

# A infância com deficiência institucionalizada e os obstáculos históricos na defesa de seus direitos

Marcello Queiroz<sup>1</sup>

Irene Rizzini<sup>2</sup>

## Resumo

A partir dos referenciais de direitos humanos voltados para a população infantil e adolescente firmados desde a década de 1990, diversos grupos identificados como vulneráveis por terem seus direitos mais claramente violados, vêm ganhando visibilidade nos últimos anos. Este é o caso das crianças e dos adolescentes com deficiência, sobretudo aqueles que historicamente permaneceram confinados em instituições fechadas. A análise do processo de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência passa pela identificação de suas especificidades. Ao mesmo tempo em que se aproxima da história das medidas assistenciais voltadas às crianças em situação de vulnerabilidade social, a institucionalização da infância com deficiência seguiu caminhos mais complexos e sinuosos. A análise destas especificidades seguirá os eixos da *síntese asilar* psiquiátrica, proposta por Castel (1978). A aplicação deste esquema analítico ao cenário da institucionalização da infância com deficiência é feita com base na discussão dos resultados da pesquisa *Do confinamento ao acolhimento: mudando a prática de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência no Estado do Rio de Janeiro* (CIESPI/ MS- 2006/2008).

## Palavras-chave

Infância; Direitos; Institucionalização; Deficiência; Saber psiquiátrico.

## Institutionalized children with disabilities and the historical obstacles to the protection of their rights

## Abstract

Since the 1990s there have been increasing references to children and youth populations whose rights have been violated. In recent years various groups have been identified as clearly having their rights violated. This is certainly the case with children and adolescents with disabilities especially those who historically have been confined in closed ins-

tutions. The analysis of the process includes a discussion of the specific needs of these children. At the same time that the methods that have been developed to assist this population have similarities to those regarding vulnerable children in general, the process of institutionalization of children with disabilities has become more complex. In this analysis we follow the categories of psychiatric institutionalization proposed by Robert Castel (1978). The application of this analytic scheme to the institutionalization of children with disabilities is based on the findings of the study *From institutionalization to a family setting: changing the practice of institutionalizing children and youth with disabilities in the state of Rio de Janeiro* (CIESPI/ MS- 2006/2008).

#### Keywords

Childhood; Rights; Institutionalization; Disability; Psychiatric power.

### Introdução

O fenômeno da institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil foi extensamente discutido nas últimas décadas (ALTOÉ, 1990; ABREU e MARTINEZ, 1997; RIZZINI e RIZZINI, 2004; MARCILIO, 2006; ARANTES, 2009; RIZZINI e PILOTTI, 2011; RIZZINI 2011). A análise desta prática é relevante, sobretudo devido a permanência de algumas de suas características, a despeito dos avanços da legislação brasileira e das políticas públicas brasileiras voltadas à população infantil e adolescente. O enfoque de direitos humanos que orienta os princípios e diretrizes destas leis e políticas veio a reforçar a importância da convivência familiar e comunitária<sup>3</sup>.

No entanto, essas diretrizes não atingiram ainda a todos. As crianças e os adolescentes com deficiência constituem um grupo populacional que permanece particularmente invisível aos olhos dos movimentos sociais e das agendas políticas. Uma pesquisa desenvolvida entre 2006 e 2008<sup>4</sup> no estado do Rio de Janeiro identificou o contingente de crianças e adolescentes que viviam em regime de atenção total em abrigos para pessoas com deficiência, ou seja, isolados e distantes dos recursos familiares e comunitários de origem. A pesquisa concluiu que há certas especificidades deste grupo que o tornam particularmente vulneráveis à violação do direito à convivência familiar e comunitária.

Como compreender a invisibilidade e os (des)caminhos que historicamente levaram crianças e adolescentes a passar boa parte das suas vidas — quando não toda ela — dentro de uma instituição fechada? Como explicar a permanência desta prática, apesar do avanço vigoroso dos direitos universais de crianças e adolescentes?

O estudo sobre as práticas atuais de abrigo de crianças e adolescentes com deficiência nos permite afirmar que, apesar do seu caráter específico, há vários aspectos em comum entre as mesmas e o fenômeno da institucionalização<sup>5</sup>. Destacamos duas perspectivas, a partir das quais se pode abordar o fenômeno da institucionalização. A primeira refere-se à institucionalização como processo constitutivo de ideologias e práticas que se organizam em circunstâncias históricas específicas (FOUCAULT, 1986). A segunda perspectiva refere-se ao estabelecimento institucional em si, enquanto *lôcus* que materializa suas características e opera suas estratégias. Erving Goffman (1961) define as características do que denominou de *instituições totais* da seguinte forma:

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes, e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de “fechamento”. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas... A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais (GOFFMAN, 1961, p.16).

No âmbito da saúde mental, o termo institucionalização foi utilizado para identificar os fatores inerentes ao processo de longa permanência de pessoas com transtornos mentais em instituições asilares. Sob este enfoque, o tema da institucionalização, bem como suas estratégias de enfrentamento, foi amplamente discutido por Rotelli *et al* (1990), Amarante e Bezerra Jr. (1992), Amarante (1995), Vasconcelos (1997) e Saraceno (1999).

### **Antecedentes da assistência à infância na Modernidade e a estratégia higienista**

O processo de criação de instituições totais para a assistência à infância tem origem nas práticas caritativas da Igreja Católica, segundo registros, desde os remotos tempos da Idade Média (MARCILIO, 2006). No entanto, estudos historiográficos apontam que os modelos de assistência à infância passaram por transições em diferentes períodos históricos. Neste sentido, a contextualização das discussões a seguir irá privilegiar um momento específico — o fim do século

XVIII e a primeira metade do século XIX, na transição do Antigo Regime para a modernidade, quando, após as revoluções liberais na Europa — identifica-se o surgimento de um conjunto de estratégias sociais direcionadas às famílias, com o objetivo de *conservação das crianças* (DONZELOT, 1986).

