

CGO

CURSOS ONLINE GRATUITOS

**CUIDADOR DE
CRIANÇAS NO
ABRIGO**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
1- O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	4
2- ABANDONO INFANTIL E MEDIDAS DE AMPARO	12
3- MEDIDA PROTETIVA DE ABRIGO	27
4- CRIANÇAS COM HIV	34
REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

O cuidador precisa gerenciar a inserção da criança na instituição e os seus próprios sentimentos perante a realidade vivenciada. Complementarmente, a mudança de contexto e o afastamento da família impõe também à criança um sofrimento, pois ela não reconhece a sua nova realidade.

1- O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

O acolhimento institucional é um dos serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social. Seu principal objetivo é promover o acolhimento de famílias ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, de forma a garantir sua proteção integral.

Esse serviço é prestado em unidade inseridas na comunidade e deve obrigatoriamente possuir características residenciais. Ou seja, ser um ambiente acolhedor e com estrutura física adequada para atender às necessidades dos usuários.

Além disso, essas unidades devem cumprir os requisitos previstos nos regulamentos para a oferta do serviço de acolhimento, promovendo condições de acessibilidade, higiene, salubridade, segurança e privacidade.

O serviço de acolhimento deve favorecer o convívio familiar e comunitário, a utilização dos demais equipamentos e serviços disponíveis na comunidade onde a unidade está localizada, e o mais importante de todos, deverá respeitar os costumes, tradições e a diversidade como: as diferentes faixas etárias, os arranjos familiares, religião, gênero, orientação sexual, raça ou etnia.

Modalidades de Acolhimento Institucional

O serviço de acolhimento institucional é oferecido nas seguintes modalidades:

Unidades de Acolhimento

Público-alvo	Crianças e Adolescentes	e Adultos e famílias	Mulheres em situação de violência	Pessoas com deficiência	Pessoas idosas
Modalidade de acolhimento	Casa Lar ou Casa de Abrigo institucional	Casa ou Passagem ou Abrigo	de Abrigo institucional	Residências inclusivas	Abrigo institucional (ILPI) ou

1. Abrigo institucional

Este serviço é semelhante ao de uma residência e deve ser inserido em áreas residenciais. Todavia, não podem ser identificado com placas, a fim de evitar a estigmatização dos acolhidos. O abrigo também deve promover o uso dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local aos usuários acolhidos.

a) Crianças e Adolescentes:

No caso de crianças e adolescentes, entre 0 e 18 anos, que estejam em situação de risco pessoal e social, o acolhimento deve ser ofertado seguindo as medidas de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e as orientações técnicas do Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. É permitido no máximo 20 crianças e adolescentes em cada unidade.

O atendimento em abrigos ocorre por determinação do Poder Judiciário e por requisição do Conselho Tutelar. Além disso, deverá ser comunicado à autoridade competente conforme previsto no Art. 93 do ECA.

O acolhimento de crianças e adolescentes devem estar voltados para a preservação e fortalecimento das relações familiares e comunitárias. O afastamento da família deve ser uma medida excepcional, aplicada apenas nas situações de grave risco à sua integridade física e/ou psíquica.

b) Adultos e famílias:

O acolhimento provisório é previsto para pessoas em situação de rua, desabrigados por abandono, migração, ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de se sustentar.

Também estão inseridos neste tipo de acolhimento, indivíduos refugiados e aquelas em situação de tráfico de pessoas (sem ameaças de morte).

O acolhimento institucional faz parte do Serviço de Acolhimento para Adultos e Famílias. No caso de adultos e famílias, o acolhimento institucional em abrigos possui um limite máximo de 50 pessoas por unidade ou de quatro pessoas por quarto.

c) Mulheres em situação de violência:

O acolhimento institucional provisório é ofertado de forma sigilosa para mulheres, acompanhadas ou não de seus filhos, e que estejam em situação de risco de morte e sob ameaças de violência doméstica e familiar, que sofreram lesões e sofrimento físico, sexual, psicológico ou dano moral.

O acolhimento institucional para mulheres em situação de violência faz parte do Serviço de Acolhimento para Mulheres em Situação de Violência. O objetivo é a proteção física e emocional da mulher e seus dependentes.

O serviço promove a articulação com a rede de serviços socioassistenciais e do sistema judiciário, buscando assim contribuir com a superação da situação de violência vivida por meio do resgate da autonomia e da inclusão produtiva da mulher ao mercado de trabalho.

d) Pessoas Idosas

O acolhimento institucional para pessoas idosas é ofertado pelas Instituições de Longa Permanência (ILPI), unidade institucional que acolhe pessoas idosas com diferentes necessidades e graus de dependência.

As ILPI's destinam-se a idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, quando esgotadas todas as possibilidades para seu sustento e convívio familiar. Bem como quando não possuem condições de permanecer em família devido a situações de violência e negligência, ou que estejam em situação de abandono e de rua.

O acolhimento institucional é ofertado pelo Serviço de Acolhimento para Pessoas Idosas e deve garantir a convivência com familiares e amigos, bem como o acesso às atividades culturais, educativas, lúdicas e de lazer na comunidade.

2. Casa-Lar

Este serviço é ofertado em unidade residencial e deve possuir em seu quadro de funcionários, profissionais habilitados, treinados e supervisionados pela equipe técnica de referência para auxiliar nas atividades da vida diária.

a) Crianças e Adolescentes:

No contexto das casas-lares, o serviço de acolhimento provisório para crianças e adolescentes é ofertado em unidades residenciais, que possuam uma pessoa ou casal que trabalhe como educador ou cuidador residente.

A Casa Lar acolhe crianças e adolescentes de 0 a 18 anos sob medida protetiva, sendo permitido no máximo 10 usuários. Este tipo de acolhimento permite o atendimento a grupos de irmãos e de crianças e adolescentes com acolhimento de média ou longa duração.

b) Pessoas Idosas

A Casa-Lar para pessoas idosas possui as mesmas características que o abrigo institucional. A diferença reside no fato de possuir um educador social como residente responsável pelo atendimento aos idosos juntamente com uma equipe técnica especializada nos cuidados das atividades da vida diária. O acesso também é o mesmo dado ao acolhimento em abrigo institucional.

3. Residência Inclusiva

As residências inclusivas são uma modalidade de serviço de acolhimento institucional oferecido a pessoas com deficiência com alto grau de dependência e que têm por finalidade contribuir para a construção progressiva da autonomia, inclusão social e comunitária, bem como o desenvolvimento de capacidades adaptativas para a vida diária.

O acolhimento institucional é ofertado pelo Serviço de Acolhimento Institucional em Residências Inclusivas. Faz uso de tecnologias assistivas para incentivar o desenvolvimento do protagonismo e de capacidades para a realização de atividades da vida diária e desenvolvimento de condições para independência e autocuidado.

As residências inclusivas funcionam 24 horas, possuem capacidade máxima para atender 10 pessoas, jovens e adultos com idades entre 18 e 59 anos, e contam com uma equipe técnica especializada.

4. Casa de Passagem

As Casas de Passagem são unidades para acolhimento e proteção de indivíduos afastados do núcleo familiar, bem como para famílias que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos.

Caracteriza-se pela oferta de acolhimento imediato e emergencial, com um limite de permanência máxima de 90 dias. Com capacidade para atender 50 pessoas, o serviço pode ser acessado por meio do CREAS, do Serviço em Abordagem Social e Centro Pop.

O serviço funciona 24 horas em regime de plantão. É a porta de entrada pela qual a equipe multidisciplinar especializada em diagnóstico, irá analisar a situação de cada usuário de modo a realizar a intervenção necessária, podendo inclusive evitar este tipo de acolhimento ou ofertar um outro tipo de encaminhamento.

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade possui ainda outros serviços especiais de acolhimento que serão tratados a seguir.

Serviço de Acolhimento em República

Esta modalidade de acolhimento deve localizar-se em áreas residenciais da cidade, seguindo o padrão socioeconômico das comunidades de origem dos usuários onde estiverem inseridas.

O serviço deve promover a construção de autonomia pessoal, possibilitando a seus usuários o desenvolvimento de sua autogestão, auto sustentação e independência, levando em consideração o projeto individual formulado em conjunto com o profissional de referência.

O Serviço de Acolhimento em República objetiva:

- Proteção aos usuários, preservando suas condições de autonomia e independência;

- Preparar os usuários para o alcance da sustentabilidade;
- Promover o restabelecimento de vínculos comunitários, familiares ou sociais;
- Promover o acesso à rede de políticas públicas.

Organizadas em unidades femininas e masculinas, as repúblicas determinam um tempo de permanência limitado, que pode ser prorrogado dependendo do andamento do projeto de vida.

a) Repúblicas para Jovens

Esta modalidade de acolhimento destina-se aos egressos dos serviços de acolhimento, como jovens que passaram pelos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes, e que estão na faixa etária de 18 a 21 anos.

O serviço deve ofertar apoio aos jovens em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, que possuam vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados.

O apoio aos jovens visa também sua qualificação e inserção profissional no mercado de trabalho, além da construção de um projeto de vida.

b) Repúblicas para Adultos em processo de saída das ruas

Modalidade de acolhimento destinada a usuários que estão em fase de reinserção social ocasionada pela saída das ruas e que estejam em processo de restabelecimento dos vínculos sociais e de construção de sua autonomia.

As repúblicas devem ser organizadas em unidades femininas e masculinas, respeitando o limite de permanência, levando em consideração o projeto de vida formulado em conjunto com o profissional de referência.

O apoio na qualificação e inserção profissional no mercado de trabalho, assim como a construção do projeto de vida deve fazer parte do atendimento ofertado.

c) Repúblicas para Idosos

Diferentemente do acolhimento em abrigo institucional ou casa-lar, o acolhimento de idosos na modalidade de república destina-se a idosos com capacidade de gestão

coletiva de moradia e que possua condições de realizar de forma independente as atividades da vida diária, mesmo que necessitem da utilização de equipamentos de autoajuda.

Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

Este serviço configura-se como uma medida de proteção destinado à crianças e adolescentes em situações de abandono ou violação de direitos, afastados de suas famílias de origem por medida de proteção e acolhidos em famílias acolhedoras previamente cadastradas.

O acolhimento é particularmente adequada à crianças e adolescentes cuja avaliação da equipe técnica indique a possibilidade de retorno à família de origem, nuclear ou extensa, visando assim a reintegração familiar e evitando a institucionalização, ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção.

Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências

Este serviço visa promover apoio e proteção social à população atingida por situações de emergência e calamidade pública, com a oferta de alojamentos provisórios, atenções e provisões materiais, conforme as necessidades detectadas .

O atendimento prioriza as três Seguranças Sociais afiançadas pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS):

1. A Segurança de Sobrevivência a Riscos Circunstanciais;
2. Segurança de Acolhida;
3. Segurança de Convívio ou Vivência Familiar, Comunitária e Social.

O público-alvo têm as famílias e indivíduos como usuários, e as características para atendimento destinam-se àqueles que:

- Foram atingidos por situações de emergência e calamidade pública (incêndios, desabamentos, deslizamentos, alagamentos, dentre outros) que tiveram perdas

parciais ou totais de moradia, objetos ou utensílios pessoais, e se encontram temporária ou definitivamente desabrigados; e

- Foram removidos de áreas consideradas de risco, por prevenção ou determinação do Poder Judiciário.

Dentre os objetivos do serviço estão:

- Assegurar o acolhimento imediato em condições dignas e de segurança;
- Articular a rede de políticas públicas e redes sociais de apoio para prover as necessidades detectadas;
- Identificar perdas e danos ocorridos e cadastrar a população atingida;
- Manter alojamento provisórios quando necessário;
- Promover a inserção na rede socioassistencial e o acesso a benefícios eventuais.

