

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE - FARN
CURSO DE ENFERMAGEM**

LUCAS MAGNO DE LUCENA

ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL

**NATAL/RN
2011**

LUCAS MAGNO DE LUCENA

ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

**NATAL/RN
2011**

FOLHA DE APROVAÇÃO

A Monografia intitulada ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL, apresentada pelo aluno LUCAS MAGNO DE LUCENA, do Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN foi considerada Aprovada pela Banca Examinadora abaixo discriminada.

Natal (RN), 15 de dezembro de 2011.

Profa. Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira

Orientadora FARN

Profa.

Membro FARN

Profa.

Membro FARN

Dedico este trabalho exclusivamente a todas as crianças no mundo vítimas de Abuso e Exploração Sexual Infantil, e a Jesus Cristo que me levou a compreender o sofrimento delas e a amá-las como elas são.

“O que me assusta não é a violência
de poucos, mas a omissão de muitos.”
(Martin Luther King)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu amado Deus e Pai, e ao seu filho Nosso Senhor Jesus Cristo pela dádiva de me amar e de ter colocado em meu coração o desejo de ser um enfermeiro por excelência e de me debruçar sobre uma temática tão sensível e complexa como esta. E também de ter me ajudado nos momentos mais difíceis na construção desta obra.

Agradeço mais a minha mãe a Sra. Maria de Lourdes Magno Bacalhau e a Pastora Rute Miranda por me incentivar a não somente ingressar, mas também a viver essa especial profissão que é a arte de cuidar – a Enfermagem.

Agradeço também a minha noiva e futura esposa Valéria Bezerra de Medeiros por me apoiar e me dar forças para conclusão deste trabalho.

E agradeço também aos professores Osvaldo Goes, Patrícia Suerda e Izete Dantas por suas parcelas de colaborações e orientações imprescindíveis para construção desta Monografia.

RESUMO

A realidade social tem demonstrado que uma das situações mais graves e freqüentes de exclusão, vulnerabilidade e risco social em que são envolvidos crianças e adolescentes são as situações de exploração sexual comercial e de abuso sexual intra e extra-familiar e que os aspectos culturais, econômicos e sociais, aliados a pouca visibilidade, à ilegalidade e à impunidade que cercam esta questão no Brasil, têm-se revelado como elementos dificultadores do processo de enfrentamento para sua eliminação, o que requer uma série de ações articuladas entre o governo e a sociedade civil. Desta forma o objetivo deste trabalho foi conceituar e descrever o Abuso e a Exploração Sexual Infantil e expor como cada setor, sendo o Assistencial Social, o de Saúde bem como o papel do Enfermeiro, intervém no enfrentamento desta causa. A metodologia utilizada na construção desse trabalho foi a revisão bibliográfica. Observa-se que a Rede Assistencial possui ferramentas muito importantes, como o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Criança e Adolescente e o Programa Sentinela que visam juntos através de suas ações investigar, notificar, tratar, acompanhar e prevenir casos de abuso e exploração sexual infantil. O setor saúde representado pelo Ministério da Saúde em certas instâncias, na teoria trabalha em parceria com alguns órgãos da rede assistencial como, por exemplo, os Conselhos Tutelares, e também possui uma tarefa importantíssima de realizar investigações e notificações compulsórias de casos, desenvolvendo programas e ações de enfrentamento e combate contra o abuso e a exploração sexual infantil. E o papel do Enfermeiro que executando diretrizes específicas do Ministério da Saúde e como parte da sua responsabilidade social, ética e profissional enfrenta essa problemática, realizando denúncia, investigação, notificação, apoio, amparo, orientação e encaminhamento, além da sensibilização, determinação e disponibilidade necessária para uma possibilidade maior de resolução e prevenção de casos existentes.

Palavras-chave: Abuso. Exploração. Investigação. Assistência. Saúde.

ABSTRACT

Social reality has shown that one of the more severe and frequent exclusion, vulnerability and social risk that are involved in children and adolescence are the situations of commercial sexual exploitation and sexual abuse within and outside the family and cultural aspects, economic and social, coupled with poor visibility, the illegality and impunity surrounding this issue in Brazil, have proved as elements hindering the process of coping for its elimination, which requires a series of coordinated actions between the government and civil society. Thus the objective was to conceptualize and describe the Child Sexual Abuse and Exploitation and expose how each sector, and the Social Care, the Health and the role of the nurse intervenes in tackling this issue. The methodology used in the construction of this study was the literature review. It is observed that the health care network has very important tools, such as the National Plan to Combat Violence against Children and Adolescents and the Sentinel Program aimed together through their actions to investigate, report, treat, monitor and prevent cases of sexual abuse and exploitation child. The health sector represented by the Ministry of Health in certain instances, the theory works in partnership with health care network of some organs such as the Child Protection Council, and also has an important task to carry out investigations and compulsory notification of cases, developing programs and actions to fight and fight against child sexual abuse and exploitation. And the role of the nurse as performing specific guidelines of the Ministry of Health as part of their social, ethical and professional faces this problem, making the complaint, investigation, reporting, support, assistance, guidance and referral, in addition to awareness, determination and willingness necessary for a greater chance of resolution and prevention of existing cases.