A transição do *Antigo Regime* para o primeiro tempo da modernidade produziu efeitos importantes na dinâmica das relações sociais. Dentre estes efeitos, destaca-se a legitimação dos direitos individuais, que por sua vez, constituiu uma ameaça ao poder patriarcal (BOBBIO, 1990). A partir do desgaste da soberania do poder patriarcal tradicional, há a construção de novas formas de mediação entre o poder governamental e as estruturas familiares, agora não mais mediadas pela vontade absolutista do rei através de suas *lettres de cachet*<sup>6</sup>. Deste modo, assim como na esfera macro-política, as ações do Estado acarretam importantes consequências para a dinâmica e a organização dos grupos familiares, influenciados pelas “racionalidades” do novo contexto social, marcado pelo *advento do legalismo* (CASTEL, 1978).

Foucault, ao analisar o nascimento da medicina social, situa a força dessas novas racionalidades ao explicar a noção de *Staatswissenschaft* como a ciência do Estado, ou seja, o “Estado como objeto de conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos”. Dentre as dimensões presentes neste complexo cenário político, é possível identificar duas importantes tendências: (1) a distinção das estratégias assistenciais para as diferentes classes sociais; e (2) a função regulatória da medicina higienista. A importância dessas tendências está na potência política de seus vetores e no caráter complementar, e indissociável, de suas aplicações sobre as estruturas familiares<sup>7</sup>.

A estratégia de ação no campo social por parte do Estado, nos séculos XVIII e XIX na Europa, continha dois aspectos marcantes: os valores morais da burguesia enquanto princípio e os mecanismos de normalização como método (MACHADO 1978, BIRMAN 1978, FOUCAULT 1986). Este método de normalização, no entanto, trazia na sua base uma distinção clara de classes sociais. De um lado, um mecanismo de intervenção destinado às classes burguesas, caracterizado por um dispositivo de negociação de entrada no *habitat* doméstico-familiar. Essa entrada ocorrerá de forma sutil, transmitindo um respeito à integridade — pelo menos em tese — da autonomia da família e de seus membros. Algo que irá se processar pela lógica do contrato.

Em relação às famílias pobres, verifica-se a utilização de outra estratégia, cujo objetivo era o controle sobre os pobres, sobretudo a pobreza urbana,

que se configurava como uma grave ameaça à ordem social (VELHO, 1976; MOLLAT, 1989; HIMMELFARB, 1991). O declínio da autoridade patriarcal fez com que esta fosse substituída por uma intervenção estatal sob a lógica de um regime *tutelar*.

Seguindo a trilha das perspectivas que orientaram as ações direcionadas à infância na Europa, a partir da ascensão dos Estados Nacionais, observa-se que o processo de construção das políticas assistenciais no Brasil assume características semelhantes: um aparato médico-assistencial a serviço de um mandato político de ordenação social. A aplicação transversal desse modelo, que é encontrada no Brasil a partir do século XIX, foi possível, principalmente, sob as alegações de que se fazia mister o isolamento dos adolescentes dos vícios e paixões que a vida urbana poderia despertar (GONDRA, 2004), e que o espaço doméstico tornava-se prejudicial ao desenvolvimento das crianças.

Seguindo a estratégia de isolamento, o processo de implantação das instituições totais para a assistência à infância no Brasil possui algumas particularidades, sendo a principal delas o sentido implícito de proteção da sociedade em relação à periculosidade inerente às crianças pobres (RIZZINI, 1997). De forma ambígua, este sentido se apresenta também como a necessidade de proteger a *infância desvalida*:

O discurso apresenta-se, com frequência, ambíguo, onde a criança deve ser protegida, mas também contida, a fim de que não cause danos à sociedade. Esta ambigüidade na defesa da criança e da sociedade guarda relação com uma certa percepção de infância, claramente expressa nos documentos da época - **ora em perigo, ora perigosa**. Tais representações não por acaso estavam associadas a determinados estratos sociais, sendo a periculosidade invariavelmente atrelada à infância das classes populares (RIZZINI, 1997, p. 34 - *grifo nosso*).

O projeto político de proteger a infância, e se proteger dela, revela a dimensão da periculosidade atribuída à criança pobre, seja por razões científicas de inspiração evolucionista do *darwinismo social* (SCHWARCZ, 1993), seja pelo convívio com a *desordem urbana* e com a *viciosidade da pobreza*.

A partir da análise dos antecedentes históricos das políticas de assistência social voltadas à infância, sobretudo acerca das estratégias de intervenção sobre as crianças pobres, poderíamos supor que a institucionalização de

crianças e adolescentes com deficiência seria uma pequena derivação deste processo, ou seja, um percurso que, salvo algumas particularidades, seguiu os eixos que caracterizaram as iniciativas estatais voltadas à infância. Não há dúvida de que os elementos sócio-políticos descritos estão presentes nas diversas discussões onde emerge a temática das políticas voltadas à infância pobre e, por esta razão, há um campo de convergências. No entanto, a institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência porta dimensões específicas. Estas especificidades acrescentam outros sentidos ao contexto das instituições totais voltadas à infância com deficiência, sobretudo no que se refere à sua interface com a história da psiquiatria.

