

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA INTERFACE COM AÇÕES DO CONSELHO TUTELAR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Daniel de Souza Campos.

Vanessa Cristina dos Santos Saraiva.

Resumo: Objetivamos analisar a abordagem dos Conselhos Tutelares diante da Violência Sexual (VS) contra crianças e adolescentes. O estudo aporta abordagem descritiva e exploratória. A requisição de tratamento médico, psicológico e psiquiátrico foi a principal medida aplicada. Não há uma retaguarda para o atendimento em situação de VS. Concluímos que a atuação do CT é essencial para enfrentamento da VS, porém, analisamos que medidas unilaterais como a requisição de avaliação psicológica, devem ser revisitadas sob pena de revitimização ou culpabilização das crianças e adolescentes, por parte de do serviço que deveria protegê-las prioritariamente.

Palavras-chave: Violência Sexual, Conselho Tutelar, Rede de atendimento.

Introdução¹

A violência sexual (VS), além de constituir um agravo à saúde capaz de provocar repercussões duradouras, é reconhecida como uma grave violação ao direito fundamental de crianças e adolescentes de permanecer a salvo de qualquer forma de exploração, violência, crueldade e opressão, assim como de ter preservados seus direitos sexuais (ECA, 1990; Gonçalves e Ferreira, 2002; OMS, 2002).

É consensual reconhecer que o direito de ser protegido de qualquer forma de coerção, discriminação ou violência no exercício da sexualidade é um direito humano (OMS, 2002). Outros direitos sexuais também são afetados pela VS: direito de escolher se deseja ou não ter relação sexual; direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; direito ao prazer livre de tortura, mutilações e violência de qualquer tipo; direito à saúde sexual, que envolve o sexo seguro com a devida prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/Aids; direito à informação (Brasil, 2005).

Tomando o tema sob a ótica do direito brasileiro, a sexualidade de crianças e

¹ Este estudo é desdobramento de dissertação de mestrado defendida no IFF/Fiocruz pelo professor Daniel de Souza Campos, em 2014, e das experiências fomentas pela pesquisa social / acadêmica e inserção no âmbito do Projeto de Pesquisa Prevenção da Violência Sexual no âmbito da Escola de Serviço Social da UFRJ. A inserção tanto do professor Daniel Campos, quanto da professora Vanessa Saraiva, no âmbito da Escola de Conselhos do Rio de Janeiro (ESS-UFRJ) e do Observatório dos Conselhos Tutelares do Rio de Janeiro (ESS-UFRJ), adensa as reflexões postuladas neste artigo.



adolescentes até recentemente ancorava-se na definição moral, no viés da proteção dos costumes, na ideia da tutela e focava suas resoluções visando à responsabilização dos agressores (Melo, 2010). A discussão se complexifica dado que a perspectiva de direitos envolve noções de autonomia e liberdade, mas se estabelece num contexto que crianças e adolescentes são considerados sujeitos em condição especial de desenvolvimento, portanto com discernimento ainda em construção. Assim, a concepção dos direitos sexuais de crianças e adolescentes incorpora as tensões entre autonomia e arbítrio e a ideia de tutela do exercício da sexualidade infanto-juvenil, salvaguardando-a de experiências consideradas inadequadas pela moralidade e pela ciência. O debate será especialmente controverso ao se tratar dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes.

A VS afeta as relações socioafetivas entre crianças e adultos, tornando-as erotizadas e genitalizadas, subverte as relações sociais esperadas de proteção, respeito, solidariedade e de socialização para autonomia que caberiam aos adultos em relação aos infantes (Faleiros, 2000). Cria ainda um clima de terror, isolamento e ameaças para que tais atos não sejam divulgados. Dentre as diversas formas da VS, tomamos como objeto de estudo, as modalidades do abuso e exploração sexual. O abuso sexual pode ser definido como todo ato ou jogo sexual que ocorre em relação hétero ou homossexual que visa estimular a criança ou adolescente ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (Brasil, 2001). Os autores de tal violência podem ser membros da família, conhecidos ou desconhecidos. A violência sexual é definida como todo o ato, insinuações e tentativas de consumir o ato.

Observa-se ampla variação de conceitos segundo os distintos campos disciplinares de origem. Há várias definições que visam especificar as condições em que a violência é perpetrada, características da vítima ou das relações estabelecidas entre vítima e autor da violência. Os termos oriundos da área do Direito, tais como estupro, atentado violento ao pudor e assédio, não raro aparecem nas definições utilizadas pelo setor saúde e demais áreas sociais, muitas das vezes produzindo confusões conceituais.