Os alojamentos provisórios devem possuir condições de instalações sanitárias para banho e higiene pessoal, espaço para realização de refeições, espaço para o convívio com acessibilidade em todos os ambientes, privacidade individual ou familiar e salubridade.

O acolhimento institucional funciona como um espaço de reconstrução para muitos usuários atendidos, independente da modalidade ofertada (abrigos institucionais, casas-lares, casas de passagem, residências inclusivas ou repúblicas).

Ele representa o início de um processo de mudança extremamente significativa para aqueles que buscam pelos serviços, ao promover o fortalecimento de vínculos comunitários, familiares e sociais, a integração e participação social do usuário em busca do desenvolvimento de sua autonomia.

Ao adentrar nos serviços ofertados, seja mediante requisição dos serviços da assistência social ou de políticas públicas setoriais, pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Ministério Público ou pelo Poder Judiciário, o usuário está conquistando o direito de uma vida digna, ou seja, a garantia plena de seus direitos como cidadão.

2- ABANDONO INFANTIL E MEDIDAS DE AMPARO

O tema abandono de crianças e adolescentes é um fenômeno estudado há muitos anos e acontece no Brasil desde o século XVIII. Uma das consequências do abandono é o adoecimento psicológico, condição que podem causar danos irreparáveis para o desenvolvimento pessoal, profissional e familiar. Quando vivenciam situações como maltratados e abandonados, crianças e adolescentes podem ser recolhidos pelos órgãos de proteção e deixam de viver junto do contexto familiar.

Existem leis que garantem proteção a criança e adolescente assegurando-lhes o direito de a uma vida digna com respeito, dignidade e liberdade. A Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, conhecida como ECA, afirmando que toda criança tem direito a vida familiar, reconhecendo o direito ao amparo afetivo e material nos anos de formação, considerando a família como a forma mais próxima de encontrar acolhimento e afeto.

Sobre as principais formas e motivos que levam pais e familiares a abandonarem suas crianças e adolescentes, estão relacionadas com algumas causas como por exemplo, a dependência química ocasionada muitas vezes pelo alcoolismo; o uso de drogas; a gravidez na adolescência; como também a violência doméstica; maus tratos; vivência na rua e até mesmo falta de recursos financeiros, levando ao abandono desses menores aos abrigos, muito frequentes no dias atuais. Conforme destaca Silva(2012):

O abandono familiar infanto-juvenil é assim um problema social, pois todos os dias encontram-se inúmeros casos que vão desde recém-nascidos abandonados nos lixões das ruas até adolescentes que são retirados do ambiente familiar pelos órgãos de proteção à criança, por motivos como a negligência familiar, a violência doméstica, destacando os abusos físicos e sexuais que acometem essas crianças e adolescentes, fazendo assim com que a criança ou o adolescente seja levado para uma casa de abrigo que possa dar suporte as suas necessidades físicas, emocionais e abrigá-los (SILVA, et al 2012p.01).

Nas cidades mais populosas existem abrigos que servem de assistência à essas crianças e adolescentes até que apareça uma família com interesse em adotá-las, porém, infelizmente a procura é maior para adoção de recém-nascidos e com características mais parecidas com os pretendidos adotante. Com isto, muitas crianças acabam ficando abrigadas sem família que os adotem até a vida adulta, quando finalmente podem sair do abrigo e irem à busca desobrevivência.

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é mostrar quais são os direitos assegurados à criança e ao adolescente, e quais as penalidades dadas a quem praticar o delito do abandono.

O abandono familiar de crianças e adolescentes

Inicialmente cumpre definir e conceituar os fenômenos que aqui serão abordados, determinando o que é família, criança, adolescência e abandono. Godoy (2008, p. 27) define a família como sendo uma instituição social de pessoas agrupadas por laços advindos do casamento ou da união estável de um casal, sendo que a pessoa nasce dentro de uma família. Diversos doutrinadores também conceituam família, e conforme a sociedade diz, família é aquela que acolhe, não somente no sentido de mantimentos, mas também de amor, podendo ser até mesmo constituída por amigos, sem pai ou mãe, desde que tenha o afeto, a união e toda a base que caracteriza uma família.

Para definir o termo criança, é necessário levar em consideração a infância, que muito é caracterizada como os anos em que o indivíduo passa a descobrir as coisas, conhecer o mundo, brincar. De acordo com o ECA no Art. 2º, considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

E sobre adolescência, conforme definição do Dicionário Jurídico (2019, p. 43) é:

Pessoa que vive a fase da adolescência, cuja idade, para o Direito brasileiro, se situa entre 12 e 18 anos. Adolescência é a fase do desenvolvimento humano que marca a transição entre a infância e a idade adulta e que se caracteriza por alterações em diversos níveis – físico, mental e social. Representa para o indivíduo um processo de distanciamento de formas de comportamento e privilégios típicos da infância e de aquisição de características e

competências que o capacitem a assumir seus deveres e papéis sociais do adulto.

Sobre o fenômeno abandono de crianças e adolescentes no Brasil, este vem desde o tempo colonial com a vinda dos portugueses e escravos, que chegavam por buscas de melhores condições de vida, os navios povoados de homens, mulheres e crianças, de onde cada um recebia uma determinada função de trabalho e muitas vezes seus pais se casavam com algum passageiro deste navio onde acabava deixando a criança para trás se separando de seus pais e família.

O abandono de crianças é uma realidade lamentável no mundo onde Miller (1977) já tratava do assunto contemporâneo e, embora existam diferentes definições nas diversas áreas do conhecimento (Psicologia, Sociologia, Direito, entre outros), todas têm em comum a preocupação em tornar visível a necessidade da criança e do adolescente cresçam em ambiente confortável e seguro. Com isso Del Priore (2007) trata:

“[...] a falta de mãos-de-obra de adultos, ocupados em servir nos navios e nas possessões ultramarinas, fazia com que os recrutados se achassem entre órfãos desabrigados e família de pedintes. Nesse meio, selecionavam-se meninos entre nove e 16 anos, e não raras vezes, com menor idade, para servir como grumetes nas embarcações lusitanas” (DEL PRIORE, 2007, p.22).

Esse trecho mostra que as crianças naquela época entre os anos de 1977 já eram usadas como mão de obra de trabalho, mais a verdade é que essa história tão antiga ainda não acabou. As crianças e adolescentes devido poucas condições de seus pais por falta de estrutura, moradia e até alimentos, são “levadas” ao trabalho infantil, deixando muitas de frequentarem a escola e viver uma infância saudável. As causas de crianças realizarem trabalho infantil são complexas e exigem uma análise cuidadosa.

Após alguns anos durante a década de 1970 com a chegada de escravos houve o contato de escravas e patrões o que se observou um crescente aumento no número de crianças abandonadas no Rio de Janeiro, uma preocupação que levou a criação de uma caixa chamada “roda de expostos” que segundo Marcilio (2006) essas caixas eram feitas e deixadas nas janelas da maternidade para que as mães que não pudessem criar seus bebês deixassem ele (a) na caixa para que outra família o pegasse para criar.

Essa criação se deve após a observação de um crescente número de crianças recém-nascidas abandonadas nas ruas, porta de igrejas e até em residências, levando a morte por conta do frio e fome, ou seja, a roda de expostos ajudava diminuição dessa realidade. Após isso foram criados os abrigos, que nada mais é que uma casa de acolhimento para que essas crianças se sentissem menos expostas na rua.

A história dos abrigos no Brasil se iniciou durante os meados do século XIX, quando as políticas de infância e juventude se tornaram questão de ordem pública como cita BERGER E GRACINO (2005):

Em 1854 havia a intenção de recolher os meninos que vagavam pelas ruas, segundo um decreto imperial desse mesmo ano. Em 1871 foi criado o asilo de meninos desvalidos. As meninas desvalidas indigentes eram acolhidas na Santa Casa desde 1740. No final do século XIX havia trinta asilos de órfãos, sete escolas industriais e de artífices e quatro escolas agrícolas, vinculando-se a atenção à criança ao trabalho subalterno (BERGER E GRACINO, 2005 p.172).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente *“O abrigo é medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para a colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade”*. (BRASIL. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1990, Parágrafo único do art.101). Mendes (2008) fala sobre a proteção de menores:

Somente com a proteção integral, garantida por esses direitos e com o envolvimento da família, da comunidade, da sociedade e do próprio estado é que a criança e o adolescente terão condições de um desenvolvimento adequado. Nesse Caminho o Estatuto da Criança e do Adolescente criou duas fontes de defesa visando a prevenção dos menores, em geral, dando diretrizes genéricas para a proteção do menor sempre visando a proteção da criança e do adolescente (MENDES, 2008, p; 11).

Abandonar crianças é uma prática antiga e infelizmente mantida até os dias atuais, porém, abandonar uma criança ou deixar em um abrigo, é tirar dela o direito de ter uma família. No próximo tópico estarão expostos os direitos para atender essas

crianças em situação de vulnerabilidade.

Sabe-se que esses casos ocorrem no mundo inteiro. No Brasil essa prática é mais cometida nas regiões norte e nordeste, pois é onde se vê os números em maiores quantidades, resultando em alta taxa de mortalidade (SANTOS, 2010).

Ainda de acordo com Santos (2010) “*A condição que as crianças consideradas abandonadas vivenciam é produto das estruturas social, econômica e política do país, geradoras do rebaixamento brutal das conquistas materiais das classes trabalhadoras*” (SANTOS, 2010, p. 69). Isso traz o entendimento de que nem sempre a família abandona por vontade própria como costumamos a julgar, as vezes o determinado ato é efetuado devido a falta de estrutura, emprego e oportunidade, não tem condições de criar os filhos com dignidade porque falta o básico que é a comida. Como relata Santos (2010, p.70):

Nesse contexto, fica sem sentido dizer que é a família quem abandona a criança. Insistir nesse modo de pensar é contribuir para a continuidade do processo de acumulação desigual que caracteriza o sistema capitalista de produção, no qual a riqueza de uma minoria se constrói sobre a miséria da grande maioria da população.

Acredita-se que a criação de políticas públicas auxilia as pessoas mais carentes para a mudança desta realidade, podendo ser através da ampliação de programas e projetos que já existem mais que sabemos que não é suficiente e muitas vezes nem chega para quem realmente precisa dela ao auxiliar as famílias, pois toda criança, independente de sua classe social, tem direito à vida digna.

A importância da família na vida de crianças e adolescentes

Sabe-se que a família é de suma importância no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente, na formação da sua subjetividade. A realidade familiar constitui o primeiro e o mais importante grupo social da pessoa, bem como o seu quadro de referência, construído através das interações e identificações que as crianças e os adolescentes vivem durante o seu desenvolvimento. Com isso, Dias (2012) destaca:

A família enquanto casa do afeto na dinâmica relacional será sempre um fator decisivo na construção do indivíduo. A dinâmica

familiar preenche-se na existência de relações que proporcionam um projeto e um futuro aos seus membros. É a base do futuro numa dinâmica temporal e intergeracional. Transporta o passado, e o presente projeta-se no futuro; deste modo, é uma realidade inesgotável nas abordagens que possam ser construídas e analisadas (DIAS, 2012 p.02).

A família é o alicerce de apoio que a criança e o adolescente têm para se sentirem seguros diante do mundo, é onde deve ocorrer o sentimento de ser acolhido e protegido, na busca de um desenvolvimento de sua autoestima de forma saudável.

Todo e qualquer cidadão deve ser tratado de forma igualitária, e com as crianças e adolescentes isto se torna ainda mais importante, pois é dever da família e do Estado contribuir para o seu crescimento pessoal, denunciado qualquer tipo de abuso cometido por familiares ou terceiros (PASCHOAL E MARTA, 2012, p.222).