Keywords: Abuse. Exploitation. Investigate. Assistance. Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL	13
2.1. O ASPECTO CONSTITUCIONAL DE AMPARO E PROTEÇÃO À CRIANÇA	16
2.2. O SETOR ASSISTÊNCIAL SOCIAL NO ENFRENTAMENTO CONTRA A VIOÊNCIA SEXUAL INFANTIL	18
2.2.1. Dimensões Estratégicas para Implementação do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infantil	19
2.2.1.1. Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes	20
2.2.1.2. Programa Sentinela	21
2.2.1.3. Redes de Proteção no Enfrentamento à Violência Sexual	23
2.2.1.4. O Parlamento na Defesa da Criança e do Adolescente	25
2.2.1.5. A Mobilização Social como base para a Proteção Integral de Crianças e Adolescentes em situação ou risco de Violência Sexual	27
2.2.1.6. Centros e ou Serviços de Referência	29
3. O SETOR SAÚDE NO ENFRENTAMENTO CONTRA O ABUSO E A EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL	31
3.1. RELAÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS CONSELHOS TUTELARES	36
3.2. NOTIFICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO AOS MAUS-TRATOS E PROMOÇÃO DE PROTEÇÃO	37
3.3. A CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO	41
3.3.1. A Dinâmica da Notificação de Maus-tratos pelo setor Saúde: Experiência em construção	43
3.3.2. Proposta de ficha de Notificação Compulsória	44

4. ANÁLISE DO PAPEL DO ENFERMEIRO (A) FRENTE AOS CASOS DE ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL	46
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
6. REFERÊNCIAS	52

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

Para o Ministério da Previdência e Assistência Social (2001), a realidade social tem demonstrado que uma das situações mais graves e freqüentes de exclusão, vulnerabilidade e risco social em que são envolvidos crianças e adolescentes são as situações de exploração sexual comercial e de abuso sexual intra e extra-familiar e que os aspectos culturais, econômicos e sociais, aliados a pouca visibilidade, à ilegalidade e à impunidade que cercam a questão do abuso e da exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil, têm-se revelado como elementos dificultadores do processo de enfrentamento para sua eliminação, o que requer uma série de ações articuladas entre o governo e a sociedade civil.

Outra problemática bastante relevante é que a realidade de vida das crianças e dos adolescentes abusados ou explorados sexualmente constata-se um outro tipo de violação, caracterizada pela ação ou omissão das famílias, da sociedade e do poder público, que respectivamente agem ou deixam de agir sob os argumentos dos costumes, das necessidades de sobrevivência, da deficiência das políticas sociais básicas, da fragilidade do aparelho público e do nível de organização das redes de exploração (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001).

Ressalta ainda o Ministério da Previdência e Assistência Social (2001), que a violência sexual contra crianças e adolescentes constitui-se um fenômeno complexo, cuja compreensão deve ser situada nos contextos histórico, econômico, cultural, jurídico, político e psicossocial, que configuram a estrutura da sociedade brasileira, estabelecendo seus valores e suas relações de gênero, de sexualidade, de raça e de poder. E embora o fenômeno do abuso e da exploração sexual de crianças e de adolescentes tenha tido maior visibilidade nos últimos anos, por intermédio de denúncias públicas e de campanhas, esse fenômeno ainda é difícil de ser quantificado, pois se manifesta de forma variada, não se restringindo a uma determinada região, estado ou cidade do País.

Segundo o Relatório da ONU (2003) sobre a Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil fez-se notório que a quantificação da Exploração Sexual Infantil é um ofício difícil devido a muitos fatores relacionados às características do

fenômeno sua ilegalidade, suas manifestações relacionadas ao crime organizado, as deslizes sociais ou ainda a cumplicidade, tornando o fenômeno invisível sendo assim difícil de quantificar.

O mesmo relatório diz que os dados disponíveis são aqueles colhidos por programas e Disque-Denúncia que dão assistência às vítimas. Esses programas dão maior assistência a vítimas de abuso sexual do que a vítimas de exploração sexual. A atitude de adolescentes explorados sexualmente, que geralmente não se vêem como vítimas, está ligada ao senso de impunidade já arranjado por criminosos e o sentimento de que nenhum erro será reparado pelo judiciário, tendo como resultado um número limitado de casos denunciados. Juntando-se a esses fatores que dificultam a qualificação do fenômeno, sendo quase que na maioria das vezes as crianças e adolescentes que são exploradas sexualmente são os mais marginalizados da sociedade, vivendo em alguns casos sem registro de nascimento. Eles não existem e estão fora do alcance dos serviços sociais. Isso significa que o número de casos relatados é apenas a ponta de um grande *iceberg* (RELATÓRIO DA ONU, 2003).

Os dados apontam de fevereiro de 1997 a janeiro de 2003, 4.893 casos de exploração sexual foram relatados através do Dique-Denúncia pela ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência). Sessenta e oito por cento (68%) dos casos relatados estão relacionados à exploração sexual e trinta e dois por cento (32%) restantes a abusos sexuais. A respeito dos casos examinados, 69% eram de prostituição infantil, 25%, crimes virtuais e apenas 3% de sexo turismo, 2% relacionados à produção e venda de material pornográfico e 1%, tráfico para fins de exploração sexual (RELATÓRIO DA ONU, 2003).

