa população.

O aliciamento desses jovens pelo tráfico de drogas não encontra muita resistência, principalmente por constituir-se um canal bem mais acessível a bens de consumo e empoderamento, haja vista, a ausência e a precariedade de políticas públicas provedoras de emancipação e ascensão social para esse segmento da sociedade.

Uma das conseqüências desse envolvimento é a fuga ou expulsão da comunidade onde moram. Muitos se vêm obrigados a saírem de suas casas e buscarem nas ruas, a proteção. A família que fica, contudo permanece vulnerável aos riscos, sendo quase sempre pressionada a “dar conta” do adolescente, quando não raro vê-se também obrigada a abandonar seus lares.

Mencionavam que o fato de participarem do trafico de drogas “colocava em risco sua família”, afirmando já terem presenciados casos em que por causa dos ‘erros’ cometidos por outros jovens envolvidos com o trafico, suas famílias haviam “sido expulsas do morro para não morrer” (Cruz Neto, Moreira e Sucena, 2001 p.171)

Com relação a esse envolvimento é importante destacar sua interferência no trabalho realizado pela instituição, haja vista as implicações advindas de organizações de facções dominantes do tráfico de drogas que demarcam sua territorialidade com o uso das armas de fogo e das simbólicas, onde criam seus emblemas e códigos que devem ser apreendidos por todos aqueles inseridos no território de seu domínio. Assim, os adolescentes, que já nasceram sob essa configuração sócio-geográfica aprendem desde cedo o que não devem fazer, por onde não devem circular e com quem não devem manter relações para não sofrerem sanções, nem serem vistos como traidores dos códigos determinados. Assim, num espaço como CRIAA-UFF, sendo quase que a única alternativa pública para tratamento de adolescentes usuários de drogas, como esses meninos e meninas interagem e lidam com fato de pertencerem a comunidades, que muitas vezes estão em conflito entre si devido às disputas dessas facções?

Eles são orientados desde a motivação que aqui não há facção. Assina-se um contrato que não se pode falar de facções, mas a gente acaba percebendo isso nas relações entre eles e nos lugares onde sentam, eles demarcam as facções, nas fotos, eles fazem sinal dos símbolos das facções, picham as mesas de atendimento...muitos não vão á escola com medo dos rivais (...) um ameaça o outro e há situações de abandono do tratamento e, já houve caso de desligamento também. É raro acontecer, mas já houve ameaças a técnicos e ate o próprio coordenador já foi ameaçado (AS/CRIAA-UFF).

A partir destas configurações resta-nos aqui as seguintes questões: dos 24 casos atendidos pelo I CT, 9 foram encaminhados para diferentes entidades de atendimento ou aconselhamento. Será que as medidas foram cumpridas? 15 casos foram encaminhados ao CRIAA-UFF, mas apenas 11 foram por nos localizados. O que aconteceu com os 4 outros casos que não chegaram ao destino determinado? O que aconteceu com os que o CRIAA atendeu e tiveram apenas o primeiro atendimento registrado. Por que não retornaram? Por que em 30 % dos 24 prontuários não havia informação acerca da restituição dos direitos violados? Essas e outras questões poderão ser levantadas em consequência da não operacionalização dos acompanhamentos dos casos que, por sua vez, tendem a se perder em meio a tantos outros casos que surgem diariamente nesses órgãos de atendimento.

3- A Percepção dos Atores envolvidos e a política de atendimento

A partir das análises documentais junto ao I CT e ao CRIAA-UFF e das entrevistas realizadas com os operadores de direito e usuários desses serviços, buscamos junto com os mesmos refletir sob a perspectiva do princípio da proteção integral, a política de atendimento a criança e ao adolescente em situação de risco social por envolvimento com drogas.

Destacamos agora fatores que, de acordo com os operadores de direitos e usuários dos serviços de atenção às crianças e adolescentes envolvidos com drogas constituem impasses para concretização de uma atenção mais efetiva a essa demanda.

Em primeiro lugar, são destacadas as limitações institucionais que impedem em grande medida o bom atendimento à população dentre elas, a qualificação dos profissionais para lidar com um problema tão complexo.

Nesse aspecto, o I CT, enquanto órgão de defesa de direitos e o CRIAA-UFF, enquanto entidade de atendimento, apresentam dificuldades de intervenção tanto sob o ponto de vista de sua própria organização, quanto do ponto de vista político-estrutural.

Eu acho que são muitos os limites, eu poderia aqui tentar lembrar algumas situações. Eu acho que de fato essa retaguarda de serviços que tenham um corpo técnico mais preparado para lidar com essa clientela, a gente pode até ter o serviço lá existente, um abrigo, uma unidade de saúde, um atendimento especializado, só que essa clientela vamos dizer, assim, é uma clientela difícil e que desafia as instituições, desafia os profissionais que trabalham nessas instituições e é recorrente a situação que a gente recebe esse menino de volta, às vezes pela própria instituição que já esgotou as possibilidades dela de intervenção (presidente do I CT).

A segunda questão que eu vejo é a qualificação profissional. Que profissional é este que está trabalhando com esses adolescentes? (ex-conselheira tutelar).

Fazendo essa mesma avaliação a respeito da qualificação profissional, destacamos o relato de uma mãe por ocasião do seu atendimento:

Eu estava conversando e eu vi que a psicóloga estava dormindo, estava cochilando, muito cansada, e cochilou na terapia (mãe, classe média).