Importante ainda destacar que crianças em situação de risco, ou seja, aquelas que se encontram privadas de seus direitos mais essenciais e adolescentes em conflito com a lei, que são jovens que praticaram alguma conduta criminosa ou estão sendo assim acusados de praticá-la, por isso sujeitos à autoridade estatal, receberam tratamentos diferenciados pelo ECA, inclusive no que toca às políticas de atendimento e amparo.

Vale ressaltar que o abandono também é uma forma de risco para a criança e o adolescente, pois agravam seu psicológico que traz prejuízos, carregados durante a vida inteira. Com isso é indispensável que a população conheça os direitos para que assim sejam tomadas todas as medidas necessárias para o amparo.

Diante do conceito de família, vemos que na modernidade o conceito de mãe, pai e filhos vem se modificando. Mas também outros modelos de entidade familiar, que devem ser reconhecidas pela lei, ou pela jurisprudência.

O § 4º do Art. 226 da Constituição de 1988 dispõe que “[...] entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes”, estamos nos

referindo à família monoparental, que é o campo, por excelência, da mãe solteira, das mães ou, excepcionalmente dos pais, que pretendem assumir sozinhos, sua maternidade ou paternidade, dos divorciados, dos separados, dos viúvos, dos filhos sem pai, enfim, de tudo aquilo que nega as situações de normalidade previstas pelo antigo Código Civil, quando se referia à família legítima.

A família vem se transformando em novos arranjos familiares, aquele conceito de mãe, pai unidos pelo casamento e filhos vem se modernizando e não faz mais parte do conceito família legalizadas no código civil. Assim Paschoal e Marta (2012) reforçam *“Dessa forma, não pairam dúvidas de que esses agrupamentos têm como fundamento o direito ao afeto, que se denomina a liberdade de afeiçoar-se um indivíduo a outro”*.

O afeto ou afeição constitui um direito individual, uma liberdade que o Estado deve assegurar ao indivíduo, sem discriminações, salvo quando necessário ao bem comum de todos. A família da criança e do adolescente, além de possuir direitos, também está sujeita a deveres. Em decorrência do poder familiar, no que concerne aos filhos menores, os pais respondem por encargos e obrigações, inclusive a eventuais prejuízos que possam causar a terceiros. E esses direitos serão mostrados adiante.

Garantia dos direitos e proteção da criança e adolescente: Jurisprudência

Sabemos que toda pessoa tem direito de acesso à justiça, independente de situação econômica, e com a criança e o adolescente não é diferente, sendo que estes têm direitos específicos. Mas para garantir que todos realmente tenham acesso a essa justiça, foi criada a Defensoria Pública que defende os direitos das pessoas mais carentes e que não tem condições financeiras para pagar advogado.

Um desses direitos é o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990, dispendo sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. O Art. 4º dispõe:

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 (BRASIL, 1990, p.01).

É necessário ressaltar que toda a criança e adolescente são sujeitos de direito como prevê o ECA e por isto, tem o direito de viver em uma família, seja ela substituta ou natural. *Art. 1º - “Para efeitos da presente convenção considera-se como criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade, a não ser que, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioria seja alcançada antes”.* No Brasil é considerado criança ou adolescente todo ser até completar 18 anos de idade devendo ser protegido e resguardado pela família.

Os direitos consagrados pelo ECA são: absoluta prioridade - de receber proteção e socorro em qualquer circunstância principalmente nas vias de saúde; proteção integral - aos menores de 18 anos deve ter a oportunidade de ter acesso a todas as oportunidades com liberdade e dignidade; direitos fundamentais- assegurados pela Constituição Federal; ao registro civil - através da certidão de nascimento que é gratuito a qualquer tempo; a adoção - onde um filho adotado tem o mesmo direito de um biológico; punições diferentes de adultos - caso cometam algum crime irão desenvolver algum tipo de trabalho coletivo; a proteção sexual - não podendo ser envolvidos a qualquer ato de pornografia; direito a educação - os pais são obrigados a matricularem seus filhos e acompanhá-los em sua vida de ensino regular. Em 1991 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) que visa *“IV - avaliar a política estadual e municipal e a atuação dos Conselhos Estaduais e Municipais da Criança e do Adolescente”* (BRASIL, 1991 p. 01). Neste Conselho o governo e a sociedade definem as diretrizes para a promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes, fiscalizando ações feitas pelo poder público no atendimento as crianças e adolescentes.

No que se refere ao abandono de incapaz, o artigo 133 do Código Penal, coloca como finalidade a proteção, o zelo e a segurança pessoal de crianças e adolescentes. Tratando como delito de abandono de incapaz que é abandonar um ser incapaz, dispõe no seu art. 133 *“abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono: Pena detenção, de seis meses a três anos”* (BRASIL, 1940).

§ 1º - Se do abandono resulta lesão corporal de natureza grave:
Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º - Se resulta a morte: Pena - reclusão, de quatro a doze anos.
Aumento de pena

- § 3º - As penas cominadas neste artigo aumentam-se de um terço: I - se o abandono ocorre em lugareremo;
- II - se o agente é ascendente ou descendente, cônjuge, irmão, tutor ou curador da vítima.
- III – se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos (Incluído pela Lei nº 10.741, de 2003). Exposição ou abandono de recém-nascido (BRASIL, 1940 p.1).

Este comportamento de abandonar ou deixar sem amparo pode resultar, para o menor abandonado, não só a falta de direito de viver em família, mas também pode lhe tirar a dignidade de ter um lar, alimentação, estudos e afetos, acarretando em exposições a maus tratos, violência, frio, fome e perigo nas ruas, com risco demorte.

Dessa forma, pode-se dizer que o abandono de incapaz é crime com a intenção de abandonar a vítima, ciente que por ela é responsável e do perigo que pode correr. O delito a tal respeito exclui o crime Em um caso específico sobre abandono, o Superior Tribunal de Justiça (2009) mudou a concepção a respeito do pedido de danos morais decorrente de abandono afetivo e deu provimento favorável a pedido dessa natureza, como se depreende da seguinte emenda jurisprudencial:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. FAMILIA.
ABANDONO AFETIVO. COMPENSAÇÃO POR DANO
MORAL. POSSIBILIDADE.

1. inexistem restrições legais a aplicação das regras concernentes a responsabilidade civil e o consequente dever de indenizar/compensar no Direito da família. 2. O cuidado como valor jurídico objetivo esta incorporado no ordenamento jurídico brasileiro não com essa expressão, mas com locuções e termos que manifestam suas diversas desinências como se observa do art. 227 da CF/88. 3. Comprovar que a imposição legal de cuidar da prole foi descumprida implica em se reconhecer a ocorrência de ilicitude civil, sob a forma de omissão. Isso porque o *non facere* que atinge um bem judicialmente tutelado, leia-se, o necessário dever de criação, educação e companhia- de cuidado- importa em vulneração da imposição legal, ex surgindo, dai, a possibilidade de

se pleitear compensação por danos morais por abandono psicológico. 4. Apesar das inúmeras hipóteses que minimizam a possibilidade de pleno cuidado de um dos genitores em relação a sua prole, existe um núcleo mínimo de cuidados parentais que, para além do mero cumprimento da lei, garantam aos filhos ao menos quanto a afetividade, condições para uma adequada formação psicológica e inserção social. 5. A característica do abandono afetivo a existência de excludentes ou ainda, fatores atenuantes- por demandarem revolvimento de matéria fática- não podem ser objeto de reavaliação na estreita via do recurso especial. 6. A alteração do valor fixado a título de compensação por danos morais é possível, em recurso especial, nas hipóteses em que a quantia estipulada pelo tribunal de origem revela-se irrisória ou exagerada. 7. Recurso especial parcialmente provido (BRASIL,2009).

Entende-se que não se pode evitar que o sujeito ativo prove com o dolo eventual, por estar em dúvidas quanto a sua obrigação de cuidar da vítima por assumir risco de causar lhe perigo. A decisão do Ministério Público Federal opinou pelo não reconhecimento do agravo. Pois verificou que o agravante não logrou atacar os fundamentos da decisão agravada, que se embasou na necessidade da incursão no conjunto dos autos.

Outrossim, com a jurisprudência a seguir, é perceptível que o abandono gera indenização por danos morais causados:

RECURSO ESPECIAL. FAMÍLIA. ABANDONO MATERIAL. MENOR. DESCUMPRIMENTO DO DEVER DE PRESTAR ASSISTÊNCIA MATERIAL AO FILHO. ATO ILÍCITO (CC/2002, ARTS. 186, 1.566, IV, 1.568, 1.579, 1.632 E 1.634, I; ECA, ARTS. 18-A, 18-B E 22). REPARAÇÃO. DANOS MORAIS.

POSSIBILIDADE. RECURSO IMPROVIDO. 1. O descumprimento da obrigação pelo pai, que, apesar de dispor de recursos, deixa de prestar assistência material ao filho, não proporcionando a este

condições dignas de sobrevivência e causando danos à sua integridade física, moral, intelectual e psicológica, configura ilícito

civil, nos termos do art. 186 do Código Civil de 2002. 2. Estabelecida a correlação entre a omissão voluntária e injustificada do pai quanto ao amparo material e os danos morais ao filho dali decorrentes, é possível a condenação ao pagamento de reparação por danos morais, com fulcro também no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. 3. Recurso especial improvido. (STJ - REsp: 1087561 RS 2008/0201328-0, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 13/06/2017, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 18/08/2017)

Sendo assim, é complementado devido a reparação pelos danos morais causados a criança e ao adolescente que é abandono por seus tutores responsáveis.

Avanços e desafios das leis de segurança da criança e adolescente

A garantia dos direitos da criança e do adolescente sempre foi muito renegado na história mais antiga da humanidade, tendo um avanço após a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), fruto de reivindicações e movimentos sociais. Entretanto é inegável que o caminho para a garantia de direitos infanto-juvenis ainda é cheio de desafios.

Em 1921, Mello Mattos elaborou um código que foi aprovado pelo decreto N° 5.083, definindo desde então que todo menor deveria ter uma tutela exercendo sobre esse menor o poder de ordenar o que fosse de certo ou de errado, educando até punindo quando necessário puser com moderação (VERONESE, 1999).

Outra forma de segurança da criança e do adolescente é o Conselho Tutelar, vinculado as prefeituras de cada município, com eleição a cada três anos pela população local que vota nos membros que farão parte do Conselho.

Sua função é fiscalizar a atuação dos direitos da criança e o adolescente levando ao Poder Público os casos de indisciplina, tanto por parte da criança e adolescente quanto algum tipo de poder abusivo dos pais ou familiares. De acordo com Sousa (2008)

na sua cartilha como guia prático do conselheiro tutelar:

A ideia foi separar as medidas de proteção (aplicáveis às crianças e adolescentes violados ou ameaçados de violação em seus direitos) das medidas sócio-educativas (aplicáveis aos autores de ato infracional), e, uma vez separados os dois conjuntos de medidas, atribuir uma instância específica a cada um (SOUSA, 2008,p.12).

Com isso o Conselho Tutelar tem como foco principal a proteção da criança e do adolescente na questão de sobrevivência destes, como o acesso à alimentação, escola, transporte, lazer, cultura e saúde. Mas os casos que requer uma melhor análise devem ser encaminhados a Justiça da Infância e da Juventude, como quando um adolescente comete algum ato considerado infração, encaminhando para medidas sócio-educativas asseguradas pelo ECA (art. 112, VII, da Lei nº 8.069/90).

Consequências psicológicas causadas pelo abandono

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), pratica o abandono os pais ou responsáveis que deixam, sem justa causa, de prover o sustento, a guarda e a educação dos filhos menores de dezoito anos (art.22). Em caso de separação dos pais: “É preciso certo esforço inicial dos pais para a adaptação da criança aos dois lares, sendo necessário e adequado respeitar o vínculo da criança com as duas famílias.” (POUSSIN e LAMY, 2005 apud Brito, 2007, p.6).