A exploração sexual comercial se caracteriza pela obtenção de lucros ou benefícios na comercialização dos corpos de crianças e adolescentes para fins sexuais (Morais et al., 2007). Tal forma de exploração abrange o uso de poder e hierarquia de

forma desigual que se traduzem em opressão e violação dos direitos. Costuma envolver vários agentes, entre mediadores (pessoas e instituições), aliciadores (familiares ou não), exploradores e clientes. Pode se expressar por distintas modalidades: pornografia, tráfico de pessoas para fins sexuais, turismo sexual e prostituição.

Apesar da sub-notificação, registros nacionais dimensionam a alta ocorrência da VS contra crianças e adolescentes no país. No período de 2009 a 2013 o setor saúde registrou 56.825 casos de VS (Brasil, 2013b) e o Disque 100 registrou 28.545 denúncias de exploração sexual no biênio 2011-2012 (Brasil, 2011). A mobilização e respostas sociais frente a este quadro estão orientadas pela mudança paradigmática instituída pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de tomar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos na condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (Brasil, 1990).

A partir do ECA, mecanismos e instituições públicas que viabilizam a intervenção ativa da sociedade civil em parceria com as organizações governamentais foram criados, tais como os Conselhos de Direitos e os Conselho Tutelares(CT). A perspectiva da democracia representativa orienta a constituição do CT que é composto através da eleição de cidadãos da comunidade e que por ação colegiada será o executor das atribuições constitucionais e legais de proteção à infância e adolescência (Quadros, 2011).

O CT é um órgão público municipal, de caráter autônomo, permanente e não jurisdicional (suas atribuições são executivas e não judiciárias ou policiais). Sua principal função é fiscalizar e fazer cumprir os direitos previsto no ECA, realizando atendimentos dos casos de violação dos direitos infante juvenis e aplicando medidas de proteção às crianças e adolescentes e aos pais ou responsáveis. O CT é um órgão não jurisdicional do Poder Executivo local e é por ele criado e mantido em sua infraestrutura (CONANDA, 2006). Espera-se dos CT, além das orientações e medidas aplicadas às famílias, o exercício de articulação de distintas instituições e setores que integram o Sistema de Garantia de Direitos, atuando em rede e visando a proteção e busca de restauração dos direitos violados (Digiácomo, 2010; Bazon, 2008).

O Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes (CONANDA) recomenda, em sua Resolução 139, a criação de um CT a cada 100 mil habitantes, ou em densidade populacional menor quando o município for organizado por Regiões Administrativas ou tenha extensão territorial que justifique a criação de mais de

um CT por região, devendo prevalecer sempre o critério da menor proporcionalidade. Além desses, a lei municipal pode acrescentar outros requisitos, definindo também o local, dias e horários de funcionamento e a remuneração dos conselheiros (CONANDA, 2010).

O CT possui a função primordial de zelar pelo efetivo cumprimento das garantias fundamentais das crianças e adolescentes, responsável em requisitar serviços, sem constituir um órgão de assistência social ou de realização de serviços (CONANDA, 2006). No entanto, quando não prestados de forma adequada os serviços básicos, caberá ao CT buscar a efetividade na prestação desses com apoio do Ministério Público. Todavia, os CT ainda encontram dificuldades internas e externas para garantir de forma integral e efetiva as garantias fundamentais destinadas a crianças e adolescentes. Muitos conselheiros não recebem formação que garanta conhecimentos técnicos específicos para atuação, o que acarreta dificuldades na aplicação de medidas para garantir ou restaurar os direitos violados.

A escassez de recursos destinados aos CT gera dificuldades na prestação dos serviços, o que repercute num quadro de precariedade de recursos humanos e materiais das instituições. Entretanto, o mais grave limitador da ação dos CT é o problema estrutural da insuficiência dos equipamentos sócio assistenciais e da fragmentação do trabalho em rede (Lemos, 2011). A partir destas preocupações, este artigo objetiva analisar o atendimento realizado por Conselhos Tutelares da cidade do Rio de Janeiro (CT) diante dos casos de Violência Sexual (VS) contra crianças e adolescentes, observando suas características e principais dificuldades.

Metodologia.