O problema da qualificação dos profissionais que atuam nessa área é reforçado pela precarização das relações de trabalho, onde instituições religiosas,

que desenvolvem esse tipo trabalho com uma mão de obra quase sempre voluntária, vêm se expandido e nos serviços, como o do CRIAA-UFF, que é mantido com recursos públicos⁶⁰, os técnicos ficam meses sem remuneração:

A falta de remuneração dos profissionais faz com que haja rotatividade, e, isso atrapalha o atendimento de pais e adolescentes, pois causa ruptura de vínculos já construídos (...) A gente não vê melhora, eu fico aqui em respeito aos usuários, as famílias que estamos acompanhando (AS/CRIAA-UFF).

Ainda sobre essas limitações, a falta de retaguarda social para continuidade ou complementaridade dos serviços das instituições aqui estudadas se destacam. Assim, quando o CT requisita serviços públicos, sejam eles para crianças ou adolescentes, sejam para atender a família destes, faz-se necessário que o município os tenha disponíveis, haja vista ter a requisição o objetivo de restituir direitos violados.

(...) outras questões são com relação ao amparo à família e esse amparo à família ainda é muito precário, tanto ao nível de Assistência Social, quanto ao nível de uma política de saúde mental, é muito precário essa retaguarda de tá conseguindo dar um apoio a essa família, pra que a família possa naquele momento em particular se dedicar; a mãe que deixa o menino na comunidade durante todo dia pra trabalhar e só chega à noite e às vezes à noite... enfim, como é que vai ter essa assistência quase que permanente ali com o menino, não tem condição. Quando se precisa sair da comunidade por uma situação de conflito, qual abrigo que poderia tá acolhendo essa criança, esse adolescente, junto com a família. Então, eu acho que esse suporte que se tenha pra se dar à família (presidente do I CT).

Nos abrigos onde o adolescente tem um tratamento diferenciado, uma forma de abordagem diferente, que não o culpabilize por ser ou não ser, porque ninguém é, a pessoa está (...) a família precisa ser trabalhada, sim...é um conjunto, assim: o adolescente, a família, o abrigo e o conselho. É necessário que se trabalhe junto (ex-conselheira tutelar).

⁶⁰ O CRIAA-UFF é mantido com recursos da UFF e da Fundação para Infância e Adolescência-FIA.

As questões salientadas acima são relevantes à medida em que a família aparece como central e indispensável para a eficácia das ações desenvolvidas com crianças e adolescentes em situação de risco social. Tal preocupação esta em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Assistência Social⁶¹ que prevê a centralidade na família para a concepção e implementação dos benefícios, serviços , programas e projetos (Resolução nº 145 de 15 e outubro de 2004)e também com as Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência 2001/2005.

O CRIAA-UFF presta serviço de tratamento ambulatorial e funciona como Centro-dia, onde os adolescentes podem permanecer durante todo o dia na instituição. Contudo, não há no município alternativa de tratamento clínico de internação para atendimento aos casos agudos de drogadição ou de risco social grave (ameaças de morte). Assim, essa demanda se coloca como um grande desafio aos operadores de direitos:

Pelo município ter poucos espaços para esse atendimento, caso fosse necessário uma internação, teria que recorrer a outro município, pois o nosso não oferece. Essa situação acaba indo contra o ECA, pois como a família vai manter o vínculo com esse jovem se ele tem que ir para um município distante?(ex-conselheira tutelar).

Outra questão, é que a gente não tem nenhuma unidade de internação dentro do município, então, hoje a gente se vale da Reviva que fica em Barra Mansa, são quatro horas de viagem, mais ou menos pra que se possa chegar lá e isso dificulta muito o acompanhamento da família e o acompanhamento do próprio Conselho (presidente do I CT).

Numa necessidade de internação, onde internar os meninos? Falta incentivo financeiro pra realização de outras atividades (AS/CRIAA-UFF).

⁶¹ A Política Nacional de Assistência Social foi aprovada pelo CNAS em 22 de setembro de 2004.

A municipalização do atendimento é uma das diretrizes da política de atendimento a criança e ao adolescente. Entretanto, a realidade tem mostrado que o governo não tem cumprido com o que é determinado pelo ECA.

Além dos entraves colocados pela ausência de serviços de atendimento, há outros vinculados ao poder judiciário. O dispositivo jurídico necessário à viabilização da internação para tratamento de drogadicão fora do município, tem gerado grande transtorno a aplicação dessa medida de proteção.

(...) até mesmo pra promover essa internação há de se ter e é exigido uma carta precatória que é, vamos dizer assim, um encaminhamento do juiz para outra comarca, pra que essa medida seja cumprida em outra comarca e a gente sofre então, com essa burocracia mesmo da Justiça. Teve uma situação em que uma vez eu internei uma menina e a carta precatória só veio dois meses depois. A clínica aceitou o encaminhamento com a condição da gente esta providenciando a carta precatória e a carta precatória só veio dois meses depois e a menina já tinha evadido da instituição, inclusive (presidente do I CT).

A carta precatória limita a qualidade do atendimento. O Hospital Pedro II não interna, nem com o laudo do psiquiatra. Eles exigem que a gente leve a carta precatória (AS/CRIAA-UFF).

Eu particularmente aposto na articulação com outros Conselhos Tutelares, porque a gente tem, todo município deve ter um Conselho Tutelar, se a gente entende aquilo ali como uma medida de proteção e são os Conselhos os órgãos responsáveis por aplicar essa medida de proteção, eu acredito nessa articulação com os Conselhos Tutelares. Agora, o que há hoje em dia é uma certa intervenção inapropriada da Justiça de entender isso, sei lá o quê, é uma medida que não se justifica, à medida que é resquício ainda do Código de Menores, não se alterou com o Estatuto da Criança e do Adolescente e muitas vezes a própria instituição se vale disso pra selecionar a clientela que chega até ela ou não dá a vaga (presidente do I CT).