Um dos fatores que acarreta o abandono pode ser a separação, o uso de drogas lícitas ou ilícitas, pois os pais acabam se afastando dos filhos, gerando nas crianças e adolescentes danos na saúde psicológica.

A falta de convívio dos pais com os filhos, em face do rompimento do elo de afetividade, pode gerar severas sequelas psicológicas e comprometer seu desenvolvimento saudável. A omissão do genitor em cumprir os encargos decorrentes do poder familiar deixando de atender ao dever de ter o filho em sua companhia, produz danos emocionais merecedores de reparação (DIAS, 2015, p. 416).

Sabe-se que é dever da família garantir os direitos fundamentais da criança e

adolescente como saúde, alimentação, educação, lazer, respeito e dignidade. Quando esses direitos passam a ser violados podem ser graves as consequências da ausência da família. São várias as sequelas deixadas no psicológico da criança e do adolescente quando abandonadas como por exemplo, a vontade de se isolar do convívio de outras pessoas, começando a apresentarem problemas escolares, depressão, tristeza e baixa autoestima. Sendo fácil perceber quando uma pessoa foi criada sem apoio e ajuda da família através do seu comportamento. De acordo com Weishaupt e Sartori (2014):

A dignidade é, enfim, o respeito que cada um merece do seu semelhante, a começar no seio da própria família. Sendo assim, deixa de dar prevalência ao caráter produtivo e reprodutivo do laço familiar, para envolvê-lo em outro valor jurídico digno de tutela que é o afeto e, é nesse sentido, que a Constituição Federal Brasileira privilegia a afetividade como valor jurídico (WEISHAUPT e SARTORI, 2014, p. 20).

Por estes motivos, torna-se mais fácil identificar um indivíduo que cresceu sem o apoio, a cooperação, a dedicação e o amor comum sem uma família bem estruturada. As formas de consequências mais aparentes, principalmente nos jovens adolescentes, é o uso de cigarro e bebidas alcoólicas, tornando um adulto viciado.

Os vínculos familiares são muito importantes para a criança e o adolescente em desenvolvimento, pois é no berço da família que ele se mantém amparado e forma a sua personalidade, ao mesmo tempo interagindo-se com a sociedade (WEISHAUPT e SARTORI, 2014).

Portanto, é perceptível que quando os vínculos familiares se quebram ocorre uma grande consequência para as crianças e adolescentes, afetando diretamente a autoestima e a maneira de confiar e se relacionar com as outras pessoas. Com isto, Rotondaro (2000) aponta que:

O desenvolvimento emocional “saudável” depende essencialmente de um ambiente suficientemente bom. A mãe, ou a pessoa responsável por exercer a função materna, vai procurar suprir as necessidades do filho da forma mais adequada. Este seria a capacidade de empatia, intuição inconsciente e comunicação

silenciosa entre uma mãe o pai e seu filho, propiciando condições ambientais favoráveis ao desenvolvimento (ROTONDARO, 2000, p.8-13).

Logo se vê a importância que tem a família na vida dos filhos sejam crianças ou adolescentes, já que o abandono causa um grande sofrimento, com problemas até irreversíveis no futuro.

O abandono é um crime que pode ocorrer de duas formas: abandono material e abandono intelectual. O abandono material ocorre quando alguém deixa, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, filho menor de 18 anos ou inapto para o trabalho ou de ascendente inválido. E o abandono intelectual, ocorre quando alguém deixa, sem justa causa, de prover a instrução primária de filho em idade escolar (BRASIL, 1940, arts. 244 e 246).

Segundo Gomide et al. (2003 p. 02) “*A extinção do poder familiar é medida grave. Não é temporária, mas definitiva, o que não significa que os pais não poderão reaver seus direitos e deveres, porém será necessária prova muito significativa e forte para que essa ação judicial seja revertida*”. Quanto a isto, Paulo Luís Nettocita:

(...) A convivência familiar, que o art. 227 da Constituição considera integrante do melhor interesse da criança e do adolescente, é fato entretido em relações sociais duradouras, com objetivo de constituição de família, o que as distingue de outras relações sociais. A afetividade, por seu turno, é dever jurídico a que devem obediência pais e filhos, em sua convivência, independentemente de haver entre eles afeto real (LOBO, 2008, p.6).

Neste sentido, mesmo sendo grave abandonar um filho, os pais podem conseguir judicialmente a sua guarda novamente. A aproximação da família pode fortalecer os vínculos afetivos.

CONCLUSÃO

Considera-se que a família tem uma fundamental importância na vida da criança e do adolescente, quando este laço afetivo se rompe ocasiona sérias consequências que vão desde doenças psicológicas a outros fatores que levados pela vida inteira. Para um desenvolvimento saudável da personalidade do ser humano, é necessário um ambiente

familiar, social e educacional que acolha, cuide e proteja.

Os menores são acolhidos pelos seus direitos da constituição civil. O afeto é um dos fundamentos mais importantes na relação entre pais e filhos, pois é um valor moral, sendo importante que o afeto seja visto como ponto de partida para a construção do ser e proteção dos interesses e necessidades da criança e do adolescente. Os pais devem assegurar aos filhos a uma vida com saúde mental, possibilitando uma formação moral e ética .

3- MEDIDA PROTETIVA DE ABRIGO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 1º, preconiza a doutrina da proteção integral e impõe a observância do melhor interesse do menor. Esse princípio, que orienta tanto o legislador quanto o aplicador da lei, estabelece a primazia das necessidades infanto-juvenis como critério de interpretação da norma jurídica, ou mesmo como forma de elaboração de políticas e solução de futuras demandas.

Segundo a ministra do Superior Tribunal de Justiça (STJ) Nancy Andrighi, nas ações que envolvem interesse da infância e da juventude, não são os direitos dos pais ou responsáveis que devem ser observados. "É a criança que deve ter assegurado o direito de ser cuidada pelos pais ou, ainda, quando esses não manifestam interesse ou condições para tanto, pela família substituta, tudo conforme balizas definidas no artigo 227 da Constituição Federal, que seguem estabelecidas nos artigos 3º, 4º e 5º do ECA", afirmou.

A jurisprudência do tribunal se fundou tanto na doutrina da proteção integral como no princípio do melhor interesse de forma ampla, tendo como norte a prioridade absoluta à defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, protegendo-os ora de mudanças abruptas em sua rotina e condições de vida, ora de situações de violência – como destacou o ministro Marco Buzzi.

Competência para julgar medidas protetivas

Em recente julgado, a Segunda Seção estabeleceu a competência do juízo da localidade onde uma adolescente se encontrava – e não o do domicílio de sua guardiã legal – para examinar medidas protetivas propostas pelo Ministério Público estadual.

A menor estava sob a guarda legal de uma mulher, em uma cidade do Paraná, desde a morte de sua mãe biológica, quando tinha quatro meses de idade. Devido à denúncia de violência física e psicológica por parte da guardiã, o Ministério Público estadual ajuizou medida protetiva em favor da adolescente, tendo o juízo da localidade determinado o acolhimento emergencial em abrigo municipal.

Em menos de um mês, a adolescente fugiu e se abrigou com parentes biológicos maternos residentes no Rio Grande do Sul – o que levou o juízo do Paraná a declinar da competência para julgar a medida protetiva. O juízo da cidade gaúcha, por sua vez, suscitou o conflito de competência perante o STJ, ao argumento de que o artigo 147, incisos I e II, do ECA estabelece que o foro competente para apreciar e julgar medidas, ações e procedimentos que tutelam interesses, direitos e garantias legais é determinado pelo domicílio dos pais ou responsáveis.

O relator, ministro Marco Buzzi, lembrou que a orientação pacífica do colegiado é no sentido de que, em se tratando de questionamentos acerca da guarda, prevalecerá a competência do foro da comarca daquele que detém a guarda legal da criança ou do adolescente (Súmula 383).

No entanto, o ministro observou que o caso dizia respeito à competência para julgar medida protetiva em favor de adolescente em situação de risco, e não à discussão sobre guarda legal. O magistrado destacou que, em situações semelhantes, o tribunal considerou mais adequada a declaração de competência do juízo do local onde se encontrava o menor, uma vez que, pela proximidade, seria possível atender de maneira mais eficaz aos objetivos do ECA, bem como entregar a prestação jurisdicional de forma rápida e efetiva.

"Na resolução de conflitos que versam sobre o atendimento das necessidades de crianças e adolescentes, o norte hermenêutico deve ser sempre o interesse do menor", afirmou o relator. Segundo ele, tendo em vista esse princípio e ainda o princípio do juízo imediato (artigo 147 do ECA), a fixação da competência no juízo que tem a possibilidade de interação mais próxima com o menor e seus responsáveis viabiliza a concretização dos objetivos traçados na lei.

Ação de afastamento familiar e ação de guarda

Em 2020, a Terceira Turma definiu: mesmo que a sentença em ação de afastamento de convívio familiar transite em julgado, com a determinação de acolhimento institucional do menor, é possível o ajuizamento de ação de guarda por quem pretende reavê-la.

O colegiado deu provimento ao recurso de um casal para determinar o prosseguimento da ação de guarda ajuizada em abril de 2018, na qual pretendiam reaver a guarda que

exerciam irregularmente sobre uma criança no período de 2014 a 2016 – quando o Ministério Público obteve tutela antecipatória em ação de afastamento de convívio familiar para o acolhimento institucional da menor.

A ação de guarda foi extinta. O Tribunal de Justiça de São Paulo entendeu que o casal careceria de interesse processual, na modalidade utilidade, para rediscutir as mesmas questões que já haviam sido objeto de decisão na ação de afastamento.

A relatora, ministra Nancy Andrighi, explicou que as ações de guarda e de afastamento do convívio familiar têm pretensões ambivalentes: na primeira, pretende-se exercer o direito de proteção da pessoa dos filhos (guarda sob a ótica do poder familiar) ou de quem, em situação de risco, demande cuidados especiais (guarda sob a ótica assistencial); na segunda, pretende-se a cessação ou a modificação da guarda em razão de risco para a pessoa que deve ser preservada.

A ministra verificou que a sentença de mérito da ação de afastamento de convívio familiar foi proferida em 2016 (quando a menor tinha menos de dois anos, logo após o seu albergamento provisório) e considerou desnecessária, naquele momento, a produção de provas sobre as circunstâncias da entrega da criança e da tentativa de adoção à brasileira.

Entretanto, afirmou, tendo sido a ação de guarda ajuizada após um tempo considerável, em 2018, e com base em causas de pedir distintas e em possíveis modificações fáticas, "é absolutamente inadequado, diante desse novo possível cenário, opor a coisa julgada que se formou na ação de afastamento do convívio familiar aos recorrentes, que têm o direito de ver as novas questões por eles suscitadas examinadas em seu mérito na ação de guarda".

Segundo a relatora, quanto ao entendimento da sentença que julgou procedente o pedido de afastamento do convívio familiar, de que seria juridicamente impossível reconhecer a filiação socioafetiva que tenha em sua origem uma adoção à brasileira, não há impedimento para que a questão seja examinada na ação de guarda. Por mais relevantes que sejam os motivos da decisão – destacou Nancy Andrighi –, estes não fazem coisa julgada, como expressamente estabelece o artigo 504, I, do Código de Processo Civil.

Adoção à brasileira, um problema frequente

Um dos temas mais sensíveis e frequentes que chegam ao STJ, envolvendo crianças e adolescentes, é a adoção à brasileira. As turmas de direito privado que compõem a Segunda Seção adotam o entendimento de que, salvo evidente risco à integridade física ou psíquica do menor, não é de seu melhor interesse o acolhimento institucional, devendo ser prestigiada, sempre que possível, a sua manutenção em um ambiente de natureza familiar, desde que este se mostre confiável e seguro, capaz de recebê-lo com conforto, zelo e afeto.