Segundo ainda o Relatório da ONU (2003) a cerca dos números e quantificações, no ano de 2003 no período de maio a novembro, o Disque-Denúncia centralizado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) registrou 3.874 denúncias de abuso sexual, violência e exploração sexual de crianças e adolescentes. Desse número, 509 foram de casos de exploração sexual comercial, 1203 referentes a abuso sexual e 2.162 envolvendo outras formas como, negligência violência física e violência psicológica.

A Intervida World Alliance durante a 1ª Conferência Internacional sobre Turismo e Exploração Sexual Comercial Infantil (ESCI) (2007), junto com outras organizações como a OIM (Organização Internacional de Migrações) coletou estimativas de exploração sexual infantil em toda América Central, além de Peru e Bolívia, e países da Ásia e Sudeste Asiático, mas alerta que a falta de dados exatos dificulta a determinação de um número mais preciso, tornando ainda mais difícil o alcance das investigações por parte dos setores responsáveis.

O objetivo deste trabalho é de realizar um estudo de descrição dos modelos de ações dos setores assistenciais, de saúde e o papel do enfermeiro no enfrentamento desta problemática. Descrever o Abuso e a Exploração Sexual Infantil como problemática social. Identificar como os setores assistenciais sociais e de saúde atuam no enfrentamento desta problemática. Apresentar o papel do enfermeiro analisando se há uma real posição de enfrentamento e no atendimento de crianças e adolescentes acometidas com tal problemática.

Para o desenvolvimento desse trabalho foi utilizado o método de revisão bibliográfica onde o processo de análise e de fundamentação do que já foi publicado sobre o tema foi empregado.

Para realização desta pesquisa foram utilizadas referências disponíveis na biblioteca da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN, além de artigos científicos disponíveis em bancos de dados na internet, em sites científicos como Scientific Electronic Library (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

O trabalho está dividido em 04 partes, sendo a primeira parte a Introdução, a segunda, a caracterização e o conceito do fenômeno do Abuso e Exploração Sexual Infantil, o Aspecto Constitucional de amparo e proteção à criança, e as ações do Setor Assistencial Social para o enfrentamento da problemática referida. Na terceira parte está abordado o Setor Saúde no enfrentamento contra o Abuso e a Exploração Sexual Infantil, na quarta, uma análise do papel do Enfermeiro (a) frente aos casos de Abuso e Exploração Sexual Infantil. Por fim as Considerações Finais, Referências e Anexos.

2. ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL

É importante para o conhecimento sobre a temática do Abuso e Exploração Sexual Infantil entender que existem ainda três tipos de violência que envolve uma ação ou ato criminoso, e são, a violência física, a psicológica e a sexual. A negligência que é a omissão dos responsáveis em garantir cuidados à criança ou adolescente pela falta de nutrientes e estímulos emocionais necessários à integridade física, intelectual, moral e social. A violência psicológica que é exposição da criança ou adolescente a situações de humilhação e constrangimento através de agressões verbais, rejeição, terrorismo, exploração e punições exageradas caracterizando a forma mais difícil de ser identificada, porque não deixa marcas físicas. A violência física onde o castigo corporal é com o pretexto de educar e disciplinar a criança ou adolescente, provocando lesões orgânicas clinicamente diagnosticadas, como ferimentos cutâneos, neurológicos, oculares e ósseos. E a violência sexual consumando-se em todo ato imposto por um adulto que utiliza seu poder sobre a criança, podendo ou não haver contato físico e/ou uso de força física (MACHADO et al, 2005).

Este último tipo pode estar subdividido em Estupro, onde há conjunção carnal ilícita, praticado pela força e contra a vontade, neste caso da criança e do adolescente. Atentado violento ao pudor, que se caracteriza em constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele pratique ato libidinoso diverso de conjunção carnal, bem como, voyeurismo, telefonemas obscenos e linguagem sexualizada. Atos libidinosos, onde o agressor procura satisfazer a sua vontade sexual ou libido, através de toques, contato sexual, com ou sem penetração (com dedos, pênis ou outros objetos, na região oral, genital ou anal), beijos (dependendo de sua intensidade e intencionalidade). Exibicionismo que é a exposição intencional e não natural do corpo de um adulto ou parte dele. E a sedução que caracteriza pelo emprego de meios não violentos para corromper sexualmente uma criança (MACHADO et al, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a caracterização do Abuso Sexual consiste em todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a

criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sobre a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Esse fenômeno violento pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual (voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros como é o caso da prostituição e da pornografia.

De acordo com Machado et al (2005), dificilmente o abuso sexual é descoberto por pessoas alheias à família. É um ato protegido por um verdadeiro muro de silêncio que “resguarda” a família, mas que impede a proteção da criança. A fim de manter o segredo, as crianças e ou adolescentes são privadas dos contatos sociais e a família tende cada vez mais a se fechar. A única saída das vítimas é o olhar atento dos educadores e das pessoas que de algum modo, fazem parte de sua vida fora de casa. Crianças e adolescentes costumam pedir socorro assim que estabelecem um vínculo de confiança com outro adulto.