Conforme Souza (1988), compreender as dinâmicas institucionais pressupõe conhecer as características e a dinâmica do Estado e suas estruturas.

Considerando agora a significação do Estado no contexto institucional, o que se pode ter presente é que a realidade do

contexto institucional é, sobretudo, a realidade da sociedade civil e da sociedade política, o qual se representa através das suas instituições e organizações. Nestas, o Estado penetra as instituições da sociedade política e tenta penetrar e controlar também as instituições da sociedade civil. Neste sentido, o contexto institucional da sociedade é o próprio contexto do Estado(Souza, 1988, p. 49).

Com relação aos avanços da política de atendimento a crianças e adolescentes em situação de risco social por envolvimento com drogas, vê-se que ainda há muito por fazer. A realidade da precariedade dos serviços de atenção a essa população, bem como os entraves junto à justiça, não refletem apenas uma realidade local. Ao contrário, poucas são as iniciativas de enfrentamento a essa demanda, mesmo diante dos dados apresentados pelas pesquisas sobre o aumento alarmante dos homicídios entre a população jovem, onde parte dela se encontra entre quinze e dezoito anos de idade. Se é fato que essas mortes tem ligação direta com os conflitos gerados pelas disputas de controle do comércio de drogas ilegais, quais são as alternativas a essa realidade? Se as ações e programas de prevenção ao uso de drogas falharam, e menino ou a menina se envolveu com elas, a ponto de ficarem expostos a situações de risco, o que se tem feito sobre isso?

Vejamos o que dizem alguns entrevistados sobre esta questão:

no nível do município, no nível do atendimento em si, eu não vejo avanço algum, porque uma coisa, é assim, o que você teria enquanto política de atendimento a essa criança na situação de uso e abuso de drogas, não existe uma política, existem alguns serviços que se dispõe a atender essa clientela, como é o caso do CRIAA, do GEAL, no caso do CRIAA, eu acho que há quatro anos atrás eles estavam mais estruturados do que hoje no nível de pessoal, no nível de possibilidade de intervenção, acho que o serviço hoje tá meio sucateado em função de dificuldades financeiras mesmo, então, acho que quando vai se pensar numa política, você vai pensar numa política na questão do orçamento, de investimento de recursos, de serviço nessa área (presidente do I CT).

Não há muito avanço nessa área, mas já temos criado o Conselho

Municipal anti-drogas, agora aqui(CRIAA)está virando CAPs-AD⁶², tem a Justiça terapêutica, que é também um avanço...outro avanço, os profissionais do CRIAA podem acompanhar o adolescente nas audiências do Juizado da Infância e Juventude, os que são atendido pela instituição(AS/CRIAA-UFF).

A Política Nacional antidrogas aprovada pelo Conselho Nacional antidrogas em 2002 (PNAD,2003) destaca como um de seus objetivos a redução às conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para o indivíduo, para a comunidade e para a sociedade em geral. Em relação ao tratamento, recuperação e reinserção social estabelece como uma de suas diretrizes uma atenção especial às características específicas dos públicos-alvo, como crianças e adolescentes e pessoas em situação de rua. E, ainda, estimula a articulação, em rede nacional de assistência, da grande gama de intervenções para tratamento e recuperação de usuários de drogas e dependentes químicos, incluídas as organizações voltadas para a reinserção social e ocupacional.

Garantir uma política de saúde pública de acesso universal e igualitário, nos aspectos da promoção, proteção e recuperação da saúde de crianças e adolescentes é a diretriz estabelecida pela Política de Atenção Integral a Infância e Adolescência (2002)⁶³. E, com relação à população envolvida com drogas destaca-se como estratégia de intervenção a garantia de programas especiais de tratamento a crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas (drogadição).

O Plano Nacional de Saúde⁶⁴ também ressalta, com vistas à promoção da saúde do adolescente e do jovem de forma articulada com outras políticas intersetoriais que, na atenção ao adolescente e ao jovem, ao setor saúde caberá organizar serviços que atendam às características específicas desse grupo populacional, principalmente no âmbito da atenção básica e das ações de

⁶² Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e drogas – CAPs-ad.

⁶³ Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência 2001/2005 - Brasília, outubro de 2002.

⁶⁴ -PORTARIA Nº 2.607, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004 - Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil.

promoção da saúde, incluindo: a saúde mental; a prevenção e tratamento da drogadição; a redução da morbimortalidade por causas externas. Destaca ainda que a esse setor caberá também instituir, reordenar e qualificar o atendimento na rede do SUS a adolescentes e jovens que vivem em situação de rua e os que estão em cumprimento de medidas socioeducativas de privação de liberdade (PNS/2004).

Verificamos ainda, que embora não seja dirigido a essa população específica, o Plano Municipal de Enfretamento a Violência contra Criança e ao Adolescente elaborado no ano de 2004⁶⁵, visando enfrentar fatores de risco da violência, também destaca algumas metas que podem contribuir para a proteção de crianças e adolescentes em situação de risco social por envolvimento com drogas:

(...) incluir, obrigatoriamente, crianças e adolescentes *em situação de risco* de violência e suas famílias nos programas de saúde, educação, renda mínima, erradicação de trabalho infantil, cursos de educação profissionalizante, geração de emprego e renda, micro crédito, entre outros; Criar e ampliar programas de profissionalização e geração de renda para adolescentes, obrigatoriamente nas áreas de alto risco de violência; Implantar espaços de cultura, lazer e esportes para crianças e adolescentes em todo o município enquanto ação preventiva da violência; Fortalecer e ampliar os programas de intervenção junto a crianças e adolescentes que trabalham e vivem nas ruas do Município (Niterói, 2004, s/p).