Em agosto de 2020, a Quarta Turma confirmou liminar e concedeu habeas corpus para revogar a decisão que, no curso da ação de nulidade do registro civil de um bebê de um ano e seis meses, determinou o seu acolhimento institucional. O colegiado entendeu que, mesmo havendo fortes indícios de irregularidades na adoção, inclusive com suspeita de pagamento, a transferência para um abrigo não seria a solução mais recomendada; por isso, permitiu a permanência da criança com a família adotiva até a conclusão da ação de nulidade do registro.

De acordo com a ministra Isabel Gallotti, relatora, deveria prevalecer no caso o princípio do melhor interesse do menor, que conviveu desde o nascimento com a mãe registral.

A ministra relatou que a criança foi entregue de forma irregular para a mãe registral logo após o parto. A decisão de acolhimento institucional foi proferida quando ela contava com oito meses de vida. Por força de liminar deferida pela Presidência do STJ, o menor voltou ao convívio da família registral, após ter passado poucos dias no abrigo.

Segundo a ministra Gallotti, a mãe registral e sua companheira estavam inscritas no Cadastro Nacional de Adoção, e não havia menção de risco algum à integridade física e psicológica do menor. Além disso, estava comprovado no processo que a mãe biológica era uma adolescente usuária de drogas que não tinha condições nem interesse na criação do filho.

Laços socioafetivos não consolidados

Em situações excepcionais, no entanto, quando os laços socioafetivos ainda não se consolidaram, e sendo a adoção irregular, a jurisprudência recomenda o acolhimento institucional, tanto para evitar o estreitamento do vínculo afetivo quanto para resguardar

a aplicação da lei. Nesse sentido, a Terceira Turma negou provimento ao recurso em habeas corpus interposto por uma mulher acusada de praticar adoção à brasileira, no qual pedia a guarda da criança.

De acordo com o processo, a mãe biológica do menor foi convencida a deixá-lo aos cuidados da filha da idosa para quem trabalhava, até resolver problemas financeiros. Algum tempo depois, foi demitida por mensagem de aplicativo e não teve o filho de volta.

A filha da idosa ajuizou ação para adotar a criança, mas o juízo de primeiro grau rejeitou o pedido por reconhecer que ela agiu de má-fé, aproveitando-se das dificuldades financeiras da mãe biológica para obter a guarda de fato. Na tentativa de evitar o recolhimento a uma instituição, a guardiã ajuizou habeas corpus no tribunal estadual, o qual foi denegado.

Para o ministro Marco Aurélio Bellizze, relator do recurso no STJ, as conclusões da Justiça de primeiro e segundo graus deixam clara a necessidade de afastar a criança dos cuidados da mulher que tentou praticar a adoção irregular. O ministro também ponderou que o imediato acolhimento do menor em abrigo, na cidade onde residia sua mãe, poderia oferecer a proteção integral e viabilizar a reaproximação gradativa dos dois.

Cuidado maior ainda na pandemia

A pandemia de Covid-19 adicionou um novo componente aos casos de adoção ou acolhimento institucional de crianças e adolescentes. Ao julgar um pedido de habeas corpus, a Terceira Turma concluiu que a ameaça da doença era mais uma razão para manter a criança com a família que cuidava dela desde o nascimento – pelo menos até a conclusão do processo de adoção.

Dessa forma, o colegiado concedeu o habeas corpus para permitir à família substituta acolher novamente o menor, que havia sido internado em abrigo após decisão judicial fundamentada na tese de que o casal buscava burlar o procedimento de adoção legalmente previsto, incorrendo na prática de adoção à brasileira.

A família substituta alegou não se tratar de adoção à brasileira, tendo em vista as suas tentativas de regularizar a adoção do menor. E apontou a fragilidade pulmonar da criança, o que a tornaria mais vulnerável diante dos riscos de contaminação pelo novo

coronavírus caso permanecesse em abrigo. Ao STJ, pediram a manutenção da criança na família até o julgamento final de todas as ações judiciais relacionadas ao caso.

O relator do caso, ministro Villas Bôas Cueva, destacou que a convivência familiar é direito fundamental das crianças e adolescentes, previsto pela Constituição de 1988, sendo que "a afetividade, no âmago familiar, é tão ou mais importante do que a consanguinidade".

Ele considerou ainda que, em virtude da pandemia de Covid-19, é preferível manter a criança em uma família que a deseja como membro do que em um abrigo. Além disso, chamou atenção para as dificuldades que envolvem o procedimento de adoção no Brasil, que é "burocrático e demorado".

Em seu voto, Cueva afirmou que o papel do Judiciário é aferir, a cada caso, como se realizará o bem-estar de crianças e adolescentes entregues por familiares, informalmente, aos cuidados de padrinhos ou terceiros interessados em exercer o poder familiar – o que, notoriamente, burla o cadastro e pode estimular práticas dissimuladas e criminosas, a exemplo da conduta tipificada no artigo 242 do Código Penal.

"O destino dessas crianças acaba sendo definido a cada julgamento, a partir de premissas fáticas e da sensibilidade do magistrado", declarou.

Indenização após fracasso da adoção

Em maio de 2021, a Terceira Turma reconheceu a uma mulher o direito de ser indenizada em R\$ 5 mil pelo casal que a adotou ainda na infância e depois, quando ela já estava na adolescência, desistiu de levar adiante a adoção e praticou atos que acabaram resultando na destituição do poder familiar.

Para o colegiado, apesar de não se descartar a falha do Estado no processo de concessão e acompanhamento da adoção, não é possível afastar a responsabilidade civil dos pais adotivos, os quais criaram uma situação propícia à propositura da ação de destituição do poder familiar pelo Ministério Público, cuja consequência foi o retorno da jovem, então com 14 anos, ao acolhimento institucional.

"O filho decorrente da adoção não é uma espécie de produto que se escolhe na prateleira e que pode ser devolvido se se constatar a existência de vícios ocultos", apontou a ministra Nancy Andrighi, no voto que foi seguido pela maioria da turma.

A criança – que já vinha de destituição familiar anterior – foi adotada aos nove anos de idade, após longo período em acolhimento institucional, por um casal com 55 e 85 anos. A convivência na nova família foi marcada por conflitos.

Apesar de ressaltar a importância do trabalho das instituições estatais no sistema de adoção, como o Ministério Público, a ministra apontou que, no caso dos autos, era perceptível a inaptidão dos adotantes – quadro que, no entanto, só foi reconhecido após a conclusão da adoção. Caso não tivessem ocorrido falhas estatais sucessivas, ponderou, a criança certamente não seria encaminhada a uma família imprópria para recebê-la.

4- CRIANÇAS COM HIV

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma infecção viral que destrói progressivamente determinados glóbulos brancos do sangue e provoca a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

- A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é causada pelos vírus HIV-1 e HIV-2 e, em crianças pequenas, é normalmente adquirida da mãe no momento do nascimento.
- Os sinais de infecção incluem crescimento lento, aumento dos linfonodos em diversas áreas do corpo, atraso no desenvolvimento, infecções bacterianas recorrentes e inflamação dos pulmões.
- O diagnóstico se baseia em exames de sangue especiais.
- As crianças que recebem tratamento farmacológico anti-HIV (chamado de terapia antirretroviral ou TAR) podem viver até a fase adulta.
- As mães infectadas podem prevenir a infecção de seus recém-nascidos usando a terapia antirretroviral, alimentando seus filhos com leite de fórmula ao invés de leite materno e, para algumas mulheres, fazendo parto por cesariana.
- As crianças são tratadas com os mesmos medicamentos que os adultos.

Para infecção por HIV em adultos, Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Há dois vírus da imunodeficiência humana:

- HIV-1
- HIV-2

A infecção com HIV-1 é muito mais comum do que a infecção com HIV-2 em quase todas as áreas geográficas. Ambos destroem, progressivamente, certos tipos de glóbulos brancos do sangue chamados linfócitos, que são parte importante das defesas imunológicas do organismo. Quando esses linfócitos são destruídos, o corpo fica

vulnerável ao ataque de muitos outros organismos infecciosos. Muitos dos sintomas e complicações da infecção por HIV, incluindo a morte, são resultados de outras infecções e não da infecção por HIV propriamente dita. A infecção por HIV pode levar a várias infecções problemáticas com microrganismos que geralmente não infectam pessoas saudáveis. Estas são chamadas infecções oportunistas porque se aproveitam de um sistema imune enfraquecido. As infecções oportunistas podem ser causadas por vírus, parasitas, fungos e, talvez com mais frequência que em adultos, ocasionalmente por bactérias.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é a forma mais grave de infecção por HIV. Considera-se que uma criança com infecção por HIV tem AIDS quando pelo menos uma doença complicadora se desenvolve ou quando ocorre um declínio significativo da capacidade do corpo de se defender contra infecções.

Somente cerca de 1% das pessoas infectadas por HIV nos Estados Unidos foram diagnosticadas enquanto crianças ou no início da adolescência. Atualmente, a infecção por HIV se tornou rara, devido à maior testagem e pelo tratamento de gestantes infectadas por HIV. Embora cerca de 9.000 casos de infecção por HIV tenham sido relatados em crianças e jovens adolescentes entre 1983 e 2015, em 2018, menos de 100 novos casos foram diagnosticados em crianças com menos de 13 anos de idade.

Embora o número de bebês e crianças infectados por HIV que vivem nos Estados Unidos continue a diminuir, o número de adolescentes e adultos jovens infectados por HIV está aumentando. O número está aumentando porque as crianças que foram infectadas quando bebês estão sobrevivendo mais tempo e novos casos estão surgindo em adolescentes e adultos jovens, sobretudo em homens jovens que praticam sexo com homens.

No mundo todo, o HIV é um problema muito mais comum entre crianças. Aproximadamente 1,7 milhão de crianças têm infecção por HIV. Todos os anos, aproximadamente 160 mil crianças são infectadas e aproximadamente 100 mil crianças morrem. Nos últimos anos, os novos programas criados para administrar a terapia antirretroviral (TAR) a mulheres grávidas e crianças reduziram o número anual de novas infecções e mortes na infância em 33% a 50%. No entanto, as crianças infectadas ainda estão longe de receber TAR com a mesma frequência que adultos.

Transmissão da infecção por HIV

Crianças pequenas

O HIV é mais comumente transmitido a crianças por

- Uma mãe infectada antes ou durante o nascimento
- Após o nascimento através do leite da mãe

No caso de crianças pequenas, a infecção por HIV é quase sempre adquirida da mãe. Mais de 95% das crianças infectadas por HIV nos Estados Unidos adquiriram a infecção de suas mães, seja antes ou perto do nascimento (chamada transmissão vertical ou transmissão de mãe para filho). A maior parte das demais crianças que agora convive com a AIDS adquiriu a infecção devido a atividade sexual, incluindo, raramente, abuso sexual. Em função de melhores medidas de segurança em relação à triagem de sangue e seus derivados, nos últimos anos quase não houve infecções resultantes do uso de sangue e seus derivados nos Estados Unidos, no Canadá ou na Europa Ocidental.

Os especialistas não sabem ao certo quantas mulheres infectadas por HIV dão à luz a cada ano nos Estados Unidos, mas os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) estimam em torno de 5.000. Sem a adoção de medidas preventivas, 25 a 33% delas transmitiriam a infecção ao bebê. A transmissão frequentemente ocorre durante o trabalho de parto e o parto.

O **risco de transmissão** máximo ocorre em mães que

- Adquirem a infecção por HIV durante a gestação ou a durante a amamentação
- Estão gravemente doentes
- Têm outros vírus no organismo

Todavia, a transmissão diminuiu significativamente nos Estados Unidos, passando de aproximadamente 25% em 1991 para 1% em 2018. A transmissão de mãe para filho foi reduzida devido a um esforço intenso de testar e tratar mulheres grávidas infectadas tanto durante a gravidez como durante o parto.