Para Faria, Oliveira e Mendes (2007), a Exploração Sexual Infantil é uma forma de violência contra a criança, onde seu corpo é usado como instrumento de trabalho escravo e sexual para fins lucrativos. Seja de maneira involuntária e forçada, devido a uma vulnerabilidade física e psicológica de uma criança e de uma estrutura familiar prejudicada e em risco, ou de maneira voluntária como uma tentativa de escape da pobreza e da miséria em que se encontra a maioria das crianças e suas famílias.

Pode-se entender também que a Exploração Sexual de crianças é uma prática desumana que quebra os direitos humanos de uma criança sendo uma das mais graves formas de violação dos direitos humanos é a exploração de crianças e adolescentes para fins sexuais, os quais sofrem de violência física e psicológica, tornando-se ainda mais vulneráveis quando são vítimas do tráfico, sendo retirados do seu local de moradia, onde as pessoas e instituições são mais conhecidas. Esse fato fica ainda mais grave quando há saída do país e língua desconhecida (FARIA; OLIVEIRA; MENDES, 2007).

Machado et al (2005), no que diz respeito a caracterização do fenômeno da violência sexual infantil mostra que a força ou a sedução são as duas armas mais

comuns para conquistar a pequena vítima. O agressor tenta convencê-la de que ela é especial, encantadora, ou ainda suborna e lhe dá recompensas. 90% dos abusos são praticados por pessoas conhecidas e nem todos os abusadores atacam os próprios filhos, mas quando isso acontece, tem início com o primogênito, o qual é substituído, quando cresce, pelo próximo filho. A maioria dos abusos ocorre em casa, sem evidências físicas, independente de ter ou não havido estupro. A violência sexual infanto-juvenil pode ser praticada por pais (biológicos ou de afinidade), responsáveis legais (tutores, que podem ser inclusive padrinhos) ou parentes (irmãos, avós, tios, primos). Quase sempre as vítimas têm problemas emocionais, dificuldade de se relacionar e insegurança, podendo manifestar depressão, nervosismo, distúrbio do sono, comportamentos compulsivos ou ainda idéias de suicídio.

A criança mais nova, pouco vigiada e muito amigável com os adultos, pode tornar-se um alvo fácil para o violador, pois na infância, a formação e a estruturação dos valores sociais e culturais estão em processo de formação e análise crítica. Já os adolescentes apresentam mudanças em seus corpos, devido a revolução hormonal, encontram-se em fase de transição de valores e de informação, o que pode torná-los propensos à violência sexual (MACHADO et al, 2005).

Para Machado et al (2005), a criança abusada sexualmente pode não apresentar sinais físicos de contato sexual como evidência de lesões na genitália ou ânus, corrimento, DSTs e gravidez. No entanto, o comportamento modificado dessa criança de acordo com sua idade caracteriza-se como uma reação ao abuso sexual. Crianças entre 1 a 6 anos podem manifestar agressividade sexual contra amigos ou bonecos; os desenhos apresentam temas assustadores ou órgãos sexuais superdesenvolvidos, pintados geralmente com cores escuras; têm atitudes nervosas contra adultos; afastam-se dos amiguinhos. Crianças de 6 anos em diante demonstram medo de lugares específicos, como o quarto ou o banheiro; mostram desconforto na presença de determinado adulto; apresentam mudanças bruscas nos modos, nas atitudes e no comportamento; usam linguagem sexualmente explícita, imprópria para a idade; têm pesadelos e apresentam distúrbios de sono; falam coisas desconexas. A criança não fala claramente sobre a violência, pois tem medo, vergonha e culpa, acha que foi responsável pela situação. Às vezes nem sabe reconhecer o abuso como agressão.

Faria, Oliveira e Mendes (2007) remontam o contexto histórico no que diz respeito a Exploração Sexual dizendo que “a exploração sexual e o tráfico de pessoas é um dos casos em que a história permanece atual, mas precisamente no caso do Brasil, onde grande parte da sua população foi traficada e as mulheres sempre tiveram seus corpos utilizados como objeto de prazer. O nosso “país tropical” tinha uma característica particular por estar, na virada do século, saindo de uma sociedade escravista para execução do projeto de modernidade”.

Para o Ministério da Saúde (2002), a maioria das violências que ocorre hoje no Brasil e vítima crianças e adolescentes não é conhecida pelo Sistema de Saúde. Faz parte da maneira como a sociedade adultocêntrica trata esses seres em crescimento e desenvolvimento, muitas vezes, aliviando, na crueldade com que os tratam, as tensões da vida cotidiana.

O Ministério da Saúde (2002) também diz que tornar menos habitual as formas mais banais e as mais cruéis de maus-tratos é hoje uma necessidade. E pode-se dizer que é uma tarefa de alta relevância para a atenção e a promoção da saúde infantil e juvenil. A continuidade e a reprodução “endêmicas” das diferentes formas de maus-tratos acabam por potencializar o crescimento da violência social, um dos maiores problemas com os quais se defronta hoje a sociedade brasileira, e cujos estudos de tendência indicam sua continuidade e até crescimento pelo menos nos primeiros anos do século XXI.