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo realizado por meio de pesquisa de prontuários de atendimento dos CT (Gil, 2008). O município do Rio de Janeiro foi local de escolha desta pesquisa por questões operacionais e por ser a terceira capital com maior número de CT (19 unidades) e apresentar elevado número de notificações de VS contra crianças (Brasil, 2013b). Como critério de inclusão, foi definido que os CT selecionados deveriam apresentar notificações das duas modalidades de VS (abuso e exploração), privilegiando aqueles com probabilidade de apresentar maior número de

notificações de exploração sexual, devido este evento ser mais raramente notificado.

Assim, os três CT que funcionavam como referência de atendimento aos territórios com maior número de pontos de exploração sexual (Conselho Tutelar da Zona Sul, do Centro e de Jacarepaguá) foram escolhidos. Estes serviços foram identificados a partir do mapeamento realizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), que apontou no biênio de 2007-2008, 13 pontos de exploração sexual infanto-juvenil na cidade. Os Conselhos foram codificados para resguardar sua identidade (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2008).

Cabe registrar que o CT I atende uma área de 849.21 habitantes, O CT II a 638.50 e o CT III a 263.920 habitantes. O trabalho de campo foi realizado no período de junho de 2012 a março de 2013. O trabalho de revisão bibliográfica foi retomado em 2023. Para levantamento dos casos, foi realizada a leitura de todos os prontuários de cada CT referentes aos atendimentos prestados nos anos de 2010 e 2011 para, a seguir, analisar o universo de atendimentos devido a VS.

Dos prontuários relativos ao atendimento de situações de abuso e exploração sexual, foram coletados em instrumento padronizado os seguintes dados: 1. data da notificação; 2. perfil sócio-demográfico das crianças/adolescentes; 3. descrição da situação de violência; 4. autores mencionados e vínculo com a criança/adolescente; 5. encaminhamentos realizados; 6. ações e medidas aplicadas às crianças e adolescentes e seus responsáveis legais; 7. situação dos encaminhamentos; 8. desfecho do caso.

Na fase de pré-análise, os dados coletados foram revistos para detectar erros de classificação. O programa *Adobe Reader* foi utilizado para digitação dos casos. Os resultados foram processados e analisados no programa SPSS 20 for Windows. Foi analisada a distribuição percentual dos atendimentos de violência sexual (abuso e exploração) segundo as variáveis descritas. Os resultados foram contextualizados à luz das condições e processo de trabalho dos conselheiros e das políticas públicas que normatizam a atuação dos Conselhos Tutelares².

As situações e sujeitos atendidos: resultados.

² Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa CEP/IFF/Fiocruz (CAAE 15756413.0000.5269).



Foram analisados 6.808 prontuários de crianças e adolescentes que apresentavam diferentes formas de violação de direitos. A VS representou 6,0% de todos os atendimentos realizados. Os casos de VS identificados se distribuíram desigualmente, variando entre 59% em 2010 e 41% em 2011. Como era de se esperar, dos 406 casos de VS atendidos predominaram as situações de abuso (87,2%). Nota-se que o CT que mais registrou casos de VS, a despeito de corresponder à área com mais habitantes dentre os demais, também apresentou o maior percentual de VS em relação à totalidade de seus atendimentos.

Predominaram os atendimentos envolvendo crianças e adolescentes do sexo feminino. As crianças (5 a 9 anos) foram mais frequentes nas situações notificadas de abuso sexual e as adolescentes (10 a 14) nos casos de exploração sexual. Foi expressiva a falta de informações sobre raça/etnia, escolaridade e origem regional. Vale pontuar que estes são dados que aparentemente não representariam dificuldades de coleta uma vez que a maioria dos casos envolveu o contato direto com a família. Características sócio-demográficas de crianças e adolescentes, segundo abuso e exploração sexual, Rio de Janeiro; Brasil, 2010 – 2011. Em 13,8% dos prontuários foram mencionadas as vulnerabilidades descritas pela literatura (Koller e De Antoni, 2004; Habigzang et al., 2005), como aquelas que aumentam as chances de sofrer violências sexuais: 24 crianças e adolescentes com familiar alcoólatra ou dependente químico, 15 crianças ou adolescentes com registro de uso de drogas e 12 em situação de rua. Algum tipo de deficiência/transtorno foi relatado em apenas cinco casos.

Considerando-se os casos de abuso sexual, observou-se que o autor da violência era um familiar em 85,9% dos casos. O pai mostrou-se o principal agressor em 96 casos. Os desconhecidos foram identificados como autores de 55,8% das situações de exploração sexual. Em relação à idade do agressor, esta variou entre 12 e 70 anos com média de 32,8 anos e desvio padrão de 13,9 anos. A idade do agressor foi identificada somente em 93 casos.