### **A ascensão do saber psiquiátrico e a construção do estatuto da loucura**

O marco temporal das revoluções liberais na Europa e as suas consequências para o reordenamento das relações sociais, agora marcadas pela ascensão dos Estados Nacionais, foi caracterizado pelo surgimento de novos saberes científicos, dentre eles, a ascensão da psiquiatria (CASTEL, 1978; BIRMAN, 1978; FOUCAULT, 2002a, 2002b, 2006). Considerando o final do século XVIII e a primeira metade do século XIX como o período de gênese da ciência psiquiátrica, alguns pontos devem ser destacados, como: (1) o contexto sócio-político da ascensão científica da psiquiatria, (2) a dimensão da periculosidade social enquanto critério de internação e (3) a apropriação das anomalias da infância por parte do saber psiquiátrico. O contexto das análises terá como foco a realidade da França, onde o processo de gênese da ciência psiquiátrica foi extensamente estudado e, sobretudo, pelo fato de ter sido aí que sua teoria foi desenvolvida, inspirando outras iniciativas em diversos países. Sobre o prestígio da psiquiatria francesa, Joel Birman o identifica em uma declaração de Esquirol: "...os estrangeiros traduzem as obras dos médicos franceses que escreveram sobre esta matéria, e que eles vêm visitar nossos estabelecimentos, assistir a nossas lições, seguir nossa prática, em uma palavra, aprender a tratar os loucos..." (ESQUIROL *apud* BIRMAN, 1978, p. 39).

A ascensão do saber psiquiátrico no mundo ocidental está diretamente relacionada ao contexto social e político da Europa do século XIX. A análise de Castel (1978) acerca da gênese e da ascensão das práticas alienistas do século XIX parte do pressuposto de que a psiquiatria nasce com uma demanda política de controle social, no seu caso específico, a administração da loucura:

A psiquiatria é efetivamente uma ciência política já que ela respondeu a um problema de governo. Ela permitiu administrar a loucura. Mas deslocou o impacto diretamente político do problema para o qual propunha solução, transformando-o em questão ‘puramente’ técnica. Se existe repressão, esta se deve ao seguinte: com a medicina, a loucura passou a ser administrável (CASTEL, 1978, p. 19).

Segundo Castel (1978), foi, portanto, dentro do complexo mandato de controle social da loucura que a psiquiatria construiu seu projeto. As suas bases de legitimação estavam relacionadas aos elementos específicos que, a partir do final do século XVIII, constituíram o status antropológico da loucura na modernidade. Dentre estes elementos, destacam-se a atribuição do status de doente ao louco e a constituição de instituições específicas, uma vez que “a internação em um estabelecimento especial é o elemento determinante que condiciona esse status” (CASTEL, 1978: 56). A formatação da condição de alienado mental só se torna possível a partir da sua inclusão na dinâmica “terapêutica” da instituição psiquiátrica. Por esta razão, o mandato da medicina mental se estabelece a partir do momento que põe sua tecnologia a serviço de uma ordenação institucional que deve articular essa dinâmica.

Mas qual a relação entre doença mental e o tratamento baseado em uma ordenação institucional? Segundo Castel, o próprio Pinel refere-se à sua obra como “reforma administrativa”. Neste sentido, a ordenação institucional representa a essência do recurso terapêutico, sobretudo na relação entre a definição dos mecanismos institucionais e o status do alienado mental. A ordenação institucional, marco da tecnologia pineliana, é o pilar fundamental da prática asilar:

O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar. Através da ‘exclusão’, do ‘isolamento’, do ‘afastamento’ para prédios distintos, as categorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas. A categoria da loucura se destaca, então, em sua especificidade, decantada dessas cumplicidades ligadas pela universalidade da desgraça. E, dessa maneira, ela se tornou doença. A partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço, o insano aparece, sem dúvida, seqüestrado como os outros, porém, por outras razões. Por causa de doença (CASTEL, 1978, p. 83).

A partir do pressuposto de que o hospital psiquiátrico representaria mais do que o espaço onde se dá o tratamento, mas o tratamento em si, é possível compreender a referência de Pinel à sua obra como uma “reforma administrativa”. Reforma administrativa na medida em que estabelece um reordenamento na estrutura física e funcional do asilo, o que influencia a dinâmica das práticas institucionais. Neste caso, a reforma administrativa criou o dispositivo asilar, que além de lócus da prática, é a maquinaria que executa a terapêutica.

Esse entendimento, presente nas considerações de Goffman ao analisar as características totalitárias do manicômio, ilustra os princípios norteadores da ideia de institucionalização. Por outro lado, visto como estratégia de reprodução, o conceito de institucionalização - que parte da concepção de um sistema integrado de ideologias e práticas - também é contemplado pela instituição asilar, já que tanto institui efeitos de ordenação e separação, quanto produz, com estatuto de verdade, saberes à serviço de uma lógica específica, no caso, o tratamento da alienação mental.

### **Interseções da loucura com a deficiência: a síntese asilar enquanto esquema de análise**

A identificação dos fatores sócio-políticos apontados por Castel permite a apreensão do processo inicial da gênese psiquiátrica. No que diz respeito ao campo das práticas da medicina mental, no entanto, há a necessidade de entender como estes fatores encontraram uma “coerência” de funcionamento. Esse é o ponto central para a compreensão da interface entre o processo de ascensão do saber psiquiátrico e a institucionalização da infância com deficiência.

Castel afirma que uma política — que no caso ele chamou de uma *política de saúde mental* — constitui-se como um sistema quando concebe uma articulação entre eixos específicos:

um *código teórico* (por exemplo, no século XIX, as nosografias clássicas); uma *tecnologia de intervenção* (por exemplo, o ‘tratamento moral’); um *dispositivo institucional* (por exemplo, o asilo); um *corpo de profissionais* (por exemplo, os médicos-chefes), um *estatuto de usuário* (por exemplo, o alienado definido como menor passível de assistência pela lei de 1838). (...) forma uma constelação relativamente estável com conteúdo relativamente fixo. Assim, como veremos, a *síntese asilar* apresentou uma coerência extraordinária, sendo cada



uma de suas partes construída em relação às outras a partir da matriz comum da internação (CASTEL, 1978, p. 12).

O esquema proposto por Castel demonstra que o sistema político da psiquiatria do século XIX formou-se a partir da articulação de eixos específicos, que ele denominou de síntese asilar. Levando-se em consideração este esquema, é possível compreender, com mais clareza, a convergência entre as características da ascensão da psiquiatria do século XIX e o fenômeno da institucionalização da infância com deficiência. Ou seja, a compreensão do processo de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência pode ser analisada a partir dos eixos constituintes da *síntese asilar* que caracterizou a gênese psiquiátrica do século XIX.