Podemos através das políticas e diretrizes nacionais nas áreas da infância e adolescência, da atenção à drogadição e da saúde, visualizar que a discussão acerca dessa problemática já se encontra em pauta, pelo menos no que diz respeito às legislações. No âmbito municipal, também, observa-se algumas iniciativas emergentes, tanto com relação à elaboração do plano de enfrentamento à violência, quanto da criação do Conselho Municipal Antidrogas⁶⁶. Resta-nos,

⁶⁵ Esse Plano foi elaborado pela Rede Municipal de Atendimento Integrado a criança e ao adolescente vítimas de Maus Tratos e esta no CMDCA para ser aprovado e publicado.

⁶⁶ -COMAD, criado pelo Decreto nº 8661/2001 em novembro de 2001.

contudo, saber se os objetivos propostos sairão do papel para a realidade e, se as políticas preconizadas serão concretizadas.

O debate sobre os riscos sociais de crianças e adolescentes envolvidos com drogas, ainda não ocupou os espaços políticos que podem de fato garantir a efetivação dos direitos dessa população. Alguns relatos podem suscitar uma reflexão sobre a pouca relevância desse tema nas formulações de políticas, bem como, sua, quase total, ausência nas discussões e debates de fóruns populares e organizações sociais:

Acho que talvez não tenha ganho essa relevância porque ainda não se atingiu essa classe média, quer dizer, está atingindo essa classe média por outras vias, por outros canais e acho que já se discute muito mais sobre isso em função dessas questões, desse canal que classe média abre quando vivencia essa questão, mas mesmo assim quando isso ocorre não ganha muita visibilidade, nem sempre a família quer tá dando visibilidade a isso. Eu não sei, acho que isso é uma coisa muito maior, no nível mesmo desse projeto neoliberal, onde é um pouco aquela coisa de produzir a vida, mas, ao mesmo tempo deixar morrer, está aí a África isolada, dizimada, sendo dizimada, todo mundo vê e não existe uma intervenção quanto a isso (...) A gente percebe que uma certa parcela do poder dominante, da classe média alta, acha que esse menino tem mais é que morrer mesmo, tem mais é que morrer, porque se não morrer lá em cima da favela vai tá aqui embaixo no asfalto assaltando, matando... (presidente do I CT).

Sinceramente...não vejo uma política pública no município (...) necessitaria de uma atenção muito maior dos órgãos públicos, aliás de toda a sociedade, uma discussão bem mais ampla, do fórum da criança, do conselho municipal, da sociedade civil, eu acho que é uma questão que está aí, e a gente precisa estar pensando (ex-conselheira tutelar).

Nesse sentido, o desafio para a concretização do princípio da proteção integral está posto a toda sociedade, que deverá romper com os preconceitos sobre essas crianças e adolescentes que estão envolvidos com drogas e expostos a situação de risco social, compreendendo-os como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e sujeitos de direitos. Sem essa ruptura, a distância para consolidação daquele princípio, se ampliará, pois, na arena política, as conquistas por direitos, historicamente, só se dão com a participação e

mobilização social.

Considerações Finais

Buscamos neste trabalho discutir sobre as medidas de proteção e as políticas de atendimento, às crianças e os adolescentes em situação de risco social por envolvimento com drogas, sob a perspectiva da proteção integral. Assim, para além das campanhas e programas de prevenção, o que se tem proposto, sob o ponto de vista do direito fundamental à saúde, ao tratamento e recuperação dos que usam drogas? E, com relação aos riscos sociais advindos do envolvimento com as drogas, seja pelo uso ou envolvimento com o tráfico, o que está sendo feito para o enfrentamento destes riscos e promoção do direito fundamental à liberdade e dignidade dessa população? É no fosso existente entre a prevenção e a infração que os riscos sociais se evidenciam, seja como usuário de drogas em situação de rua ou ameaça, seja como “soldados” do tráfico, ainda não autuado nessa infração.

Os dispositivos legais garantidos no ECA constituem avanços importantes no que diz respeito a história da proteção social a este segmento, todavia o rompimento com o paradigma da “situação regular”, que via a pobreza como objeto de intervenção para tutela ou criminalização pelo Estrado, ainda não se concretizou na realidade muitas crianças e adolescentes deste país, principalmente, para aquelas que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade social.

Identificamos, através das análises dos dados contidos nos prontuários, bem como nas entrevistas dos atores envolvidos, que determinados grupos estão mais expostos aos riscos sociais. Com as devidas ressalvas por estarmos refletindo sobre o universo de informações importante, mais pequeno sob o ponto

de vista quantitativo – 24 casos – é sobre o adolescente negro, pobre, morador de comunidade de favela que os riscos sociais oriundos do envolvimento com as drogas estão mais presentes.

A população residente nas comunidades de favelas está mais vulnerável ao aliciamento do tráfico de drogas, primeiro porque as atividades se dão ali, *na porta de casa*, sendo uma realidade concreta e cotidiana. Os bens de consumo que elas proporcionam também estão disponíveis e alcançáveis para aqueles que nelas trabalham. Em segundo lugar, a presença do Estado nestas comunidades se dá quase que exclusivamente pela atuação do aparato policial. As atividades promovidas pela escola e pelas instituições que desenvolvem cursos profissionalizantes, esportes, cultura e lazer estão quase sempre destoantes dos interesses e das realidades de meninos e meninas destas comunidades, impelindo-os a uma sociabilidade estreita, restrita as relações construídas dentro de suas próprias comunidades.