2.1. O ASPECTO CONSTITUCIONAL DE AMPARO E PROTEÇÃO À CRIANÇA

O Estatuto da Criança e do Adolescente diz no Art. 5º que “*Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido da forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais*”.

Art. 13 – *Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.*

Art.130 – *Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsáveis, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum.*

Art. 240 – *Produzir ou dirigir representação teatral, televisiva ou película cinematográfica, utilizando-se de crianças ou adolescente em cenas de sexo explícito ou pornografia. Pena: Reclusão de 1 a 4 anos e multa. Parágrafo Único: Incorre na mesma pena quem, nas condições referidas neste artigo, contracenar com crianças e adolescentes.*

Art. 241 - *Fotografar ou publicar cena de sexo explícito ou pornografia envolvendo criança ou adolescente. Pena: Reclusão de 1 a 4 anos.*

Art. 244-A - *Este artigo e seus parágrafos foram acrescentados ao Estatuto, pela Lei nº 9.975, de 23 de junho de 2000. Submeter criança ou adolescente como tais definidos no caput do artigo 2º desta lei, à prostituição ou exploração sexual. Pena: Reclusão de 4 a 10 anos e multa.*

Parágrafo 1º - Incorrem nas mesmas penas o proprietário, o gerente ou responsável pelo local onde se verifique a submissão de criança ou adolescente às práticas referidas no caput deste artigo.

Parágrafo 2º - Constitui efeito obrigatório da condenação a cassação da licença de localização e funcionamento do estabelecimento.

Art. 245 - *Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Pena: três a vinte salários de referência, aplicando-se dobro em caso de reincidência.*

. Diz a Constituição Federal no Art. 227 - *É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência e a exploração, violência, crueldade e opressão. Parágrafo 4º - A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.*

O Código Penal Brasileiro diz no Art. 213 - *Estupro: constranger mulher à conjugação carnal, mediante violência ou grave ameaça. Pena: Reclusão de 6 a 10 anos. É um crime hediondo de acordo com a Lei 8.072. No art. 9º. Dessa lei é prevista uma causa de aumento da pena, isto é, aumenta-se mais a metade quando praticado o crime contra a pessoa que se encontra nas condições do art. 224 (violência presumida – menos de 14 anos). Neste crime o sujeito passivo (vítima) só pode ser mulher.*

Art. 214 - *Atentado violento ao pudor: constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjugação carnal. Pena: Reclusão de 6 a 10 anos. É considerado também um crime hediondo, implicando aumento de pena conforme descrito no artigo anterior. Neste crime o sujeito passivo (vítima) pode ser homem ou mulher.*

Art. 217 - *Sedução: Seduzir mulher virgem, menor de 18 anos e maior de 14, e ter com ela conjugação carnal, aproveitando-se de sua inexperiência ou justificável confiança. Pena: Reclusão de 2 a 4 anos.*

Art. 218 - *Corrupção de menores: Corromper ou facilitar a corrupção de pessoas maior de 14 anos e menor de 18 anos, com ela praticando ato de libidinagem, ou induzindo-a a praticá-lo ou presenciá-lo. Pena: Reclusão de 1 a 4 anos. O sujeito passivo desse crime é qualquer pessoa maior de 14 e menor de 18 anos, independentemente de sexo. Condutas típicas desse crime: Prática de ato de libidinagem com menor de 18 e maior de 14 anos. Induzimento a tal conduta, para que o ato seja realizado pelo menor, ou assistência de ato libidinoso, por parte do menor. As duas últimas modalidades dizem respeito à facilitação de corrupção (corrupção acessória), enquanto a primeira se refere à corrupção propriamente dita.*

Art. 224 - *Presume-se a violência se a vítima: a) não é maior de 14 (quatorze) anos; b) é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância; c) não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência.*

2.2. A REDE ASSISTÊNCIAL NO ENFRENTAMENTO CONTRA A EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL NO BRASIL

Faria, Oliveira e Mendes (2007) relatam que no caso brasileiro, participar do processo de construção de uma Política Nacional de enfrentamento à violência sexual e ao tráfico de pessoas representa um processo inovador de cumprimento de compromissos nacionais e internacionais. Tradicionalmente, a partir de uma demanda social, constroem-se modelos de intervenções que, após testar uma discussão com a sociedade civil e uma articulação com o poder público para garantir recursos, universalizam-se benefícios, por meio de programas de prevenção e reabilitação social das vítimas de exploração. Assim se deu, por exemplo, a construção do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, mais conhecido como PETI.

Ainda com relação ao enfrentamento da exploração sexual de crianças e adolescentes, os esforços do Brasil tiveram início com o PAIR (Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes), coordenado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Esse programa foi iniciado no final de 2004 e tem como escopo a integração de todos os ministérios, programas, organismos internacionais e outros setores relacionados à proteção dos direitos das crianças e adolescentes e enfrentamento ao crime de exploração sexual e tráfico para os mesmos fins (FARIA; OLIVEIRA; MENDES, 2007).