São dois os argumentos primários que sustentam esta tese. O primeiro baseia-se na constatação de que, em quase sua totalidade, as crianças e adolescentes institucionalizados são portadores de deficiência mental e/ou transtornos psíquicos. Há igualmente crianças abrigadas com graves limitações motoras, mas raramente estas deficiências físicas estão dissociadas do comprometimento mental<sup>8</sup>.

O segundo argumento está na percepção de que as especificidades da institucionalização da infância com deficiência desviam-se da história comum dos internatos para as crianças desvalidas, e seguem os elementos que caracterizaram a gênese da psiquiatria no século XIX. Este argumento está presente em três eixos do esquema de Castel. O primeiro, o dispositivo institucional, sustenta-se na verificação de que o abrigo de crianças e adolescentes com deficiência acontece, prioritariamente, em instituições “especializadas” neste tipo de atendimento (RIZZINI *et al*, 2008). O segundo eixo, a *tecnologia de intervenção*, assinala que, assim como nos asilos psiquiátricos, o tratamento moral caracterizou a concepção das análises diagnósticas e as técnicas de intervenção voltadas à criança anormal, bem como às suas famílias. O terceiro eixo, o código teórico, baseia-se no percurso histórico que a psiquiatria percorreu para estabelecer categorias nosológicas que, ao mesmo tempo, contemplavam as crianças que escapavam dos quesitos “normais” do desenvolvimento infantil e a apontaram para os parâmetros de uma periculosidade social. A seguir, serão apresentados alguns dos resultados da pesquisa *Do confinamento ao acolhimento* (2006-2008), discutindo-os à luz das hipóteses apontadas.

### ***Abrigos específicos para pessoas com deficiência: o dispositivo institucional***

A referida pesquisa tinha como foco as crianças e os adolescentes com deficiência que se encontravam na rede de abrigos (públicos e conveniados) do Estado do Rio de Janeiro. Além da descrição detalhada desta população, o estudo englobou uma análise dos processos de encaminhamento para a rede de abrigos e a questão da reintegração familiar, objetivando a busca de opções de acolhimento e tratamento que promovessem os direitos desta população à convivência familiar e comunitária.

A partir do mapeamento das unidades de abrigo no Estado do Rio de Janeiro com disponibilidade para receber crianças e adolescentes com deficiência, a equipe responsável pela pesquisa observou que algumas instituições dedicavam-se exclusivamente ao atendimento de crianças e adolescentes com deficiência, o que se convencionou chamar de abrigos específicos, enquanto que outras faziam deste atendimento algo extraordinário. Estas foram chamadas de abrigos mistos. Em linhas gerais, o primeiro tipo referia-se às instituições voltadas exclusivamente ao cuidado de crianças e adolescentes com deficiência. Já os abrigos mistos eram aqueles que atendiam crianças com ou sem deficiência. O primeiro levantamento permitiu identificar um total de 460 pessoas (crianças, adolescentes e adultos) com deficiência abrigadas nas 15 instituições específicas<sup>9</sup>.

A partir dessas informações, identificou-se que o abrigamento de crianças e adolescentes com deficiência acontece, na maior parte dos encaminhamentos, nas instituições específicas. Identificado o abrigo específico enquanto dispositivo institucional prioritário para essa população, torna-se necessário compreender os fatores que orientam a lógica institucional e seus efeitos de longa permanência.

### ***Tratamento moral: a longa permanência e os efeitos de separação***

A longa permanência de crianças e adolescentes em unidades de internação se deu por meio de determinados processos políticos referentes à busca dos Estados por estratégias que conjugassem medidas de controle social e iniciativas de legitimação de uma ordem liberal-republicana. Entretanto, cabe destacar que o processo de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência seguiu um caminho diferente daquele direcionado à infância desvalida, e por essa razão, porta especificidades históricas. A relação entre o tema da institucionalização da criança com deficiência e os pressupostos da medicina mental do século XIX encontra, no processo de assimilação da infância anormal pela psiquiatria, seu fio condutor (LOBO, 1997).

A identificação dos abrigos específicos na pesquisa citada possibilitou a percepção de que estas “unidades especializadas” possuem características que as particularizam em relação aos abrigos mistos, ao mesmo tempo em que as aproximam das instituições psiquiátricas. Não se trata, no entanto, de afirmar que abrigos específicos e manicômios são iguais, mas de compreender que estas instituições específicas possuem características totalitárias semelhantes aos antigos dispositivos asilares da psiquiatria, principalmente no que se refere às práticas de isolamento e aos efeitos da longa permanência institucional (GOFFMAN, 1961).

A institucionalização promovida pelo asilo psiquiátrico aconteceu a partir da constituição do dispositivo institucional, elemento que funcionou, ao mesmo tempo, enquanto *locus* e ferramenta do tratamento psiquiátrico, segundo os pressupostos da tecnologia pineliana. O tratamento, de natureza moral, consistia na construção de uma ordenação institucional como recurso de produzir, sobre a loucura, uma “racionalidade” de organização. Essa “racionalidade” baseava-se, principalmente na operação do isolamento e da organização peculiar do tempo e dos espaços físicos “que tecem a vida cotidiana do doente com uma rede de regras imutáveis” (CASTEL, 1978, p. 87).