O vírus também pode ser transmitido pelo leite materno. Aproximadamente 12 a 14% dos bebês não infectados ao nascimento adquirem a infecção por HIV quando são

amamentados por uma mãe infectada por HIV. Mais frequentemente, a transmissão ocorre nas primeiras semanas ou meses de vida, mas pode ocorrer mais tarde. A transmissão pela amamentação é mais provável em mães que têm uma concentração elevada de vírus no corpo, incluindo as que adquiriram a infecção durante o período em que estavam amamentando seu bebê.

Você sabia que...

- Nos Estados Unidos, a transmissão do HIV de uma mãe infectada para o filho diminuiu de aproximadamente 25% em 1991 para menos de 1% em 2018.

Adolescentes

Em adolescentes, a transmissão ocorre da mesma forma que em adultos:

- Praticar relação sexual sem proteção
- Compartilhar agulhas infectadas

Adolescentes heterossexuais e homossexuais correm maior risco de infecção por HIV se fizerem sexo sem proteção. Os adolescentes que compartilham agulhas infectadas enquanto injetam drogas também correm mais risco.

Em casos muito raros, o HIV foi transmitido pelo contato com sangue infectado na pele. Em quase todos os casos, a superfície da pele estava rompida por arranhões ou feridas abertas. Embora a saliva possa conter o vírus, a transmissão da infecção por tosse, beijo ou mordida nunca foi confirmada.

HIV não é transmitido através de

- Alimentos
- Água
- Artigos domésticos
- Contato social em casa, no local de trabalho ou na escola

Sintomas da infecção por HIV em crianças

As crianças que nascem com infecção por HIV raramente apresentam sintomas nos primeiros meses, mesmo que não tenham recebido a terapia antirretroviral (TAR). Caso

as crianças permaneçam sem tratamento, somente cerca de 20% desenvolvem problemas durante o primeiro e o segundo anos de vida. Essas crianças provavelmente foram infectadas bem antes do nascimento. Em relação aos 80% restantes das crianças que não recebem tratamento, os problemas podem não surgir até os três anos ou até mesmo depois dos cinco anos de idade. Essas crianças provavelmente foram infectadas ao nascimento ou próximo a ele.

Crianças infectadas por HIV que não recebem tratamento

Os sintomas comuns da infecção por HIV em crianças sem tratamento incluem

- Crescimento lento e atraso de maturação
- Aumento dos linfonodos em várias áreas do corpo
- Diarreia recorrente
- Infecções pulmonares
- Aumento do volume do baço ou do fígado
- Infecção fúngica da boca (candidíase)

As crianças às vezes apresentam episódios repetidos de infecções bacterianas, tais como infecção do ouvido médio (otite média), sinusite, bactérias no sangue (bacteremia) ou pneumonia.

Uma diversidade de sintomas e complicações pode surgir à medida que o sistema imunológico da criança se deteriora. Cerca de um terço das crianças infectadas por HIV desenvolve inflamação pulmonar (pneumonite intersticial linfoide) com tosse e dificuldade respiratória.

Crianças nascidas com infecção por HIV comumente têm pelo menos um episódio de pneumonia provocada por *Pneumocystis jirovecii* (Pneumonia em pessoas imunocomprometidas). Esta infecção oportunista séria pode ocorrer já com 4 a 6 semanas de idade, mas ocorre principalmente em bebês de 3 a 6 meses de idade que adquiriram a infecção por HIV antes ou no momento do nascimento. Mais de metade das crianças infectadas com HIV que não recebem tratamento apresentam pneumonia em algum momento. A *pneumonia provocada por Pneumocystis* é uma importante causa de morte de crianças e adultos com AIDS.

Em um número significativo de crianças infectadas por HIV, os danos cerebrais progressivos impedem ou atrasam marcos do desenvolvimento, tais como andar e falar. Essas crianças também podem ter prejuízo da inteligência e cabeça pequena em relação ao tamanho do corpo. Até 20% das crianças infectadas sem tratamento perdem progressivamente suas aptidões sociais, da linguagem e o controle muscular. Elas podem sofrer de paralisia parcial ou instabilidade dos pés ou de certa rigidez muscular.

Anemia (valor baixo de glóbulos vermelhos) é comum entre crianças infectadas por HIV e faz com que elas fiquem fracas e se cansem facilmente. Cerca de 20% das crianças sem tratamento desenvolvem problemas do coração, como batimentos rápidos e irregulares ou insuficiência cardíaca.

Crianças sem tratamento também costumam apresentar inflamação do fígado (hepatite) ou inflamação dos rins (nefrite). Cânceres são incomuns em crianças com AIDS, mas o linfoma não Hodgkin e os linfomas no cérebro podem ocorrer em frequência um pouco maior do que em crianças não infectadas. O sarcoma de Kaposi, um câncer relacionado à AIDS que afeta a pele e os órgãos internos, é comum entre adultos infectados com HIV, mas é muito raro em crianças infectadas por HIV.

Crianças infectadas por HIV que recebem tratamento

Com TAR, as crianças com infecção por HIV nem sempre desenvolvem alguns dos sintomas da infecção por HIV. A TAR mudou significativamente a forma como a infecção por HIV se manifesta em crianças. Embora a pneumonia bacteriana e outras infecções bacterianas (como bacteremia e otite média recorrente) sejam ligeiramente mais frequentes em crianças infectadas por HIV, as infecções oportunistas e o déficit de crescimento são muito menos frequentes do que na época anterior à TAR.

Embora a TAR diminua nitidamente os efeitos dos distúrbios no cérebro e na medula espinhal, parece haver uma taxa maior de problemas de comportamento, desenvolvimento e cognição em crianças infectadas por HIV que recebem tratamento. Não está claro se esses problemas são causados pela própria infecção por HIV, pelos medicamentos usados para tratar o HIV ou por outros fatores biológicos, psicológicos e sociais que são comuns entre crianças infectadas por HIV.

Como a TAR permitiu que crianças e adultos sobrevivessem por muitos anos, mais pessoas estão desenvolvendo complicações de longo prazo resultantes da infecção por HIV. Essas complicações incluem obesidade, doenças do coração, diabetes e

doença renal. Essas complicações parecem estar relacionadas à própria infecção por HIV como também aos efeitos de determinados medicamentos da TAR.

Os sintomas de infecção por HIV adquirida durante a adolescência são semelhantes aos sintomas em adultos (consulte [Sintomas da infecção por HIV em adultos](#)).

Diagnóstico da infecção por HIV em crianças

-
- Exames preventivos pré-natais
 - Exames de sangue
 - Após o diagnóstico, monitoramento frequente

O diagnóstico da infecção por HIV em crianças começa com a identificação da infecção por HIV em mulheres grávidas graças aos exames de sangue pré-natais de rotina. Os exames rápidos para detecção do HIV podem ser feitos nas mulheres em trabalho de parto e na sala de parto no hospital. Esses exames podem disponibilizar os resultados em minutos ou até horas.

Crianças com mais de 18 meses de idade e adolescentes

No caso de crianças com mais de 18 meses de idade e adolescentes, é possível utilizar os mesmos exames de sangue oferecidos para diagnosticar a infecção por HIV em adultos. Eles são exames de sangue que costumam ser feitos à procura de anticorpos contra o HIV e antígenos do HIV. (Anticorpos são proteínas fabricadas pelo sistema imunológico para ajudar a defender o organismo contra ataques, e antígenos são substâncias que conseguem desencadear uma resposta imunológica pelo organismo; consulte [Exames que detectam anticorpos contra ou antígenos de microrganismos](#).)

Crianças com menos de 18 meses de idade

No caso de crianças com menos de 18 meses de idade, os exames de sangue padronizados para detectar anticorpos contra o HIV ou antígenos do HIV para adultos não são úteis, uma vez que o sangue do bebê cuja mãe está infectada por HIV quase sempre contém anticorpos contra o HIV que chegaram a ele através da placenta, mesmo quando o bebê *não* está infectado. Assim, para poder fazer diagnóstico definitivo de infecção por HIV em crianças com menos de 18 meses de idade, é realizado um exame de sangue especial denominado teste de amplificação dos ácidos

nucleicos (do inglês nucleic acid amplification test, NAT). Esse exame detecta a presença de material genético (DNA ou RNA) por meio da técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) (do inglês polymerase chain reaction). O diagnóstico de infecção por HIV é confirmado no caso de o NAT detectar material genético do HIV no sangue da criança.

O exame NAT deve ser realizado em intervalos frequentes, geralmente nas primeiras duas semanas de vida, e então com aproximadamente um mês de idade e entre os quatro a seis meses de idade. Esses exames frequentes identificam a maioria dos bebês infectados por HIV até os seis meses de idade. É possível que os exames sejam feitos com mais frequência em alguns bebês que estão sob um risco muito grande de apresentar HIV.

Exames devem ser realizados em todos os bebês cujas mães

- Têm infecção por HIV
- Correm o risco de ter infecção por HIV

Monitoramento

Uma vez diagnosticada a infecção por HIV, o médico faz exames de sangue em intervalos regulares de três a quatro meses para monitorar o número de linfócitos CD4+ (valor de CD4) e o número de partículas virais no sangue (carga viral).

O valor de CD4 diminui à medida que a infecção por HIV piora. Se o valor de CD4 for baixo, a criança terá mais propensão a desenvolver infecções graves e outras complicações do HIV, como determinados tipos de câncer.

A carga viral aumenta à medida que a infecção por HIV piora. A carga viral ajuda a prever a velocidade em que o valor de CD4 provavelmente diminuirá nos anos seguintes.

O valor de CD4 e a carga viral ajudam os médicos a determinar quando devem iniciar os medicamentos antirretrovirais, os possíveis efeitos do tratamento e se outros medicamentos podem ser necessários para prevenir infecções mais severas.

Prognóstico da infecção por HIV em crianças

Antes da terapia antirretroviral (TAR), 10% a 15% das crianças de países industrializados e talvez 50% a 80% das crianças de países em desenvolvimento morriam antes de completarem quatro anos de idade. Hoje em dia, com a TAR, a maioria das crianças nascidas com infecção por HIV vive até à idade adulta. Cada vez mais jovens adultos que foram infectados no nascimento deram à luz ou conceberam seus próprios filhos.

Ainda assim, se ocorrerem infecções oportunistas, principalmente pneumonia provocada por *Pneumocystis*, o prognóstico não é bom, a menos que a TAR seja bem-sucedida. A *pneumonia provocada por Pneumocystis* causa morte em 5 a 40% das crianças tratadas e em quase 100% das crianças sem tratamento. O prognóstico também é ruim para crianças nas quais o vírus é detectado cedo (na primeira semana de vida) ou que desenvolvem sintomas no primeiro ano de vida.

Não se sabe se a infecção por HIV ou a TAR administrada a crianças infectadas por HIV durante períodos críticos do crescimento e desenvolvimento causará outros efeitos colaterais posteriormente na vida. No entanto, até o momento, tais efeitos colaterais não foram observados em crianças infectadas, no nascimento ou antes dele, que foram tratadas com TAR e que são agora adultos jovens.

Devido à forma como o HIV se mantém oculto nas células das pessoas, os medicamentos não eliminam totalmente o vírus do corpo. Mesmo quando os exames não detectam os vírus, alguns deles permanecem dentro das células. Em uma circunstância, foram administradas altas doses de TAR a uma criança que nasceu de uma mãe infectada por HIV que não recebeu tratamento. Embora a TAR tenha sido inadvertidamente interrompida quando a criança tinha 15 meses de idade, aos 24 meses de idade, os médicos ainda não haviam conseguido detectar o HIV em reprodução (replicação) na criança. Entretanto, os médicos conseguiram detectar o vírus mais tarde. Há estudos de pesquisa em andamento para descobrir se administrar doses altas de TAR para suprimir o vírus, mesmo que por um curto período, é melhor para a saúde. Os médicos recomendam que as pessoas não interrompam sua TAR.