A precariedade dos serviços oferecidos pelo município de Niterói, pôde ser percebida pelos seus usuários e por profissionais da área, onde ressaltaram que para o bom atendimento se faz necessário:

Atividades, mesmo que profissionalizantes, porque para eu manter um educando em tempo integral eu tenho que ter um programa de atividades. Para além do atendimento do grupo não tinha mais nada a fazer lá (mãe de classe média).

Eu gostava do atendimento, gostava do jeito que tratavam as crianças e as famílias. Acho tinha pouca atividade para o adolescente (...) só tinha algumas brincadeiras, tinha que mais atividades e também profissionalizantes para o menino não fica a toa (mãe de classe popular).

Há espaço físico, mas é inadequado para o tratamento que a instituição se propõe. O lugar é mal cuidado, não é acolhedor fisicamente. Há falta de alimentação e os vales-transportes estão oferecidos irregularmente. E, ainda sofremos com a falta de profissionais (AS/CRIAA-UFF).

A falta de horizontes para esses meninos e meninas possivelmente

contribui para falta de motivação para novas buscas e conhecimentos, permitindo que as “oportunidades” oferecidas pelo tráfico sejam mais reais e possíveis de alcançar.

Um outro fator que se destaca como um entrave institucional para a defesa dos direitos e para a qualidade do atendimento, é a burocracia judicial. A exigência da carta precatória em nossa avaliação seria perfeitamente dispensável quando a medida aplicada for de proteção. Como pudemos observar nos relatos do conselho tutelar e entidade de atendimento, esse dispositivo constitui-se obstáculo ao processo de tratamento psiquiátrico e da drogadição.

Vê-se nessa prática um certo resquício na ideologia mandatária contida no antigo código de menores, onde a figura do juiz era soberana e suas decisões inquestionáveis, tendo o seu poder estabelecido pela força do arbítrio. Desta forma, a partir do ECA estaria essa exigência judicial embaraçando o trabalho do CT no que tange a sua atribuição de defender e garantir direitos? Com vistas a garantia da proteção integral dos direitos da criança e do adolescente faz-se necessário que as ações também sejam integradas e para isso é preciso que haja disponibilidade das instituições, principalmente dos agentes operadores de direitos, para a construção de alternativas mais eficazes e de qualidade ao atendimento dessa população.

Nesse sentido, um outro fator a se considerar para a proteção integral é a atenção à família. O fortalecimento do elo afetivo desta com o filho muito pode contribuir para que este supere seu envolvimento com as drogas. Para tanto, faz-se necessário que as políticas contemplem tanto as necessidades de suporte emocional, quanto as estruturais. A família precisa ser trabalhada, cuidada para poder cuidar e não tutelada, mas estimulada a exercer sua cidadania.

Na aplicação de medida levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. (ECA, art.100).

Com relação aos serviços de tratamento de drogadição no município a

precariedade reflete uma realidade que é geral. Embora haja avanços significativos nas deliberações de políticas nas áreas da criança e do adolescente, da saúde mental, sobre drogas, assistência social, eles estão restritos ainda à política “no papel”. Assim, podemos verificar que além da necessidade de ampliação da oferta desses serviços, há necessidades de se pensar alternativas diversificadas com relação aos modelos de tratamentos. Como pudemos verificar nos relatos de nossos entrevistados:

O tratamento de dependência muitas das vezes a minha tinha que ser rígida e do outro tem que ser aberto, cada um tratamento tem um tratamento diferente porque eu sou de uma forma, o outro é de outra. Então o meu tratamento ali não foi legal, mas para o outro talvez foi, para mim não, porque eu sou um cara que necessito de uma pessoa para me chamar a atenção, ter limite (jovem, ex-usuário).

Não dá para trabalhar uma intervenção sem trabalhar essa questão afetiva e agente percebe que aqueles meninos que não tem os pais ou alguém que lhe de atenção, que insista ali no acompanhamento, não desista (...) é muito difícil promover algum tipo de intervenção (...) porque não dá para pensar outro caminho de saída da droga, senão por essa questão afetiva também, não só há, ou até às vezes é muito menos química e é muito mais afetiva emocional (presidente do I CT).

Eu penso que às vezes, em alguns casos necessita de clínica para desintoxicar, ano adianta terapia (...) um corpo todo intoxicado não vai corresponder bem a terapia. Há uma certa resistência por parte dos psiquiatras em prescrever medicamentos e internação (AS/CRIAA/UFF).

Estas, assim como outras questões sociais, se colocam como desafios a sociedade de modo geral e, especialmente aos operadores de direito. Neste sentido, os Conselhos Tutelares, que têm como missão institucional zelar pelos direitos dessa população, aplica as medidas de proteção. Se não há políticas para a área da infância e juventude que possam restituir os direitos violados, este órgão, com o poder que lhe foi conferido por lei e pela sociedade, pode exigir dos governos, bem como dos Conselhos de Direitos, o cumprimento do ECA⁶⁷, haja

⁶⁷ -Ver art.131do ECA.

vista, ter a criança e o adolescente, prioridade absoluta na formulação e implementação de políticas públicas.