No que se refere à longa permanência institucional, a pesquisa *Do confinamento ao acolhimento*, apontou resultados significativos, tanto no que diz respeito ao grupo de crianças e adolescentes, população-alvo da pesquisa, quanto à significativa presença de maiores de 18 anos nos abrigos específicos. Em relação aos dados sobre o abrigamento de crianças e adolescentes com deficiência, identificou-se que a institucionalização acontece normalmente por longos períodos. Como o grupo estava distribuído em faixas etárias de 2 a 17 anos, privilegiou-se a avaliação do tempo de abrigamento em função da idade individual. Os resultados foram os seguintes:

**TABELA 1:** Distribuição das crianças e adolescentes com deficiências segundo proporção do tempo de vida que passou no sistema de abrigamento. 2007

|   | n          | %            |
|---|------------|--------------|
| Até ¼ do tempo de vida                  | 37         | 36,3         |
| Mais de ¼ até a metade do tempo de vida | 22         | 21,6         |
| Mais da metade até ¾ do tempo de vida   | 22         | 21,6         |
| Mais de ¾ até todo o do tempo de vida   | 21         | 20,6         |
| <b>Total</b>                            | <b>102</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Pesquisa “*Do confinamento ao acolhimento: mudando a prática de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência no Estado do Rio de Janeiro*” CIESPI/PUC-Rio – CNPq/MS, 2008.

A pesquisa permitiu concluir que 42,2% das crianças e dos adolescentes que se encontram nos abrigos específicos haviam passado mais da metade do seu tempo de vida confinados em instituições.

Em relação aos maiores de 18 anos, é possível estabelecer uma relação entre a grande concentração de adultos nos *abrigos específicos* com o fenômeno da longa permanência institucional, uma vez que se identificou que a maior parte dessas pessoas completou a maioridade já inseridas no sistema de abrigo. Neste sentido, a pesquisa investigou a idade com que os maiores de 18 anos entraram no sistema de abrigo e verificou-se que 151 pessoas (87,8% do total) ingressaram no sistema ainda criança ou adolescente.

A longa permanência institucional pode ser relacionada tanto aos longos períodos de abrigo, quanto à falta de perspectiva de saída das instituições. Conforme apontado pelos dirigentes das *instituições específicas*, a longa permanência está associada ao progressivo afastamento das referências familiares. No que se refere a este ponto, a pesquisa apontou que, no momento de entrada no sistema de abrigo, a maior parte das crianças e dos adolescentes com deficiência — 75,9% nos *abrigos específicos* — contava a suporte de seus familiares. No entanto, essa vinculação familiar foi sendo perdida ao longo da trajetória institucional.

A investigação desse processo se deu a partir de registros nos prontuários das instituições que permitissem identificar pessoas, dentre elas os referenciais familiares de origem, que fizessem parte da vida das crianças e adolescentes, levando em consideração três marcos temporais: a entrada no sistema, a entrada no abrigo atual e nos últimos seis meses que antecederam a pesquisa.

Os resultados mostraram que 15,2% das crianças/adolescentes nos abrigos específicos não contavam com ninguém na época de entrada no sistema. Em seguida, constatou-se que este percentual dobrou (30,4%) quando considerado a entrada no abrigo atual. Essa proporção sofreu ainda um aumento de cerca de 10%, quando avaliado o período dos últimos seis meses:

Em essência o que estes dados revelam é que para um terço da população em abrigos específicos, seu universo se reduzia à instituição. Significa também que seu destino vai se firmando como um candidato ao confinamento institucional perene (RIZZINI *et al*, 2008, p. 96-97).

Os resultados apresentados indicam que o grau de afastamento das referências familiares mostra-se proporcional ao tempo de abrigo. Neste sentido, identifica-se um processo de construção dialética entre a longa permanência institu-

cional e o afastamento das famílias: se a longa permanência produz o afastamento dos referenciais familiares e comunitários, estes, cada vez mais distantes, reduzem severamente a possibilidade de interrupção da institucionalização, já que a família representa, para a maioria dos casos, o único recurso de saída do abrigo. Os abrigos para crianças com deficiência e seus processos de longa permanência materializam, portanto, a síntese de um dispositivo institucional que, construído à semelhança do asilo psiquiátrico, segue uma lógica ambígua na sua concepção e duradoura nos seus efeitos.

### **Déficit e periculosidade: o código teórico da deficiência**

Seguindo o esquema analítico proposto por Castel (1978) para compreensão das bases que, articuladas, sustentaram a montagem do sistema asilar psiquiátrico, torna-se necessária a compreensão das características do código teórico, e sua possível aplicação ao tema da institucionalização da infância com deficiência. Neste sentido, os caminhos que levam a essa aplicação passam pela idéia da periculosidade social do louco enquanto critério de internação (BIRMAN, 1978) e pelo processo progressivo de assimilação da infância pela psiquiatria, seja pela busca da etiologia infantil no comportamento delinquente (DONZELOT, 1986; FOUCAULT, 2002), seja pela apropriação das anomalias da infância pelo saber psiquiátrico (FOUCAULT, 2006).

Como se pôde verificar, tanto o processo de assimilação da criança anormal pela medicina mental quanto a construção de um saber médico-pedagógico sobre ela, não se deu pelo aperfeiçoamento das categorias nosológicas psiquiátricas (LOBO, 1997). Ao contrário, essa inclusão foi possível a partir do enfrentamento do paradigma nosológico de Esquirol (que sustentava a *incurabilidade da idiotia*), associado a um método médico-pedagógico, este assentado sobre a noção do desenvolvimento de habilidades e controle das vontades primitivas oriundas do instinto.

Nesta direção, as forças que operam a favor da institucionalização da população de crianças e adolescentes com deficiência sustentam-se em dois eixos. O primeiro refere-se à periculosidade enquanto necessidade da dupla proteção, neste caso, da criança/adolescente e de sua família. O segundo eixo, por sua vez, se insere no *critério negativo da falta* como parâmetro para atribuição das várias categorias que descrevem a condição da deficiência. Seguindo estes dois eixos, e a partir dos resultados da pesquisa *Do confinamento*

ao acolhimento, as peculiaridades do código teórico da criança com deficiência serão analisadas.

### **Diagnósticos: grau de comprometimento e construção retrospectiva**

Seguindo a perspectiva de que o processo de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência não passa pela constituição de categorias nosológicas precisas, mas pelo *critério negativo da falta* (LOBO, 1997), a análise dos resultados da pesquisa em foco buscou articular os dados relativos ao diagnóstico e à avaliação do grau de autonomia da população abrigada.