2.2.1. Dimensões estratégicas para implementação do plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil

Segundo o Relatório de Monitoramento 2003-2004 do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (2006), algumas medidas são preconizadas e estabelecidas na tentativa da resolutividade deste problema.

O Comitê Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil vendo-se impossibilitado de executar um mecanismo capaz de apreender as várias iniciativas, estudos e práticas de atendimento para proceder a uma análise sobre os resultados e processos das ações governamentais e não-governamentais executados em toda parte do país, todavia, reconhecendo o esforço concreto do estado e da sociedade civil para implementar o Plano Nacional, elegeu algumas estratégias de ações que tiveram a

participação efetiva e consensuadas entre os pares da Rede Nacional, sendo estas, expressões reais que indicam as bases necessárias para a implementação dos Planos Nacional, Estadual e Municipal no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

2.2.1.1. Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes

Criada pelo Governo Federal, em fevereiro de 2003, como uma estratégia de integração de programas e ações de âmbito federal, a Comissão Intersetorial tem como principal tarefa a proposição de políticas públicas para a erradicação da violência, abuso e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, consideradas como graves violações aos direitos humanos, praticadas em todo território nacional (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

O Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), diz que a Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes é coordenada pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República desde março de 2005, sendo a Comissão composta por representantes dos Poderes Públicos: Executivo, Legislativo e Judiciário, bem como o Ministério Público, Conanda, Comitê Nacional, Organismos Internacionais e organizações da sociedade civil. Desde a sua criação, a Comissão Intersetorial tem papel importante na realização da articulação das esferas de governo, integração das ações do governo federal e interlocução com as organizações da sociedade civil

Segundo o Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), no que diz respeito ao desempenho de suas funções, a Comissão Intersetorial criou subcomissões temáticas, com destaque para o combate à pornografia infanto-juvenil (STPIN), que teve como resultado a elaboração do Programa Nacional para o enfrentamento do fenômeno e que conta com a participação de várias polícias, empresas e associações, como exemplo a Associação Brasileira de Provedores de Internet, a ABRANET.

Outro trabalho importante desta Comissão foi a criação do Programa Turismo Sustentável e Infância, no âmbito do Ministério do Turismo, voltado ao enfrentamento

do turismo sexual envolvendo crianças e adolescentes, e que conta com uma efetiva parceria do setor empresarial do turismo (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

Por fim, a Comissão Intersetorial, com apoio técnico financeiro da UNICEF e consultoria do Grupo de Pesquisa da Universidade de Brasília – VIOLES, elaborou uma matriz referencial em que mapeia os fenômenos da violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o território brasileiro (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

Relata ainda o Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), que a Matriz Intersetorial é um levantamento de dados que tem por finalidade subsidiar o planejamento no âmbito do governo federal e das políticas públicas para o país, no que se refere ao enfrentamento da violência sexual de crianças e adolescentes. Portanto, pretende-se, com o estudo, colaborar para articular políticas públicas federais, enfrentar a impunidade e garantir os direitos das crianças e dos adolescentes do Brasil.

Segue ainda que tal levantamento apresenta o mapeamento geo-social dos municípios brasileiros, a partir de dados de pesquisas recentes sobre o tema, informações do Disque Denúncia de Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes e ainda das recomendações constantes do Relatório Final da CPMI do Congresso Nacional que investigou a violência e as redes de exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil. Portanto, trata-se de uma ferramenta constituída de informações sistemáticas (quanti-qualitativas), que vai possibilitando a análise, orientação, organização e a formulação de políticas públicas (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

2.2.1.2. O Programa Sentinela

Na perspectiva da implementação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, em especial no seu eixo estratégico do atendimento, a Ex-Secretaria de Estado da Assistência Social (SEAS/MPAS), agora Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), realizou em outubro de 2000 uma consulta técnica à rede de órgãos e instituições que protagonizavam ações de

enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil, consideradas bem sucedidas. Dessa consulta originou a proposta de atendimento especializado, multiprofissional e interdisciplinar, numa perspectiva de construção de redes envolvendo as famílias em situação de violência sexual a partir das crianças e dos adolescentes. Como resposta a essa proposta, em dezembro de 2002, foi criado o Programa Sentinela, para, no âmbito da assistência social, coordenar o processo de atendimento das crianças, dos adolescentes e das famílias envolvidas em situações de violência sexual (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

Como está escrito no Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), o Programa Sentinela é um conjunto de ações sociais especializadas e multiprofissionais dirigidas ao atendimento de crianças, adolescentes e famílias envolvidas com a violência sexual. O programa foi estruturado para atender as determinações da Constituição Federal, do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Lei Orgânica de Assistência Social e do próprio Plano Nacional.

Ressalta ainda o Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), que o Programa Sentinela também se constitui numa ação de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, inserido no Programa de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, coordenado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e, está atualmente presente em todos os estados da federação e no Distrito Federal.