Não existe atualmente cura para a infecção por HIV e ainda não se sabe se a cura é mesmo possível. Entretanto, sabe-se de fato que a infecção por HIV é tratável e que a sobrevivência de longo prazo é possível caso uma TAR eficaz seja administrada.

Prevenção da infecção por HIV em crianças

Prevenção da transmissão em mães infectadas

A terapia preventiva atual para mulheres grávidas infectadas é altamente eficaz para minimizar a transmissão. Gestantes infectadas por HIV devem iniciar a terapia antirretroviral (TAR) por via oral. Idealmente, a TAR deve ser iniciada assim que a infecção por HIV é diagnosticada e a mulher estiver preparada para cumprir a terapia prescrita. Gestantes infectadas por HIV que já estiverem usando TAR devem continuar a terapia durante a gestação. Mulheres infectadas por HIV também devem continuar a TAR enquanto tentam engravidar.

Além da TAR materna, o medicamento antirretroviral zidovudina (ZDV) costuma ser administrado pela veia (por via intravenosa) à mulher durante o trabalho de parto e o parto. A ZDV é, então, administrada ao recém-nascido exposto ao HIV por via oral, duas vezes ao dia, durante as primeiras 4 a 6 semanas de vida (às vezes, juntamente com outros medicamentos antivirais para certos recém-nascidos com maior risco de contrair uma infecção por HIV). Esse tratamento de mães e crianças reduz a taxa de transmissão de 25% para 1% ou menos. Além disso, o parto por cesariana (cesariana) realizado antes do início do trabalho de parto reduz o risco de o recém-nascido adquirir a infecção por HIV. Os médicos podem recomendar parto por cesariana para mulheres cuja infecção não tiver sido bem controlada por TAR. Após o parto, a TAR é continuada para todas as mulheres infectadas por HIV.

Nos países em que há boas fórmulas de leite infantil e água potável facilmente acessível, as mães infectadas por HIV devem dar mamadeiras de fórmula a seus bebês e ser desencorajadas de amamentar seus filhos com leite materno ou de doar o leite materno a bancos de leite. Nos países em que os riscos de desnutrição ou diarreia infecciosa devido ao uso de água não potável para alimentar bebês ou preparar fórmulas forem elevados, os benefícios da amamentação superam o risco de transmissão do HIV. Nesses países em desenvolvimento, as mães infectadas por HIV devem continuar a amamentar durante os primeiros seis meses de vida do bebê e depois desmamar rapidamente o bebê, passando-o para alimentos. Muitas vezes, seus bebês recebem TAR durante todo o período de amamentação. A mãe infectada por HIV não deve pré-mastigar os alimentos para o bebê.

Prevenção da transmissão em crianças

Visto que é provável que não se saiba se uma criança está infectada por HIV, todas as escolas e creches devem adotar medidas especiais para lidar com acidentes, como hemorragias nasais, e para limpar e desinfetar superfícies contaminadas com sangue. Durante a limpeza, o profissional deve ser instruído a evitar o contato da pele com o sangue. Luvas cirúrgicas devem estar sempre à disposição e as mãos devem ser lavadas depois de removê-las. As superfícies contaminadas devem ser limpas e desinfetadas com solução recém-preparada de uma parte de água sanitária para dez a cem partes de água. Essas práticas (denominadas precauções universais) são seguidas não somente para crianças com infecção por HIV, mas para todas as crianças e em todas as situações que envolvam sangue.

Prevenção da transmissão em adolescentes

A prevenção em adolescentes é igual à prevenção em adultos. Todos os adolescentes devem ter acesso a exames de HIV e devem aprender como o HIV é transmitido e como ele pode ser evitado, incluindo abstenção de comportamentos e sexo de alto risco ou usando práticas de sexo seguro (consulte Doenças sexualmente transmissíveis: prevenção).

Tratamento preventivo antes da exposição

Tomar um medicamento antirretroviral *antes* de ser exposto ao HIV pode reduzir o risco de infecção por HIV. Esse tratamento preventivo é denominado profilaxia pré-exposição (PrEP) (do inglês preexposure prophylaxis). A PrEP é mais eficaz se as pessoas tomarem o medicamento todos os dias, mas ela pode ser cara. A PrEP é recomendada somente para pessoas com alto risco de serem infectadas, como pessoas com um parceiro ou parceira infectado(a) por HIV, homens que fazem sexo com homens e pessoas transgênero. É possível que a PrEP também venha a ser administrada a adolescentes mais velhos sob risco, porém, problemas de sigilo e custo são mais complexos para eles que para os adultos recebendo a PrEP.

Prevenção de infecções oportunistas

Para prevenir a pneumonia provocada por Pneumocystis, os médicos administram trimetoprima/sulfametoxazol a certas crianças com infecção por HIV comprovada e comprometimento significativo do sistema imunológico e a todos os bebês nascidos de mães infectadas por HIV a partir de 4 a 6 semanas de idade (prossequindo até os exames mostrarem que os bebês não estão infectados). Crianças que não

conseguirem tolerar trimetoprima/sulfametoxazol podem receber dapsona, atovaquona ou pentamidina.

As crianças com comprometimento significativo do sistema imunológico também recebem azitromicina ou claritromicina para prevenir a infecção pelo complexo *Mycobacterium avium*. A rifabutina é um medicamento alternativo.

Tratamento da infecção por HIV em crianças

-
- Medicamentos
 - Monitoramento contínuo
 - Incentivar a adesão ao tratamento

Tratamento medicamentoso

Todas as crianças com infecção por HIV devem receber terapia antirretroviral (TAR) assim que possível, de preferência dentro de 1 a 2 semanas do diagnóstico. As crianças são tratadas com quase todos os mesmos medicamentos antirretrovirais que os adultos (Tratamento medicamentoso da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)), normalmente uma combinação de TAR que consiste de:

- Dois inibidores do nucleosídeo da transcriptase reversa (do inglês nucleoside reverse transcriptase inhibitors, NRTIs) *mais*
- Um inibidor da protease *ou* um inibidor da integrase

Raramente, um inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa é administrado juntamente com dois NRTIs.

No entanto, nem todos os medicamentos usados para crianças mais velhas, adolescentes e adultos estão disponíveis para crianças pequenas, em parte porque alguns não estão disponíveis na forma líquida.

Normalmente as crianças desenvolvem os mesmos tipos de efeitos colaterais que os adultos, mas em geral a uma taxa muito mais baixa. Contudo, os efeitos colaterais dos medicamentos podem também limitar o tratamento.

Monitoramento

Um médico monitora a eficácia do tratamento medindo regularmente a quantidade de vírus presente no sangue (carga viral) e o número de células CD4+ da criança (consulte Diagnóstico da infecção por HIV em crianças). Os médicos fazem,

rotineiramente, vários outros exames, incluindo um teste de gravidez para meninas adolescentes.

Valores mais elevados do vírus no sangue podem ser um sinal de que o vírus está desenvolvendo resistência aos medicamentos ou que a criança não está tomando os medicamentos. Em ambos os casos o médico pode precisar alterar os medicamentos. Para monitorar o progresso de uma criança, o médico examina a criança e faz exames de sangue na criança em intervalos de três a quatro meses. Outros exames de sangue

Adesão

A adesão (o que significa cumprir a terapia medicamentosa exatamente conforme prescrita) aos cronogramas de administração da TAR prescritos é extremamente importante. Se as crianças tomarem medicamentos da TAR em frequência menor do que a necessária, o HIV em seu sistema pode ficar rapidamente resistente, de forma permanente, a um ou mais dos medicamentos. Ainda assim, pode ser difícil para os pais e as crianças seguirem e aderirem a regimes farmacológicos complicados, o que pode limitar a eficácia da terapia. Para simplificar os regimes e melhorar a adesão, é possível administrar comprimidos contendo três ou mais medicamentos. Esses comprimidos podem ter que ser tomados somente uma ou duas vezes ao dia. Hoje em dia, as formas líquidas dos medicamentos têm melhor sabor, o que pode aumentar a adesão.

A adesão à TAR pode ser mais difícil para adolescentes do que para crianças menores. Os adolescentes também têm dificuldade em aderir a regimes de tratamento para outras doenças crônicas como diabetes e asma. Os adolescentes querem ser como seus amigos e podem sentir-se deslocados por causa de sua doença. Pular ou parar o tratamento pode ser uma forma de negar que têm uma doença. Outros problemas que podem complicar o tratamento e reduzir a adesão em adolescentes incluem

- Baixa autoestima
- Estilo de vida caótico e desestruturado
- Medo de ser discriminado por causa da doença
- Ocasionalmente, a falta de apoio da família

Além disso, os adolescentes podem não conseguir entender por que os medicamentos são necessários quando eles não se sentem doentes e podem ficar muito preocupados com os efeitos colaterais. Apesar do contato frequente com uma equipe pediátrica de assistência médica, os adolescentes que foram infectados desde o nascimento podem temer ou negar sua infecção por HIV ou desconfiar das informações fornecidas pela equipe de assistência médica. Em vez de confrontar diretamente os adolescentes que não contam com um bom sistema de apoio sobre a necessidade de tomar medicamentos, às vezes, as equipes de atendimento os ajudam a dar enfoque a questões práticas, por exemplo, como evitar infecções oportunistas e como obter informações sobre serviços de saúde reprodutiva, moradia e como ser bem-sucedido na escola (consulte [Transição para o cuidado na fase adulta](#)).

Vacinação

Quase todas as crianças infectadas por HIV devem receber a vacinação infantil de rotina, incluindo

- Difteria, tétano e coqueluche (DTaP)
- Vacina contra poliovírus inativa
- Gripe (vacina com vírus inativado, não vivo)
- Haemophilus influenzae
- Streptococcus pneumoniae
- Hepatite A e hepatite B

Recentemente, a vacina meningocócica conjugada tem sido recomendada para uso rotineiro e de compensação em crianças, adolescentes e adultos infectados por HIV.

Algumas vacinas que contêm bactérias vivas, como o bacilo Calmette-Guérin (usado para prevenir a tuberculose em alguns países fora dos Estados Unidos), ou vírus vivos, como a vacina oral contra o vírus da poliomielite, da varicela e a vacina tríplice contra sarampo, caxumba e rubéola, podem causar uma doença grave ou fatal em crianças com HIV cujo sistema imunológico esteja muito comprometido. Contudo, a vacina contra sarampo, caxumba e rubéola com vírus vivos e a vacina contra varicela com vírus vivos são recomendadas para crianças com infecção por HIV cujo sistema imunológico *não* esteja gravemente comprometido.

A vacina contra o rotavírus com vírus vivos pode ser administrada de acordo com o cronograma de rotina para bebês expostos ou infectados por HIV.

A imunização contra a gripe com vírus inativados (não vivos) realizada anualmente também é recomendada para todas as crianças infectadas por HIV com mais de seis

meses de idade, e a imunização com vírus inativados ou vivos é recomendada a todos os que vivem na mesma residência.

Contudo, a eficácia de qualquer vacina é menor em crianças com infecção por HIV. Crianças infectadas por HIV com valores muito baixos de células CD4+ são consideradas suscetíveis a doenças passíveis de prevenção por vacina quando ficam expostas a uma dessas doenças (como sarampo, tétano ou varicela), independentemente de terem recebido a vacina para aquela doença, e podem receber imunoglobulina por veia (via intravenosa). A imunoglobulina intravenosa ou a vacinação imediata com vacina tríplice contra sarampo, caxumba e rubéola também deve ser considerada para outro residente não imunizado da casa que seja exposto a sarampo.