Os resultados da pesquisa reforçam a hipótese de que a categoria nosológica, representada pela descrição diagnóstica, não se apresenta como um critério para a definição da medida de abrigo. Isso ficou evidente quando a pesquisa identificou que, para 56 crianças e adolescentes com deficiência assistidos nos abrigos específicos (50% do total) não havia qualquer diagnóstico na ocasião da entrada no sistema de abrigamento. No que se refere ao caráter retrospectivo da formulação diagnóstica, verificou-se que, ao longo do período de abrigamento, havia pelo menos um diagnóstico para a maioria dos abrigados (97,3%). Pode-se afirmar, portanto, que, seguindo a trajetória do “isolamento do alienado”, a construção diagnóstica se configura, em boa parte dos casos, como uma construção *a posteriori*. Birman (1978) demonstra os antecedentes desta prática:

Portanto, se havia um movimento de formulação teórica, com vistas aos ideais individualizantes da Clínica, a necessidade do isolamento e suas formas era uma justificativa *a posteriori* para uma prática que se realizava em torno da idéia de periculosidade social. Da mesma forma, a intensidade da enfermidade, usada como critério de isolamento completo ou incompleto era também uma construção retrospectiva, já que uma doença era considerada mais ou menos grave em função do ataque que realizava aos registros sinalizadores da periculosidade (BIRMAN, 1978, p. 266-267).

Entre os diagnósticos encontrados pela pesquisa, destacaram-se a paralisia cerebral infantil (encefalopatia crônica da infância), somando 47 casos (43,1% do total), o retardo mental não especificado em 19 casos (17,4%) e a epilepsia em 17 casos (15,6%), conforme a tabela abaixo:

**Tabela 2:** Percentual de crianças e adolescentes com deficiência nos abrigos específicos, segundo cada diagnóstico mais freqüentemente registrado no prontuário. 2007 n=109

| Diagnósticos principais na entrada do sistema de abrigamento    | n  | %    |
|---|----|------|
| Paralisia cerebral infantil (Encefalopatia crônica da infância) | 47 | 43,1 |
| Retardo mental não especificado                                 | 19 | 17,4 |
| Epilepsia   | 17 | 15,6 |
| Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado      | 13 | 11,9 |
| Distúrbios de conduta   | 13 | 11,9 |
| Hidrocefalia  | 11 | 10,1 |
| Paraplegia e tetraplegia  | 10 | 9,2  |
| Retardo mental moderado   | 10 | 9,2  |
| Retardo mental grave  | 10 | 9,2  |
| Retardo mental profundo   | 9  | 8,3  |
| Transtorno específico do desenvolvimento motor                  | 9  | 8,3  |
| Microcefalia  | 8  | 7,3  |
| Cegueira e visão subnormal                                      | 7  | 6,4  |
| Retardo mental leve   | 6  | 5,5  |

Fonte: Pesquisa “Do confinamento ao acolhimento: mudandwa de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência no Estado do Rio de Janeiro” – CIESPI/PUC-Rio - CNPq/MS,2008.

Além da identificação dos diagnósticos descritos nos prontuários, a pesquisa investigou dados relativos às condições de autonomia da população abrigada, com o objetivo de obter um melhor dimensionamento do seu grau de comprometimento. Encontrou-se que em torno de 50 a 64,3% das crianças e dos adolescentes pesquisados (56 a 72 casos) apresentavam os mais baixos indicadores de autonomia: não se comunicavam, não se locomoviam e nem se alimentavam sozinhos e não apresentavam controle esfinteriano. Nestes casos, verificava-se uma dependência direta e constante de terceiros para as

atividades de vida diária. Apenas 10 crianças e adolescentes (9,0%) apresentavam os melhores indicadores de autonomia. A equipe da pesquisa avaliou que o baixo grau de autonomia das crianças e dos adolescentes abrigados nas instituições específicas caracteriza essa população, principalmente quando estes resultados são comparados com os abrigos mistos:

Se pudéssemos traçar uma linha divisória entre esses dois grupos, o que os definiria como grupos distintos não seria a idade, a cor, a escolaridade, renda ou se recebem visitas, **mas sim a própria deficiência, mais especificamente, o tipo e o grau de comprometimento associados ao quadro da deficiência. Os abrigos específicos atendem crianças com quadros neurológicos e psiquiátricos graves.** Nos abrigos mistos encontram-se o que estamos chamando, nesta pesquisa, de um quadro difuso, sem descrições diagnósticas precisas. (RIZZINI *et al*, 2008: 93 - grifo nosso)

Como se pode verificar, as informações fornecidas pelas categorias nosológicas são pouco precisas como elemento de discernimento e identificação da população de crianças e adolescentes com deficiência institucionalizada. Neste sentido, a construção diagnóstica também se mostra retrospectiva em seus efeitos, esclarecendo suas limitações como critério determinante para a medida de abrigo. As informações relativas aos indicadores de autonomia, no entanto, revelam o baixo nível de autonomia desta população. Neste sentido, pode-se afirmar que a identidade nosológica desse grupo se apresenta sobre a ideia de déficit: um comprometimento funcional importante nas atividades da vida diária. Essa conclusão relaciona-se com o processo histórico da construção nosográfica das anormalidades da infância, onde o critério negativo da falta se apresentava enquanto traço comum à todas as categorias criadas pela medicina mental do século XIX (LOBO, 1997).