Com a implantação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, em 2006 o Programa Sentinela foi inserido como serviço do CRAS – Centro de Referência de Assistência Social, obedecendo de forma específica as Normas Operacionais Básicas da Política Pública de Assistência Social, alcançando uma abrangência de 1104 municípios da nação brasileira (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

O Relatório aborda ainda que:

A finalidade é construir, em um processo coletivo, redes de atenção para garantir os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes. O fortalecimento de sua auto-estima e o restabelecimento do direito à convivência familiar e comunitária em condições dignas de vida. Criar condições que possibilitem às crianças e aos adolescentes vitimados e

suas respectivas famílias, o resgate e a garantia dos direitos, o acesso aos serviços de assistência social, saúde, educação, justiça e segurança, esporte, lazer e cultura, guardando compromisso ético, político e a multidisciplinaridade das ações (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006, p. 12).

O CRAS - Centros de Referência de Assistência Social é o responsável por operacionalizar o programa com equipamentos sociais de base, implantados nos municípios, para assistência social às crianças, aos adolescentes e às famílias com necessidade de proteção especial, de média complexidade e atendimento especializado. Nesses espaços são realizadas assistências especializadas de acolhimento e proteção imediata com abordagem multiprofissional com enfoque no apoio psicossocial e jurídico dos casos (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

Segundo o Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), os avanços do Programa Sentinela registrados são, o aumento do número de denúncias dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes e a potencialização de atendimentos das redes locais de às crianças, aos adolescentes e famílias vítimas de violência sexual. A existência de um mapeamento inicial dos pontos de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes nos municípios, agendamento e garantia de maior visibilidade para a temática da violência sexual nos municípios que está presente e contribuição efetiva para a construção dos Planos Municipais de Enfrentamento à Violência Sexual, bem como a potencialização, a sensibilização e a mobilização das áreas governamentais e da sociedade civil. O atendimento psicossocial e jurídico tem significado para as crianças, os adolescentes e as famílias atendidas, elevação da auto-estima, inclusão em outras políticas públicas saúde, educação, trabalho, moradia e programas de complementação de renda entre outros.

2.2.1.3. Redes de Proteção no Enfrentamento à Violência Sexual

O Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006) relata que no contexto histórico da luta pelo estabelecimento da democracia e da cidadania, mobilizada em torno do Movimento Constituinte de meados dos anos 80, surgem várias iniciativas no seio da

sociedade civil, apontando soluções para questões que exigiam mudanças nos paradigmas legais, culturais e político, com destaque para a questão da violência e desigualdade de gênero, a desigualdade racial, a desigualdade regional e em especial à questão dos direitos da criança e do adolescente.

É nesse contexto, e por dentro desse movimento, que o Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), diz que no campo da defesa dos direitos do segmento infanto-juvenil é concebido o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, cuja efetivação encontra-se detalhada na Lei 8069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente.

Os princípios fundamentais de gestão, estabelecidos no Estatuto, orientaram para a municipalização do atendimento, a participação direta da sociedade, a criação dos Conselhos de Direitos, de composição paritária (envolvendo o poder público e a sociedade civil) e a criação do Conselho Tutelar, composto por pessoas escolhidas em sua própria comunidade. Uma consequência prática e imediata das conquistas formais consagradas na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8069/90, foi a tomada de posição de setores dos poderes públicos, de organizações da sociedade civil e de executores de ações de atendimentos à criança e ao adolescente, para um reordenamento de suas práticas e programas de proteção social (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

É por causa desse debate e reflexão, segundo o Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), que o conceito de “Rede” começa a adquirir significância no movimento social em favor dos direitos da criança e do adolescente, aumentando as possibilidades de assumir o desafio e a responsabilidade de fazer com que os direitos conquistados sejam traduzidos em políticas públicas.

O Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006) diz ainda que as organizações sociais que atuam no campo infanto-juvenil, mais uma vez acompanham as tendências que vêm se estruturando no Brasil e na nova ordem democrática, agregando a estratégia de organização das Redes de Proteção como formas de articular, mobilizar e prestar atendimento qualificado, ampliado e legitimado aos processos de intervenções sociais, que representam situações de vulnerabilidade e/ou risco social, ambiental e pessoal para a criança e o adolescente.

Conforme está escrito no Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), a Rede é um padrão organizacional que prima pela descentralização na tomada de decisão, pela democracia, flexibilidade e dinamismo de sua composição, pelo alto grau de autonomia de seus integrantes e pela horizontalidade das relações entre os seus elementos. É através de um processo de radical que a rede flui em direção a desconcentração de poder, onde sua morfologia é uma fonte severa de reorganização das relações de poder.

É importante ressaltar que segundo o Relatório do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil:

A Rede de Proteção não requer necessariamente um novo serviço, ou uma nova obra, mas sim uma concepção que dá ênfase à integração e intersectorialidade. A concepção de Rede permite que novos parceiros se agreguem, ampliando o espectro inicial de instituições e, portanto, de alternativas de intervenção. Ampliar parceiros, envolver instituições governamentais e não governamentais e a comunidade, são algumas diretrizes que norteiam a Rede de Proteção. Segundo o professor Vicente Faleiros, (2000) “As redes são uma aliança de atores/forças num bloco de ação político e operacional. O foco do trabalho em redes não é um problema imediato, isolado, mas a articulação de sujeitos (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006, p. 14).