Algumas iniciativas, ainda que embrionárias, estão sendo apresentadas como alternativas para a proteção dessa população em risco social por envolvimento com drogas. Dentre elas o Programa de Justiça Terapêutica⁶⁸ as ações de redução de danos⁶⁹. Entretanto, é a ideologia das políticas proibicionistas de repressão que ainda predomina nas ações de intervenção sobre drogas.

Em função disto, com vistas à consolidação do ECA, faz-se necessário uma mudança radical dos nossos valores morais e das relações que estabelecemos com aquele que nos é *estranho* ou com aquilo que nos “ameaça”. A discussão acerca das drogas e suas implicações para a vida de crianças e adolescentes das camadas empobrecidas, embora complexa e multifacetada, precisa avançar, sair do imediatismo dos apelos *sensacionalistas* dos meios de comunicação, que em pouco ou em nada contribuem para a resolução dessa problemática, e de buscar em conjunto com toda a sociedade alternativa de valorização humana.

O ECA ao romper com a ideologia do código de menores com relação aos estigmas dados a criança e adolescente pobres, que eram chamados de ‘menores’ em oposição aos oriundos das camadas mais favorecidas economicamente, coloca a todos a responsabilidade da construção de um novo modelo de sociedade, onde os preconceitos e as discriminações devem ser superados em defesa da justiça e da equidade social. Cabe-nos então, darmos continuidade a essa missão. Participar dos fóruns populares de defesa dos direitos da criança e do adolescente é uma iniciativa importante, fiscalizar e cobrar dos governos a implementação de políticas efetivas de atendimento em todas áreas – saúde, educação, lazer, trabalho, assistência, etc. – também contribui para que

⁶⁸ Programa existente nas Varas da Infância e Juventude-JIJ aplicado a adolescentes autuados em atos infracionais por uso de drogas. Visa internação em clínica de tratamento com controle e monitoramento para a garantia da abstinência e superação da dependência. .

⁶⁹ “As políticas baseadas nessa perspectiva buscam sugerir traçar medidas que efetivamente minimizemos prejuízos das drogas, encarando o problema de maneira pragmática, não moralista, envolvendo vários setores da sociedade e pensando em termos de saúde pública”(cartilha da Reduc Redução de danos, fascículo 3, Rede Mais).

todos os direitos fundamentais sejam garantidos. Mas, talvez a maior contribuição, seja o esforço político-ideológico-humanitário pela valorização da vida. Meninos e meninas vão continuar morrendo diariamente como *moscas à luz*, enquanto não tomarmos como nossa responsabilidade o pacto pela proteção de suas vidas.

Bibliografia Geral

ABRAMO, Helena W, FREITAS, Maria V, SPOSITO, Marília P.(org.). Juventude em Debate. São Paulo, Cortez, 2002.

ABRANCHES, Sergio H. , SANTOS,Wanderley G., COIMBRA, Marcos A . Política Social e Combate à Pobreza. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998.

ABROMOVAY, Miriam et alii. Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília,UNESCO,BID,2002.

_____ e Pinheiro, Leonardo Castro. Violência e Vulnerabilidade social. In: FRERMAN, Alicia(Ed). Inclusion Social y Desarrollo: Presente y futuro de La Comunidad Ibero Americana. Madri: Comunica,2003.

ALBUQUERQUE,J. A . Guilhon. Metáforas da Desordem - O Contexto Social da Doença Mental. Paz e Terra, 1978.

ANDRADE, José Eduardo de. Conselhos Tutelares - Sem ou Cem caminhos? São Paulo, Veras Editora, 2000.

ARANTES, Ester. M. M. Rostos de Criança no Brasil. In: Pilotti e Rizzini (org.) A Arte de Governar Crianças – A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil. Rio de Janeiro, Universidade Santa Úrsula – CESPI/USU, 1995.

_____ (org.).Envolvimento de Adolescentes com o Uso e o Tráfico de Drogas no Rio de Janeiro. In: Brito, L.M.T.(coord.) Jovens em Conflito com a Lei. Rio de Janeiro, EdUERJ, 2000.

ASSIS, Simone G. Traçando Caminhos numa sociedade Violenta – A vida de

Jovens Infratores e Seus Irmãos Não Infratores. Rio de Janeiro/Brasília: FIOCRUZ-CLAVES/UNESCO/Departamento da Criança e do Adolescente-Secretaria de Estado dos Direitos Humanos-Ministério da Justiça, 1999.

_____ e CONSTANTINO, Patrícia. Filhas do Mundo – Infração Juvenil Feminina no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Ministério da Justiça/Secretaria dos Direitos Humanos/PNUD/UNIFEM, Editora Fiocruz, 2000.

AZEVEDO, Maria Amélia, GUERRA, Viviane N de A.(Orgs.).Infância e Violência Doméstica: Fronteiras do Conhecimento. São Paulo, Cortez, 3º ed., 2000.

BAPTISTA, Marcos, CRUZ, Marcelo.S., MATIAS, Regina. Drogas e Pós-Modernidade - faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro, eduerj, 2003.

BARROS, Nívia, V. Violência Intrafamiliar, Conselho Tutelar e Rede de Proteção Social. Revista Mais Humana, Edição Especial. Rio de Janeiro PROEX/UFF/FEC nº 6 , set./2003.

BARROS, Ricardo, HENRIQUE, Ricardo, MENDONÇA, Rosane. Evolução Recente da Pobreza e da Desigualdade: Marcos Preliminares para a Política Social. In:Cadernos Adenauer, nº 1, São Paulo, 2000.

BATISTA, V. M. Drogas e criminalização da Juventude pobre no Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado/ UFF, 1997.