### **A primazia da periculosidade e o duplo sentido da proteção**

Além da imprecisão identificada no que se refere às descrições diagnósticas, torna-se necessário compreender a relação entre as características do comprometimento global dessa população e os motivos alegados para a medida de abrigo. Neste sentido, a pesquisa identificou os dados relativos ao motivo de encaminhamento para o sistema de abrigamento, conforme tabela a seguir:



**Tabela 3:** Percentual de abrigados segundo o motivo de encaminhamento para o sistema (2007)

| Motivo do encaminhamento para o sistema        | n  | %    |
|--|----|------|
| Carência de recursos materiais da família      | 52 | 46,4 |
| Quadro clínico do assistido                    | 37 | 33,3 |
| Abandono pelos pais/responsáveis               | 31 | 27,7 |
| Maus tratos praticados pelos pais/responsáveis | 25 | 22,3 |
| Falta de suporte da rede de serviços           | 13 | 11,6 |
| Situação de rua                                | 12 | 10,7 |
| Quadro psíquico do assistido                   | 5  | 4,5  |
| Abuso sexual praticado por outros              | 1  | 0,9  |
| Outros motivos                                 | 27 | 24,1 |
| Nenhum   | 1  | 0,9  |
| Informação ignorada                            | 5  | 4,5  |

Fonte: Pesquisa “Do confinamento ao acolhimento: mudando a prática de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência no Estado do Rio de Janeiro” – CIESPI/PUC-Rio - CNPq/MS,2008.

Os dados indicam o motivo do encaminhamento da criança ou adolescente para o abrigo<sup>10</sup>. Verifica-se que entre os motivos apontados para o encaminhamento, destacam-se: a carência de recursos materiais da família (46,4%), o quadro clínico do assistido (33,3%), abandono dos pais ou responsáveis (27,7%) e maus-tratos praticados pelos pais ou responsáveis (22,3%). É possível identificar, dessa forma, que os motivos alegados situam-se em dois eixos: (1) os fatores de risco relacionados à família e (2) as particularidades do quadro da deficiência da criança/adolescente.

Os fatores de risco relacionados à família, que incluem a carência de recursos, o abandono e os maus-tratos praticados, identificam nos grupos familiares a condição de carência e/ou risco para a criança com deficiência. Neste sentido, a família representa um fator de risco para a criança seja por sua situação sócio-eco-

nômica vulnerável, seja pelos atos de maus-tratos. A ideia da família como agente de risco está presente nos antecedentes históricos, tanto relacionada à origem dos distúrbios (DONZELOT, 1986), quanto na perspectiva da dimensão do risco ao corpo do paciente (BIRMAN, 1978). Em relação a este grupo de motivos, identifica-se, por um lado, a ameaça ao corpo da criança com deficiência — agravada pelo elevado grau de comprometimento —, e por outro, o papel central da família enquanto agente desta dimensão de periculosidade, seja por uma condição de vulnerabilidade social, seja por um risco potencial de “negligência”.

No segundo eixo, a condição da deficiência ocupa um papel central, reproduzindo a ideia do caráter negativo da falta (LOBO, 1997) enquanto um déficit funcional que necessita de cuidado diferenciado. Neste eixo, a família configura-se como o corpo ameaçado, uma vez que a condição da deficiência pode representar uma ameaça à integridade do núcleo familiar (BIRMAN, 1978).

A dimensão da periculosidade, portanto, estrutura-se sobre um sentido duplo e ambíguo, que identifica tanto a criança/adolescente com deficiência quanto sua família como corpos, em posições polarizadas e antagônicas: ora ameaçados, ora ameaçadores.

## Conclusão

As iniciativas assistenciais voltadas à infância pobre, na Europa e no Brasil, foram historicamente caracterizadas pelas perspectivas de controle tutelar das classes populares, *higiene* familiar e repressão às ameaças de “revolta” social. Levando em consideração a infância como objeto promissor de “um futuro civilizado”, que lugar mais apropriado para essa missão “regeneradora” do que uma grande instituição?

As crianças com deficiência, porém, seguiram um caminho um pouco diferente. Seja nos asilos psiquiátricos ou nos abrigos específicos para deficientes, a lógica que orientou sua trajetória institucional agregou outros vieses. Se por um lado havia o apelo - social e político - da infância, existiam também as “anomalias” e as periculosidades. A condição de anormal fez com que o processo de institucionalização de crianças com deficiência se diferenciasse da conhecida história dos internatos para menores.

As especificidades da institucionalização da infância com deficiência localizam-se, portanto, no campo de interseções entre assistência à infância pobre e a história da psiquiatria. Esta interseção tem importantes elementos de contato.

O primeiro seria a convergência histórica entre estes eixos temáticos, uma vez que a queda do Antigo Regime, na Europa, tanto abriu espaço para a ascensão do saber psiquiátrico, quanto fez emergir o mandato estatal de atenção à infância pobre. O segundo elemento seria o status antropológico: enquanto o louco recebeu a atribuição de doente, a criança pobre passou a ser vista como desvalida. Assimilado na instituição psiquiátrica pela sua potencial periculosidade, o idiota também carrega a noção de desvalido, uma vez que, segundo Esquirol, “é aquele que sempre esteve no infortúnio da miséria”.

O terceiro elemento desta zona de interseção refere-se ao abrigo, lócus onde se opera o processo de institucionalização. Neste sentido, vimos que o *dispositivo institucional* psiquiátrico reproduz, nos abrigos *específicos* para crianças com deficiência, os efeitos do *tratamento moral*: a longa permanência institucional e o afastamento dos referenciais familiares.

A necessidade de proteção — na sua concepção ambígua de proteger tanto a criança quanto sua família — e a expectativa da realização de um “tratamento” fortalecem a idéia da instituição especializada. As práticas de confinamento continuam sendo privilegiadas, sobretudo quando se identifica a conjugação da necessidade de cuidados especiais com a situação de vulnerabilidade social (invariavelmente acompanhada da noção de “negligência” familiar). Com isso, as perspectivas médico-pedagógicas que orientaram as instituições para crianças *anormais* no século XIX ainda mostram alguns sinais, fazendo da instituição especializada endereço certo para situações graves e urgentes e, neste cenário, o *abrigo para deficientes* se revelou um problema maior do que aqueles que buscou solucionar.