Problemas sociais

No caso das crianças que precisam de adoção, cuidados infantis ou escolarização, o médico pode ajudar a determinar o risco de exposição da criança a doenças infecciosas. Geralmente, a transmissão de infecções (como a catapora) a uma criança infectada por HIV (ou a qualquer criança com sistema imunológico comprometido) constitui um perigo maior do que a transmissão de HIV por parte dessa criança a outras. Contudo, uma criança pequena com infecção por HIV que tiver lesões abertas na pele ou manifeste um comportamento possivelmente perigoso, como morder, não deve ir para a creche.

As crianças infectadas por HIV devem participar de tantas atividades rotineiras da infância quanto sua condição física permitir. A interação com outras crianças melhora o desenvolvimento social e a autoestima. Em razão do estigma associado à doença, do uso rotineiro de precauções universais em escolas e creches e do fato de a transmissão da infecção para outras crianças ser extremamente improvável, não é necessário que ninguém além dos pais, do médico ou talvez do enfermeiro da escola, saibam que a criança tem HIV.

À medida que o estado da criança piorar, o melhor é realizar o tratamento num ambiente o menos restritivo possível. Caso se possa contar com assistência médica em domicílio e com serviços sociais adequados, as crianças podem passar mais tempo em casa do que no hospital.

Transição para o cuidado na fase adulta

Ao atingirem determinada idade (normalmente 18 a 21 anos), os adolescentes infectados por HIV farão a transição de cuidados pediátricos para cuidados adultos. O modelo de assistência médica para adultos é bastante diferente, de forma que os adolescentes não devem ser simplesmente encaminhados a uma clínica ou consultório de adultos sem um planejamento mais elaborado.

A assistência médica pediátrica tende a ser centralizada na família e a equipe de atendimento inclui uma equipe multidisciplinar de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e profissionais de saúde mental. Os adolescentes infectados ao nascer podem ter recebido cuidados de uma dessas equipes durante a vida toda. Em contraste, o modelo típico de assistência médica para adultos tende a ser centralizado no indivíduo e os profissionais de saúde envolvidos podem estar localizados em consultórios separados, o que exige várias consultas. Os profissionais de saúde em clínicas e consultórios de atendimento para adultos muitas vezes gerenciam um grande volume de pacientes e as consequências de atrasos ou faltas às consultas (que podem ser mais comuns entre adolescentes) são mais rígidas.

Planejar a transição durante vários meses e promover conversas ou visitas conjuntas de adolescentes com os profissionais de saúde pediátrica e de adultos pode resultar em uma transição mais suave e bem-sucedida. (Consulte também o recurso de transição da Organização Mundial da Saúde).

As casas de apoio

O perfil das Casas de Apoio

Em 1985 surgiu a primeira casa de apoio (Casa de Apoio Brenda Lee) como iniciativa das organizações não governamentais (ONGs) para cuidar e dar apoio a pessoas com Aids e sem recursos financeiros (Galvão, 2000). Com a aparição dos primeiros casos em crianças e as necessidades de moradia para os órfãos, foi inaugurado em 1987 o Centro de Convivência Infantil "Filhos de Oxum", em Taboão da Serra - SP. A inauguração desta casa, assim como a criação da maioria das ONGs/AIDS mais importantes, ocorre no período 1985-1989, considerado como "*os anos heróicos das respostas não governamentais*" (Galvão, 2000, p.45), nos quais as ONGs (formadas por militantes

acadêmicos, grupos religiosos e partidos e/ou organizações políticas de esquerda) lutavam para garantir que os direitos dos pacientes fossem respeitados, principalmente o acesso às terapêuticas disponíveis (Galvão, 2000). Esta briga política gerou e estreitou, com o tempo, a parceria ONG-Estado e levou à melhoria nos programas DST-AIDS no Brasil e a sua atual liderança como programa de combate à Aids no mundo (Parker et al., 1999).

Nos anos de 1990 proliferaram as casas de apoio e outros projetos assistenciais aos soropositivos. Apesar da contínua fundação de novas casas de apoio – até hoje –, na visão dos analistas da epidemia e devido à melhoria da qualidade de vida das pessoas com AIDS, as casas de apoio deveriam, com o tempo, desaparecer para reinserir os soropositivos à sociedade e à família, em vez de isolá-los para oferecer assistência. Inclusive, algumas pessoas do movimento das ONGs apontam que a casa de apoio nunca deveria ter existido. Por outro lado, problemas de sustentabilidade e falta de recursos são cada vez maiores devido a uma saturação normal nos movimentos ONGs (Smith-Nonini, 2000), às mudanças nas características da epidemia, e às novas necessidades em profissionalização e captação de recursos do "terceiro setor".

Cada casa de apoio funciona segundo seus critérios e crenças, tendo em comum, com as outras, as necessidades de cuidados em saúde e o seguimento das leis de abrigamento (com a figura de guarda como parâmetro legal). Saúde, então, marca o cotidiano das regras e funções da casa de apoio e se oferecem cursos aos funcionários nos cuidados específicos das crianças com Aids. Meu trabalho desenvolveu-se nas casas *Filhos de Oxúm* e *Siloé*. Uma descrição breve das mesmas pode esclarecer parte da experiência de vida das crianças e dos adolescentes em cada lugar.

A criança HIV positiva na casa de apoio

Imagine por um instante...

você tem quatro anos de idade. Sua mãe morreu quando você tinha um ano e deixou-o aos cuidados de seu pai. Logo depois, seu pai entregou você aos cuidados de seu avô e não voltou mais. Seu avô gosta de você, é carinhoso; mas a companheira dele, que não é sua avó, diz que você é *"terrível, desobediente, se recusa a obedecer a ordens, e que ela bate se precisar."* Você tem medo dela. Ela bate mesmo, você não entende

quando é preciso ou não. Além disso, ela também comenta que você *"só tem cara de santo, que não parece doente e é impossível lidar com você."*

Quando o conheci você tinha aqueles quatro anos e já estava na casa de apoio: cabelo loiro e cacheado, magro, de olhos tristes com halos roxos, como quando alguém está com gripe. Tinha também um algodão cobrindo seu ouvido, vestia shorts, tênis novos e camiseta regata, era um dia de sol. Quando o vi, no meio do playground de sua nova casa, você me cumprimentou, estendendo a mão e dizendo *"oi, boa tarde"*. Depois de conhecê-lo melhor, não o reconheço como aquela criança descrita pela mulher de seu avô.

Sua nova casa é bem diferente. Tem várias senhoras que dão comida e banho. Engraçado, todo mundo sabe seu nome, mas alguns indicam você com o dedo e falam *"esse é o novo"*. Também tem muitas crianças pequenas e grandes. Em sua nova casa há outra senhora que todo mundo chama de mãe. Ela tomou conta de você durante os primeiros meses na casa, deu comida, olhava você quando dormia num berço ao lado da cama dela e fazia muitos carinhos. Você começa a chamá-la de mãe. As outras crianças brincam e brigam com você o tempo todo. Você pode brincar no playground e no salão. Depois de alguns dias conhece melhor as outras crianças e tem amigos. A mãe já não fica a seu lado o tempo todo e você tem que disputá-la com os outros.

Às vezes, vêm tios e tias para brincar. Você se diverte e tem colo, depois eles vão embora. Às vezes, você apanha das outras crianças, dos maiores que batem forte, mas ainda não apanhou das tias. Você vai ao médico uma vez por mês, às vezes mais. Vai começar a freqüentar a escolinha, ganhar ovos de páscoa, vai chorar quando não tiver carrinho para brincar. Quando crescer, vai achar *'chatice'* a forma como alguns adultos o tratam.

Das múltiplas opções de casa de apoio, Bruno (o nome fictício desta criança) terminou nesta. A história poderia ter sido diferente e ainda pode mudar. O acaso, descrito como o imprevisível ou aquilo que não podemos explicar racionalmente, determina, nas crianças HIV positivas, como no caso de Bruno, as opções de vida. Por que foi Bruno e não outra criança a infectada pelo HIV? O acaso, porém, tem determinantes importantes. No caso do HIV, o nascimento de uma criança HIV positiva e as respostas que recebe em caso de morte dos pais, depende das diferentes estruturas familiares, determinadas por uma multiplicidade de fatores sociais e econômicos.

O acaso determinou que o Bruno nascesse de um casal contaminado, mas os determinantes sociais e históricos dessa contaminação são pobreza e violência estrutural (Farmer, 1999). O acaso determinou que Bruno se infectasse de sua mãe (tinha também possibilidades de não se infectar); uma baixa qualidade no atendimento das gestantes, um pré-natal inadequado e a falta de controle terapêutico inclinaram a balança para que Bruno se infectasse. O acaso influencia, também, a chegada de Bruno nesta casa de apoio e não em outra. Poder-se-ia pensar que os cuidados e as condições das casas de apoio para crianças HIV positivas são homogêneos ou que não teria tido muita importância qual casa de apoio tivesse abrigado Bruno. Não obstante, as casas de apoio apresentam, do mesmo modo que as famílias, diversidades marcantes.

Assim, quando uma criança *nasce* para uma casa de apoio, ela pode nascer para uma casa que se considera instituição ou casa; na cidade ou no interior; católico, evangélico, espírita, do candomblé, ou sem prática religiosa. Pode nascer para uma casa com poucas crianças ou outras com mais de cem; talvez a criança possa ser adotada e morar com uma família de novo. Há casas com idéias naturistas de alimentação e cuidados de saúde. Há outras nas quais as crianças cuidam de suas coisas e outras onde tudo é destruído. Casas que têm colégio privado de primeira qualidade ou escola pública; onde na quarta série, alguns têm classes de inglês, mas outros não conseguem ler. Algumas têm viagens para o exterior e outras não têm passeios. Há casas que valorizam a participação em grupos de crianças e jovens, mas em outras as crianças e adolescentes são escondidos da sociedade para que eles "não sofram com o preconceito". Inclusive, é evidente que em algumas casas os cuidados são melhores que em outras, e os segredos (por exemplo na forma como se fala ou não da AIDS ou do passado das famílias) são maiores que em outras. Existem casas preocupadas com temas como o desenvolvimento infantil, mas também outras preocupadas só com a sobrevivência. Muitas dessas diferenças dependem da filosofia e crenças dos administradores e responsáveis, da falta de critérios unificados para o cuidado fora das esferas de saúde e do controle legal, e das diferenças econômicas que representam não só a diversidade do Brasil, mas também suas desigualdades sociais. O futuro das crianças é, mais uma vez, determinado pelo fato de ter ou não um vírus no sangue, das orientações políticas e condições econômicas das respostas sociais (casas de apoio), das políticas perante os cuidados e o acaso.

REFERÊNCIAS

<https://www.sanarmed.com/artigos-cientificos/vivencias-do-cuidador-institucional-no-acolhimento-infantil><acesso em 22/02/2022>

<https://www.gesuas.com.br/blog/acolhimento-institucional/><acesso em 22/02/2022>

<https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/55586/consequencias-psicologicas-causadas-por-situao-de-abandono-afetivo-com-criancas-eadolescentes><acesso em 22/02/2022>

<https://www.direitonet.com.br/noticias/exibir/25135/Criancas-abrigos-e-familias-como-o-STJ-enxerga-o-acolhimento-institucional><acesso em 22/02/2022>

<https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%A4ncia-humana-hiv-em-crian%C3%A7as/infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%A4ncia-humana-hiv-em-crian%C3%A7as><acesso em 22/02/2022>

<https://www.scielo.br/j/icse/a/bycnDFtgNwX5SkzMHwnNRkK/?lang=pt><acesso em 22/02/2022>