BOURDIEU, P. Contrafogos. Táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

BRANDÃO, André A. Da Escolaridade à Ocupação: Raça e Desigualdades Sociais em Áreas Urbanas Pobres. Rio de Janeiro, mimeo, 2002.

_____ Conceitos e Coisas: Robert Castel, A “Desfiliação” e a Pobreza Urbana no Brasil .In: Revista Emancipação, Editora UEPG, ano 2 –nº 1, 2002.

BRASIL, Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional Secretaria Nacional Antidrogas. Política Nacional Antidrogas, 2001.

BRASIL, CONANDA, Ministério da Justiça, Secretarias de Estados de Direitos Humanos, Departamento da Criança e do Adolescente. Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral e à Infância e à Adolescência, Brasília, outubro de 2002.

BRASIL, Ministério da Justiça, Secretarias de Estados de Direitos Humanos.Parceiro da Sociedade:O Conselho Tutelar de Niterói garante sucesso atuando com mobilização social e políticas públicas. In: Revista todas as

pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos , Brasília, 2002.

BRASIL, Presidente Amigo da Criança e do Adolescente. Plano de Ação -2004-2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. A política do Ministério das Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Março de 2003.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social , Conselho Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. In: Revista Serviço Social e Sociedade n.º 80, ano XXV, nov. 2004.

BRITO, Leila M.T. Jovens em Conflito com a Lei - A contribuição da Universidade ao Sistema Socioeducativo. Rio de Janeiro, EdUERJ, 2000.

_____ (coord.).Responsabilidades. Rio de Janeiro, Ed Uerj, 2000.

CARLINE, E, A . et alii. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras-1997. UIFESP/CEBRID,São Paulo,1997.

CARVALHO, Denise, SUDBRACK, Fátima, SILVA, Maria Terezinha. Crianças e Adolescentes em Situação de Rua e Consumo de Drogas. Brasília, Editora Plano, 2004.

CASHMORE, Ellis. Dicionário de Relações Étnicas e Raciais. São Paulo, Selo Negro, 2000.

CONANDA. Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e a Adolescência -2001-2005. Brasília, 2000.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL. São Paulo, Ed.Revista dos Tribunais, 5ªedição, 2000.

CORREIA, Maria Valéria C. Que Controle Social na Política de Assistência Social? In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo, Cortez, (72): 119-144, novembro de 2002.

COSTA, Jurandir F. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro, Graa1, 1983.

_____O Laboratório Social de Assassinatos. Jornal Folha de São Paulo, Caderno MAIS!, 31 de março de 1996,. In: www.jfreirecosta.com

GRESS 7ª Região-RJ. Assistente Social: ética e direitos - Coletânea de Leis e Resoluções. Rio de Janeiro, maio de 2004

CRUZ NETO, Otavio, MOREIRA, Marcelo, R.,SUCENA, Luiz F. M. Nem Soldado , Nem Inocentes – Juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2001.

CUNHA, José Ricardo F. A Lanterna de Diógenes. Considerações sobre a Justiça na Justiça. In: Brito, L.M.T.(coord.)Jovens em Conflito com a Lei - A Contribuição da Universidade ao Sistema Socioeducativo. Rio de Janeiro, EdUERJ, 2000.

CURY,GARRIDO e MARÇURA. Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado. São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 2002.

DOWDNEY, Luke. Crianças do Tráfico – Um Estudo de Caso de Crianças em Violência Armada Organizada no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 7 letras, 2003

DURHAM, Eunice. Movimentos Sociais; a construção da Cidadania. In: Novos Estudos, CEBRAP, São Paulo, nº 10, out.1984.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - Lei 8069/90. Niterói/RJ, Fundação para a Infância e Adolescência, 2002.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e Processo Político no Brasil. In: Pilotti e Rizzini(org.). A Arte de Governar Crianças – A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil.Rio de Janeiro, Universidade Santa Úrsula – CESPI/USU, 1995.

Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil. Diretrizes para a Formulação de Uma Política Nacional de Combate ao Trabalho Infantil. Brasília-DF, 2000.

GÓIS, João Bosco H. Família e Proteção Social no Serviço Social: Revisitando a História Profissional. Dissertação de Mestrado/ESS/UFRJ, 1993.

GONÇALVES, Hebe S. Infância e Violência no Brasil.Rio de Janeiro, Nau- Editora FAPERJ, 2003 .

JACOBI, Pedro. Movimentos Sociais e Políticas Públicas. São Paulo, Cortez, 1989.

HENRIQUES, Ricardo. Pobreza, Desigualdade Racial e Infância. In:série mídia e mobilização social-Vol.4. Que país é este? Pobreza, desigualdade e desenvolvimento humano e social no foco da Imprensa brasileira. São Paulo,Cortez,2003.

Lei Orgânica da Assistência Social – Lei nº8742/1993. Conselho Municipal de Assistência Social, Rio de Janeiro, 2003.

LINDBLOM, C.E. O Processo de Decisão Política. Brasília, Ed. Universidade de Brasília, 1980.

LOBATO, Lenaura. Algumas Considerações sobre Representação de Interesses no Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: RAP Rio de Janeiro 31(1) p. 30-40, 1997.

MATTOS, Helcio, F. Dependência Química na Adolescência - Tratar a dependência de substâncias no Brasil. Seis anos de atuação do Centro Regional Integrado de Atendimento ao Adolescente - Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2004.

Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Departamento da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Coleção Garantia de Direitos – série Subsídios –Tomo V. Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Série E. Legislação de Saúde nº 8, Brasília-DF, 2001 .