## Referências

ABREU, M. e MARTINEZ, A. F. *Olhares sobre a criança no Brasil: perspectivas históricas*. In: RIZZINI, I. (org.). *Olhares sobre a criança no Brasil – séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: EDUSU, 1997.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.

ARANTES, E. M. *Rostos de crianças no Brasil*. In Irene Rizzini e Francisco Pilotti (Orgs). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. São Paulo: Cortez Editora, 2009 (2ª edição).

ALTOÉ, S. *Infâncias perdidas: o cotidiano nos internatos-prisão*. Rio de Janeiro: Xenon Ed., 1990.

BEZERRA Jr, B.; AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, J. *A Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei 8.069 de 13 de Julho de 1990.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CIESPI/PUC-Rio. *Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos*. Projeto “Do confinamento ao acolhimento: mudando a prática de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência no Estado do Rio de Janeiro”. Rio de Janeiro: CIESPI/PUC-Rio; CNPq/MS. Anais do Seminário. [S.I.:s.n.], 2008.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. Rio de Janeiro: Perspectiva, 2002.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

\_\_\_\_\_. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006

\_\_\_\_\_. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GONDRA, J. G. *Artes de civilizar: medicina, higiene e educação escolar na Corte imperial*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2004.

HIMMELFARB, Gertrude. *Poverty and compassion*. The moral imagination of the late Victorian Era. New York: Vintage Books, 1991.

LOBO, L. F. *Os infames da história: a instituição das deficiências no Brasil*. Rio de Janeiro, 1997. Tese de Doutorado - Departamento de Psicologia, PUC-Rio.

MACHADO, R. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARCILIO, M. L. *História social da criança abandonada*. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS. *Plano Nacional de Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária*. Brasília: CONANDA/CNAS), 2005.

MOLLAT, Michel. *Os pobres na idade média*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.

RIZZINI, Irene. *O Século perdido: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Petrobrás – BR: Ministério da Cultura: USU Ed. Universitária, 1997.

\_\_\_\_\_. e PILOTTI, F. (Orgs.). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. São Paulo: Ed. Cortez. Terceira edição: 2011.

\_\_\_\_\_. *O século perdido*. Raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. Rio de Janeiro: AMAIS Ed./EDUSU, 1997. Reeditado pela Ed. Cortez em 2009. São Paulo: Ed. Cortez. Terceira edição: 2011.

\_\_\_\_\_. et al. *Do confinamento ao acolhimento - o cerne da questão: síntese dos dados, desafios e caminhos apontados pela pesquisa*. Rio de Janeiro: CIESPI/PUC-Rio; Cnpq/MS, 2008.

\_\_\_\_\_.; RIZZINI, I. *A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te corá/IFB, 1999.

SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças – cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

VASCONCELOS, E. M. *Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental*. In: Cadernos IPUB, n.7. Rio de Janeiro: IPUB, 1997.

VELHO, O. G (Org.). *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

## Notas

1. Psicólogo, Mestre em Serviço Social (PUC-Rio). Consultor da linha de Pesquisa Infância e Saúde Mental do CIESPI - Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância, em convênio com a PUC-Rio. Atua no campo das políticas públicas de Saúde Mental. Atualmente, coordena as atividades do programa de saúde mental do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) no Rio de Janeiro. Email: marcellorqueiroz@yahoo.com.br

2. Socióloga, Doutora pelo Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro (IUPERJ), com formação em Psicologia e mestrado em Serviço social (School of Social Service Administration, Universidade de Chicago), professora do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio e Diretora do CIESPI (Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância, em convênio com a PUC-Rio).
3. Como consta no Estatuto da Criança e do adolescente (Lei 8069/1990; Artigo 19) e no Plano Nacional de Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência
4. Do confinamento ao acolhimento: mudando a prática de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência no Estado do Rio de Janeiro (CIESPI/Cnpq/MS. Rizzini, coord.).
5. É necessário que se faça uma distinção entre as terminologias institucionalização e abrigamento. O termo abrigamento será utilizado no sentido jurídico do termo, como uma medida de proteção prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/1990; Artigo 101, item VII). A expressão institucionalização e suas derivações serão utilizadas, de forma valorativa, para designar os sentidos e os efeitos da longa permanência em instituições de caráter totalitário, segundo características definidas por Goffman (1961).
6. A *lettre de cachet* foi um instrumento para-judiciário muito utilizado na França pela monarquia absoluta para fins de punição. Consistia numa ordem do rei para mandar prender, por tempo indeterminado, e até que se corrigissem, pessoas que não se adequavam à moral da época, acusadas de devassidão, bebedeira, adultério, sodomia etc, ou que eram consideradas perigosas, como os tidos como feiticeiros e os religiosos dissidentes, e também operários ou aprendizes, cujo trabalho não satisfazia os patrões.
7. O caráter indissociável das estratégias assistências e da função reguladora da medicina higienista é apontado por Rizzini (1997) ao referir-se, no contexto da primeira república brasileira, ao aparato médico-jurídico-assistencial.
8. Dentre os principais diagnósticos encontrados, destacam-se a paralisia cerebral infantil (encefalopatia crônica da infância), o retardo mental não especificado e a epilepsia. Do confinamento ao acolhimento. Pesquisa coordenada por Irene Rizzini. CIESPI/PUC-Rio - CNPq/MS,2008.
9. Deste total (460), estão incluídos os maiores de 18 anos. Embora a pesquisa tivesse como foco crianças e adolescentes, o número total de pessoas com deficiência institucionalizada revela as dimensões do problema, uma vez que, como veremos adiante, os longos períodos de abrigamento condenam as crianças ao afastamento da família e à permanência na instituição, às vezes, por toda a vida.
10. Cada caso poderia apresentar mais de um motivo. Por essa razão, observa-se que o conjunto das frequências apresentadas é superior ao número de crianças e adolescentes pesquisados.

Recebido em março de 2012, aprovado para publicação em maio de 2012.