Considerando-se a totalidade dos casos, verificou-se que em 26,8% o comunicado ao CT foi feito por um membro da família; 21,9% por centrais de denúncia (13,3% pelo Disque 100 e 8,6% pelo Disque Denúncia); 16,7% por delegacia; 16,0% por unidade de saúde (12,1% por hospital e 3,9% por unidade básica); 7,6% por pessoa física (a própria vítima, profissionais autônomos, desconhecidos etc); 6,9% pelo Ministério

Público e Promotoria; 5,9% por escola; 2,0% por outros CT; e 2,0% por anônimo. Nos casos de abuso sexual o principal notificante foi a família (29,9%) e nos de exploração o destaque foi para o Disque 100 e Disque Denúncia que reunidos representaram 46% dos comunicados feitos aos CT.

No que diz respeito às instituições envolvidas no caso antes de ser feita a notificação ao CT, constatou-se que do total de 354 casos de abuso sexual, em 84 (23,7%) foi realizado algum atendimento em unidade de saúde. Outras instituições também fizeram atendimentos anteriores ao CT: delegacia (18,9%), unidades de ensino (7,3%) e Ministério Público e Promotoria Pública (6,8%).

Para as situações de exploração sexual, apenas em quatro casos (7,7%) foram realizados atendimentos prévios no setor saúde. Quanto aos outros setores da rede de proteção e defesa dos direitos, observou-se atendimento anterior em delegacias (15,4%), Vara da Infância e Juventude (11,5%) e Ministério Público (7,7%). Os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), as unidades de ensino, ONG's e Promotorias Públicas representaram, respectivamente 1,9% dos atendimentos anteriores ao CT.

A atuação dos Conselhos Tutelares nos casos de violência sexual: a realidade carioca.

Quanto ao tempo entre a chegada da notificação no CT e a distribuição do caso para um conselheiro, observou-se que em 205 casos (50,5%) este trâmite ocorreu no mesmo dia. Os casos que levaram mais tempo para serem distribuídos aos conselheiros corresponderam a 16,7% sendo: 4,7% entre um e dois meses; 5,0% de dois a três meses e 7% de três meses ou mais. Para 21% dos casos não foi possível resgatar esta informação.

Podendo ter havido mais de um encaminhamento para os serviços da rede feito em cada caso, nota-se que em primeiro lugar aparecem os serviços do Sistema Único de Assistência Social (Centros de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, o extinto serviço Secabex, também prestado pelos CREAS e os Centros de Referência de Assistência Social - CRAS (2,2%) correspondendo a 28,8%. Em seguida figuram as delegacias (23,6%) e a ONG Naca (Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente

Vítimas de Maus Tratos) (16,5%) que desenvolve ação especializada no atendimento às situações de violência sexual. Ministério Público e Promotoria corresponderam a 13,1% dos encaminhamentos dos casos e unidades de saúde a somente 12,1%.

As ações mais frequentes do CT envolveram a dupla tarefa de realizar atendimento na própria sede e a busca de parceria com outros serviços, através de encaminhamentos. Foram poucas visitas domiciliares e poucos atendimentos feitos pela equipe técnica do CT. Quanto à convocação do comparecimento da família, verificou-se média de 1,6 e desvio padrão de 1,1 e quanto aos atendimentos pela equipe técnica, observou-se média de 1,1 atendimentos e desvio padrão de 0,5.

Comparando-se a atuação nos casos de abuso e exploração, observa-se menor percentual de atendimentos na sede do Conselho para as famílias com crianças e adolescentes em situação de exploração sexual e, conseqüentemente, maior percentual de visitas domiciliares. Todavia, nenhum atendimento feito pela equipe técnica foi mencionado.

Em relação ao número de ações realizadas pelos CT constatou-se que em 39 casos nenhuma ação foi tomada. Em 112 casos verificou-se uma ação apenas. Em 181 casos foram assinaladas duas ações, em 88 casos três ações. Em 16 casos foram realizadas quatro ações, em três casos cinco ações e em dois casos foram necessárias seis ações. Houve, portanto, 2,0 ações realizadas por caso.

A requisição de tratamento médico, psicológico e psiquiátrico foi a principal medida para o desdobramento futuro em relação às crianças e adolescentes. Chama a atenção o fato de que não foi possível identificar quaisquer medidas previstas pelo ECA em 47,0% dos casos.