MINAYO, Maria Cecília S. (et all). Fala Galera: Juventude, Violência e Cidadania. Rio de Janeiro, Garamond, 1999.

_____. A violência como desafio à Saúde Pública.

MOTT, Maria Lucia. Estudos Biográficos e Filantropia: Uma reflexão a partir da Trajetória de Vida de Pérola Byington. In: Revista do Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero - NUTEG, V.3 – Nº 2, Niterói-RJ, 1º semestre de 2003.

_____. Trabalho de Campo como Descrição e Criação. In: Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. (M. C. S. Minayo, org.), Petrópolis, Vozes. pp.51-66. 1993.

NASCIMENTO, Alexandre, F., ROCHA, Roseli .F. Tecendo a Rede de Atendimento Integrado à criança e ao Adolescente Vítimas de Maus Tratos de Niterói: Reconstruindo sua trajetória e refletindo sobre sua implementação. Mimeo, 2004.

NASCIMENTO, Elaine. F. Adolescência e paternidade: Um desafio a ser compartilhado. Anais do IX ENPESS, 2004.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social – Uma análise do Serviço Social

no Brasil pós-64. São Paulo, Cortez, 1994.

NITERÓI, Prefeitura Municipal. Decreto nº 8661/2001, de 29 de novembro de 2001- Dispõe sobre a criação do Sistema Municipal antidrogas e do Conselho Municipal Antidrogas.

NITEROI, Plano municipal de Enfretamento à violência contra a criança, 2004

OLIVEIRA, Luciano. Os Excluídos 'Existem'? - Notas sobre a elaboração de um novo conceito. Revista Brasileira de Ciências Sociais, nº 33 ano 12 - fevereiro-1997.

PAICA-RUA(org.). Meninos e Meninas em Situação de Rua – Políticas Integradas para a Garantia de Direitos. São Paulo, Cortez; Brasília, DF, UNICEF-série Fazer valer direitos, v.2, 2002.

PEREIRA, Potyara A . P. Necessidade Humanas –Subsídios à Crítica dos Mínimos Sociais. São Paulo, Cortez, 2002.

PILOTTI, Francisco e RIZZINI, Irene(org.) A Arte de Governar Crianças – A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil. Rio de Janeiro, Universidade Santa Úrsula – CESPI/USU, 1995.

PINHEIRO, Paulo, S, ALMEIDA, Guilherme, A .Violência Urbana. São Paulo, PubliFolha, 2003.

REIS, J.R.F. “De Pequenino é que se Torce o Pepino”: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, VII(1), p.135 –157, mar.-jun.2000.

Revista Educação e Cidadania da Isto é Cidadania de 4 de agosto de 2004 In site: www.terra.com.br/istoé

RIZZINI, Irene. O Século Perdido: Raízes Históricas das Políticas Públicas para a Infância no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Universitária Santa Úrsula, 1997.

_____. A Criança e a Lei no Brasil – Revisitando a História. Rio de Janeiro, UNICEF-CESPI/USU, 2002.

_____e RIZZINI, Irma. A Geração de Rua: um estudo sobre as crianças marginalizadas no Rio de Janeiro. Universidade Santa Úrsula, CESPI/USU, 1986.

RIZZINI, Irma. A Assistência à Infância no Brasil – Uma análise de sua Construção. Rio de Janeiro, Editora Universitária Santa Úrsula, 1993.

SILVA, Roberto da. Direito do Menor X Direito da Criança. Internet:

www.direitoejustica.com/direito_da_crianca_e_adolescente/index4.html.

SPOSATI, Aldaíza. Crianças. Revista Teoria e Debate nº 37, 1998.

SOUZA, José, N. Oficina do Saber- Pesquisa Violência contra Crianças e Adolescentes. In: Revista Mais Humana, Edição Especial, Rio de Janeiro, PROEX/UFF/FECnº 6 , set./2003.

SOUZA, Maria Luiza. Serviço Social e Instituição- A questão da participação. São Paulo, Cortez Editora, 1988.

TEIXEIRA, Sergio Henrique. Uma Síntese sobre o Conselho Tutelar e o seu Atendimento: uma contribuição em construção. Mimeo, 2003.

UNICEF. A Voz dos Adolescentes. Brasília, 2002

VOGEL, Arno. Do Estado ao Estatuto – Propostas e Vicissitudes da Política de Atendimento à Infância e Adolescência no Brasil Contemporâneo. In: Pilotti e Rizzini(org.) A Arte de Governar Crianças – A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil. Rio de Janeiro, Universidade Santa Úrsula – CESPI/USU, 1995.

VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DE NITERÓI. Projeto de Justiça Terapêutica para Adolescentes com Problemas Legais Relacionados às Drogas. Niterói, mimeo, 2001.

VOLPI, Mario (org.). Os Adolescentes e a Lei: o Direito dos Adolescentes, a Prática de Atos Infracionais e sua Responsabilização. Programa de Justiça Penal Juvenil e Direitos Humanos. Brasília, Inalud, 1998.

_____ Sem Liberdade, Sem Direitos – A Privação de Liberdade na Percepção do Adolescente. São Paulo, Cortez, 2001.

WASELFISZ, Jacobo. Mapa da Violência III- Os jovens do Brasil. Brasília, UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Ministério da Justiça/SEDH, 2002.

_____ Mapa da Violência IV- Os jovens do Brasil. Brasília, UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Ministério da Justiça/SEDH, 2004.

WIEVIORKA, Michel. O Novo Paradigma da Violência. In: Revista de Sociologia da USP, São Paulo, 9(1): 5-41, maio de 1997.