Com relação aos responsáveis legais, verificou-se que também predominaram os encaminhamentos para tratamento em saúde mental. Da mesma forma para os pais destacou-se o conjunto de casos em que nenhuma medida foi relatada. Em poucos casos foram requisitadas a perda da guarda ou a suspensão do pátrio poder. Em 51,% dos casos os encaminhamentos dados pelos CT foram cumpridos. Todavia, a principal dificuldade apontada pelos conselheiros foi a não adesão das famílias (19,5%) às solicitações de comparecimento feitas. No momento da pesquisa, 27 casos ainda estavam em andamento e 67 constavam como encerrados. Contudo, a informação sobre a situação do caso não estava presente na maioria dos prontuários (76,8%).

Na cidade do Rio de Janeiro os CT foram criados mediante a Lei municipal 2.350/95, cinco anos após a promulgação do ECA, em 1990. Aplicando a Resolução 139 do CONANDA, para atender a uma população de 6.429.922 habitantes em 2013, deveriam existir mais 52 Conselhos além dos 12 existentes à época. Esforços têm sido feitos pelo governo municipal e mais três CT foram criados desde então.

Consequentemente, alguns conselhos, como o CT1, realizavam o trabalho correspondente a 8 conselhos e 40 conselheiros.

O excesso de trabalho, a pressão por dar respostas adequadas e urgentes, além do desgaste emocional dos conselheiros tutelares, ocasionam estado de estresse, tensão e sentimento de impotência diante da baixa resolutividade de respostas a tantos e tão graves problemas de violação de direitos de crianças e adolescentes. Segundo o trabalho realizado com todos os Conselhos do município constatou-se a presença de sintomas significativos como estresse em 62% dos conselheiros que se encontravam, principalmente, na fase de resistência do estresse (83%), seguida pela fase de quase exaustão (9%). A totalidade dos conselheiros tutelares entrevistados mencionou aspectos da sua condição de trabalho como ponto negativo da sua atividade ou como fator de insatisfação na sua prática profissional. (Vosmirko, 2012). Tal quadro evidencia a necessidade de debates sobre a saúde física e mental dos conselheiros e os cuidados disponíveis.

O contexto de excessiva demanda de trabalho para poucos profissionais, condições nem sempre adequadas de trabalho como a ausência de equipe técnica, associadas ao considerável desgaste dos conselheiros constituem o pano de fundo de toda a discussão dos dados apresentados. Revela-se aqui uma contradição entre o avanço do modelo político que os CT representam, através da democracia representativa e da participação cidadã no exercício dos Conselhos e a real capacidade operacional destes e sua dependência ao poder executivo em prover meios de trabalho (Cantalice, 2011).

O primeiro aspecto a ser discutido é a precariedade do registro dos CT. A leitura de 6,8 mil casos foi necessária dado que os Conselhos não sabiam discernir do montante de atendimentos a distribuição por tipo de situação ou por direito violado. Os registros eram armazenados em pastas e guardados em arquivos antigos, não recebendo tratamento estatístico. A variável raça/cor, considerada estratégica para caracterização

das vulnerabilidades das situações de violência sexual (Brasil, 2008), foi sub-notificada, ainda que o contato direto com a família tenha sido feito na maioria dos atendimentos. Diversos prontuários apresentaram relatos com letra ilegível, informações incompletas e ausência de descrição da situação de violência.

A notificação feita principalmente por membros da família nos casos de abuso sexual e pelos serviços de denúncia anônima (Disque 100 e Disque Denúncia) positivamente evidencia o reconhecimento da população sobre os CTs e seu papel, mas por outro lado mostra que as instituições públicas ainda desempenham papel secundário neste processo. Ainda que com percentual modesto, as unidades de saúde e unidades policiais foram as que mais notificaram e as de educação a que menos comunicaram tais situações aos CT. A pouca participação das escolas em relação à notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de VS contra crianças e adolescentes, concorda com grande parte dos estudos que apontam que a desinformação, o medo de se envolver com o caso, o receio de represálias e o despreparo dos profissionais são fatores que colaboram para esse quadro (Costa e Brigas 2007; Cavalcanti, 1999).

Considerando-se que o Rio de Janeiro foi o município de notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 462 situações de VS de crianças e adolescentes entre 2010 e 2011 (Brasil, 2013b) e somente em três dos dezenove CT foram atendidos 406 casos, percebe-se que boa parte destas situações não chega aos serviços de saúde ou não é por eles notificada.

Positivamente, a despeito de todas as barreiras da desproporcional demanda em face ao número de conselhos, a distribuição dos casos de VS chegaram as mãos do conselheiro em até 7 dias em 57,6% dos casos. Todavia, para parcela de cerca de 17% dos casos, a distribuição demorou de um mês à mais de 1 ano, o que exige reflexão sobre os obstáculos ao acesso imediato das notificações ao conselheiro.

Notou-se uma postura de considerável pro-atividade dos CT para acionar outros serviços públicos, dado que em apenas 5 casos não foi envolvida qualquer instituição. Isso revela que apesar das dificuldades que enfrenta para desempenhar suas funções, o CT vem garantindo uma postura mais ativa com a rede de atendimento.

Tendo em vista as principais instituições acionadas pelos CT percebe-se a maior ênfase na provisão de encaminhamentos para o atendimento sócio-assistencial, o que condiz com a perspectiva de busca de restabelecer direitos e fazer garantir que políticas

públicas sejam cumpridas em prol do segmento infanto-juvenil (Nascimento et al, 2009).

As instituições de saúde foram pouco envolvidas de imediato nos atendimentos de VS (em 22,6% dos casos houve um atendimento prévio de unidade de saúde antes da notificação ao CT e em 12,1% um serviço foi acionado pelos próprios CT). Considerando se o contexto da VS e todas as implicações emocionais, os riscos à gravidez, DST e aids e as respectivas demandas de profilaxias e de outras ações clínicas (Brasil, 2011), este dado merece atenção por parte dos conselheiros. Todavia, dentre as medidas aplicadas às crianças e adolescentes, o maior destaque foi a “requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial”, em 47% dos casos. Estes dados revelam o reconhecimento da atuação estratégica dos serviços de saúde para parcela dos casos.

Contudo, é importante ressaltar que no país, os cuidados em saúde mental são limitados em decorrência da escassez de instituições com expertise no atendimento. Nesse sentido, segundo informação do DATASUS/CNES, existiam no município em 2014, apenas oito Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi) (Brasil, 2014)

Dentre os serviços que perfilam o protagonismo das políticas públicas, as escolas e a Coordenadoria Regional de Educação (CRE) foram as que menos tiveram envolvimento prévio ou foram acionadas pelos CT. A escola pode ser considerada instituição estratégica para o fortalecimento da ação de enfrentamento à VS contra crianças e adolescentes pois está presente por um tempo significativo na vida da maioria de crianças e adolescentes.

Nesse sentido, O Ministério da Educação (MEC), em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), elaborou o “O Guia escolar: Métodos para Identificação de Sinais de Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes”, lançado em 2003 e reeditado em 2013. Um dos objetivos do Guia é potencializar a cooperação dos educadores com a sociedade com o (SGDCA) e com o conjunto de políticas e serviços (Brasil, 2013a). Todavia, percebemos que a inter-relação entre o CT e a escola tem se restringido à simples comunicação formal de episódios violentos protagonizados por crianças e adolescentes.

Considerando-se o eixo de defesa de direitos, as Delegacias apareceram com destaque dentre os atendimentos prévios aos realizados pelo CT (18,9% dos casos) e dos

encaminhamentos feitos pelos CT (23,6%). Todavia, foi baixo o percentual de encaminhamentos para o MP (7,1%). Embora tal tema não seja de interpretação consensual, dado o caráter não jurisdicional dos CT, alguns autores consideram que os CT devem enviar ao Ministério Público toda notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal, ou seja, quando for identificado um crime (tal como muitas das situações de abuso e as situações de exploração sexual de crianças e adolescentes) (Quadros, 2011). Seria necessário levantar o debate sobre a qualidade da comunicação entre os CT e MP e, após o exame de cada caso atendido, identificar os motivos para o modesto percentual de encaminhamentos.

As ações mais frequentes diante dos casos de VS foram o atendimento feito na sede do CT e os encaminhamentos para outros serviços. Em contrapartida, as visitas domiciliares, foram estratégias pouco utilizadas. Levando-se em conta que os CT apresentaram médias altas de casos a cada mês ao longo de todo o biênio (respectivamente 274 casos/mês no CT1, 176 no CT2 e 116 no CT3) que se somavam aos casos em acompanhamento, é de se entender a seleção destas estratégias.

Considerações Finais.

A violência e o abuso sexual tem se conformado como dinâmicas que impactam nocivamente sobre a vida de crianças e adolescentes. São fenômenos que podem perpetuar por muito tempo e que tem se colocado de forma naturalizada no Brasil. A objetificação da infância e adolescência, bem como a conformação de uma cultura social e institucional adulto centrista, nos auxiliam a expansão da VS.

O CT, é um dos espaços institucionais que se colocam como ponto de apoio e rompimento com a VS, já que o CT, tem como pressuposto a defesa intransigente de crianças e adolescentes, bem como tem como tarefa a promoção de direitos. O Rio de Janeiro, possui 19 CTs, é uma das poucas capitais cujos CT possuem equipe técnica própria, formada por assistente social e psicólogo que devem apoiar as ações do conselheiros.

A pesquisa evidenciou que atendimento por parte da equipe técnica dos próprios CT foi incrivelmente baixo (6,7%), e em nenhum caso de exploração sexual foi feita tal interlocução. Este dado pode sugerir a existência de tensões, dificuldades de

comunicação e, principalmente, falta de clareza do papel potencial de colaboração que psicólogos e assistentes sociais podem desempenhar na elaboração de um plano de ações e das medidas a serem decididas e aplicadas pelos conselheiros.

Segundo a Resolução Municipal (Diário Oficial, 2004) cabe à equipe técnica interdisciplinar (Assistentes Sociais e Psicólogos) assessorar o Conselho Tutelar para definir procedimentos técnicos necessários ao acompanhamento interdisciplinar; buscar articulação com a rede de atendimento; participar de reuniões dos Conselhos Tutelares em que estão lotados e das demais instâncias ligadas aos conselhos de direitos; manter registros de atividades profissionais da equipe; realizar levantamentos de dados, que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas; acessar informações institucionais relativas aos programas e políticas sociais para subsidiar a intervenção no atendimento as crianças, adolescentes e famílias; realizar levantamentos de dados, estudos e pesquisas que contribuam para a análise da realidade social e para subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas; dentre outras atribuições.

Há vários questionamentos quanto à assessoria prestada pela equipe técnica aos conselheiros no que tange aos limites e possibilidades desse assessoramento. Alguns entendem que a ação da equipe técnica significaria a perda de autonomia de decisão que cabe aos conselheiros, outros argumentam que essa equipe é representante do órgão governamental, e sua ação poderia ter papel fiscalizador ou de monitoramento da ação cotidiana dos conselheiros.

Assim como o observado para as crianças e adolescentes, em relação aos pais ou responsáveis legais, a principal medida aplicada foi a “requisição de tratamento psicológico ou psiquiátrico”, em 40,4% dos casos. Tal dado desperta o questionamento sobre quais critérios avaliativos foram usados para tais julgamentos. Mais uma vez desponta a potencial contribuição que a equipe técnica poderia exercer nestas avaliações.

Conclui-se que os Conselhos realizam seu trabalho em meio a um considerável cenário de adversidades, grande demanda de trabalho, remuneração baixa e pouca retaguarda de serviços sócio assistenciais. Em contrapartida, apresentam conflitos internos na sua estruturação entre equipes e pouca articulação com importantes setores, como a Educação e mesmo a Saúde.

Nesse sentido, observamos que o enfrentamento da VS fica comprometido, seja



pela dificuldade de analisar o fenômeno e propor ações efetivas; seja pela adoção unilateral de requisições de serviços no campo da saúde mental para a criança e adolescente. Se compreendermos a VS como fenômeno múltiplo complexo e que está mediado por inúmeros atravessamentos, como acreditar que seu rompimento se dá unicamente pela via da intervenção em saúde mental? Nesse sentido, realizamos um chamamento para os profissionais que atuam com VS, sobretudo, àqueles inseridos nos CTs, para que busquem o fortalecimento coletivo sobre o fenômeno da VS, bem como de alternativas que ultrapassem a perspectiva de culpabilização ou patologização da VS. Como podemos observar trata-se de tarefa urgente, mas necessária.

Referências

Bazon MR. **Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto**. São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008; 24 (2): 323-332.

Brasil. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, jul. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Uma prioridade do governo**. Brasília, 2005.

_____. DECRETO Nº 6.347, de 8 de janeiro de 2008. Aprova o **Plano Nacional de Enfrentamento ao tráfico de Pessoas – PNETP** e institui Grupo Assessor de Avaliação e Disseminação do referido Plano. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Relatório de gestão do exercício de 2010/2011**. Disque 100 – Disque Direitos Humanos/Módulo Criança e Adolescente/Secretaria de Direitos Humanos/Presidência da República. Brasília, DF, 2011.

_____. **Guia escolar: Métodos para Identificação de Sinais de Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes/** Benedito Rodrigues dos Santos... et al, Rita Ippólito: coordenação técnica 2. ed. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos e Ministério da Educação, 2013a. 239 p.

_____. Ministério da Saúde. **Violência doméstica, sexual e/ou outras violências DATASUS** – Sinan. 2013b. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>>.

_____. Ministério da Saúde. **Tipos de Estabelecimentos** – DATASUS. 2014. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=33&VMun=330455&VUni=70&VUniSub=005>.

Cantalice LBOC. **A produção do conhecimento em torno dos Conselhos Tutelares: uma análise de teses e dissertações.** In: Santos, BR; Filho, RS;

Duriguetto, ML. (org.). **Conselhos tutelares: desafios teóricos e práticos da garantia de direitos da criança e do adolescente.** Juiz de Fora : Ed. UFJF, 2011. p. 39-58.

Cavalcanti MLT. **Estudo descritivo dos registros de violência doméstica no Conselho Tutelar de Niterói.** Cad. Saúde Colet. 1999; 7(2): 99-124.

Conanda. Resolução N° 113/2006. **Parâmetros para a Institucionalização e o Fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.** Brasília: CONANDA, 2006. Resolução N° 139/2010. **Parâmetros para Criação e Funcionamento dos Conselhos Tutelares.** Brasília: CONANDA, 2010.

Costa COM, Brigas M. **Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência.** Ciênc. Saúde Colet. 2007; 12(5): 1101-09.

Diário Oficial Município do Rio de Janeiro de 9 de agosto de 2004. **Dispõe sobre as atribuições das equipes técnicas dos conselhos tutelares do Município do Rio de Janeiro.**

Digiácomo MJ. **O papel dos Conselhos Tutelares: limites e obstáculos** In: Ungartti MA. (org.). **Crianças e Adolescentes: direitos sexualidades e reprodução.** São Paulo : Ed. Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e da Juventude – ABMP, 2010. p. 147-164.

Faleiros ETS. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.** Brasília: CECRIA. Ed. Thesaurus, 2000.

Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008. 175p. Gonçalves HS, Ferreira HL. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde.** Cadernos de Saúde Pública, 2002; 18 (1): 315-319.

Habigzang et al., **Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos.** Psic. Teor. e Pesq. 2005; 21(3): 341- 348.

Koller SH, De Antoni C. **Violência intrafamiliar: Uma visão ecológica.** In: Koller SH (Org.). Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 293-310.

Lemos FCS. **Inquietações a respeito das práticas de conselheiros tutelares: proteção e controle.** In: Santos BR; Filho RS; Duriguetto ML. (org.). Conselhos tutelares: desafios teóricos e práticos da garantia de direitos da criança e do adolescente. Juiz de Fora : Ed. UFJF, 2011. p. 75-86.

Melo ER, **Direito e norma no campo da sexualidade na infância e adolescência.** In: Ungartti MA. (org.). Crianças e Adolescentes: direitos sexualidades e reprodução. São Paulo : Ed. Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e da Juventude – ABMP, 2010. p. 43-60.

Morais et al., **Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes: um estudo com caminhoneiros brasileiros.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2007; 23 (3): 263-272.

Nascimento et al., **Conselhos Tutelares.** In: Assis SG (Org.). [et.al.]. Teoria e prática dos Conselhos Tutelares e Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz ; ENSP, 2009. p. 67-138.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre violência e saúde.** Genebra; 2002

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (município). Secretaria de Assistência Social. Escola carioca de gestores da Assistência Social. Serviço **de combate ao abuso e exploração sexual – SECABEXS**, Rio de Janeiro, 2008. 164p. Cadernos de Assistência Social, 16.

Quadros PO. **A atuação do Conselho Tutelar.** In: Santos, BR; Filho, RS; Duriguetto, ML. (org.). Conselhos tutelares: desafios teóricos e práticos da garantia de direitos da criança e do adolescente. Juiz de Fora : Ed. UFJF, 2011. p. 237-354.

Vosmirko NMS. **Conselheiros tutelares: uma análise sobre a relação saúde psíquica/trabalho.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

Daniel de Souza Campos: Professor do Departamento de Fundamentos do Serviço Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: d.campos@ess.ufrj.br

Vanessa Cristina dos Santos Saraiva: Professora do Departamento de Fundamentos do Serviço Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: v.saraiva@ess.ufrj.br