2.2.1.4. O Parlamento na Defesa da Criança e do Adolescente

No que se refere ao Parlamento e suas respectivas ações na defesa da criança e adolescente o Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), diz que a Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente tem sido um forte instrumento na luta por um estilo de vida melhor para as novas gerações. A partir de 2003, este movimento suprapartidário ganhou novo fôlego, alcançando número recorde de adesões, tanto na Câmara Federal quanto no Senado. Atualmente, 120 deputados e 25 senadores encontram-se engajados na Frente Parlamentar, uma prova, sem equívocos, de que a pauta da infância e da adolescência conquista cada vez mais os corações e mentes no parlamento brasileiro.

O enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil se constitui segundo o Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), uma das principais questões na Pauta

da Frente Parlamentar e que sem dúvida, permitiu que essa luta alcançasse um ganho significativo reforço a partir de 2003, quando, em junho, foi instalada no Congresso Nacional, uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar essa grave violação dos direitos de crianças e adolescentes. A CPMI teve a senadora Patrícia Saboya como Presidente e a deputada Maria do Rosário como Relatora.

Segue o Relatório de Monitoramento 2003-2004 à respeito da Frente Parlamentar que:

O Relatório Final da CPMI, aprovado em Julho de 2004 registra que foram percorridas todas as regiões do Brasil, visitados 22 Estados, realizadas 34 reuniões e audiências públicas, além de 20 diligências. A Comissão analisou ainda 958 documentos, ouviu 285 pessoas e recebeu 832 denúncias vindas de todo o país, das quais 543 resultaram em notícias-crime. Neste relatório final, a deputada Maria do Rosário (PT-RS), uma corajosa e incansável guerreira na busca por mais qualidade de vida para as meninas e meninos brasileiros, sugeriu o indiciamento de cerca de 250 pessoas, entre políticos, empresários, magistrados, líderes religiosos e esportistas. Mas, o relatório não se limitou apenas a apresentar os resultados das investigações. Ele trouxe também sugestões consistentes para aprimorar as políticas sociais do país, bem como propostas para alterar a atual legislação brasileira no que diz respeito aos crimes sexuais (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006, p. 15).

Com o término da CPMI segundo o do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantil, foi instituído uma Comissão Mista de acompanhamento das propostas apresentadas e a Frente Parlamentar vem concentrando esforços na aprovação das proposições legislativas de mudanças nas leis. O Senado Federal, com a liderança da senadora Patrícia Saboya, já aprovou na íntegra e por unanimidade essas proposições que já seguiram para a Câmara Federal. A Comissão Mista e a Frente Parlamentar dedicam-se também ao trabalho de conseguir mais recursos no Orçamento da União para os programas de prevenção e atendimento nesta área e ao acompanhamento dos desdobramentos das investigações realizadas em mais de um ano de intenso trabalho (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

2.2.1.5. A Mobilização Social como base para a Proteção Integral de Crianças e Adolescentes em situação ou risco de Violência Sexual

Os crimes de Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes alimentam-se do medo das vítimas de denunciar as agressões, nutrem-se da omissão ou da falência pública para lidar com a questão e ganham força na silenciosa cumplicidade social. Acompanhados por receio ou tabu, os temas carecem da mobilização de todos os setores da sociedade para serem enfrentados (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

O Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006) lança o seguinte questionamento: Como construir um processo ampliado de participação popular para a promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes em situação ou risco de violência sexual? Um dos caminhos sugeridos é o da mobilização social que se caracteriza pela capacidade de convocar vontades, de envolver os cidadãos num processo coletivo de mudança social. Esse processo da mobilização ainda pressupõe ações básicas para sua efetivação, tais como: sensibilização social; participação social; formação de parcerias; articulação de esforços múltiplos e; organização do coletivo de cidadãos ou comunidade para implementar ou desenvolver ações sociais.

A mobilização ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade ou uma sociedade age com objetivos comuns buscando, dia após dia, resultados decididos e desejados por todos. Por isso, mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum sob uma interpretação e um sentido também compartilhados. Sendo a mobilização uma convocação um ato de liberdade, oposto da manipulação e um ato público de vontade e de paixão (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

Para que a implementação da Mobilização Social aconteça segundo aborda o Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), é necessário que exista um “articulador” que deve criar as condições necessárias para que a mobilização ocorra. Ele é o responsável pelo fluir das negociações que vão dar legitimidade política e social à construção da Rede de Proteção local. Qualquer processo de mobilização social depende em seu início e continuidade, do grau de confiabilidade social da pessoa,

grupo ou organização que lança a convocatória àqueles a quem pretende mobilizar – o articulador.

Para o Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006) do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, quem tem o poder de articular para mobilizar a sociedade na defesa dos direitos de crianças e adolescentes? Em cada cidade esta pergunta poderá ter respostas diferentes como o Conselho de Direitos; o Conselho Tutelar; a Justiça da Infância da Juventude, o Ministério Público, o Prefeito, uma associação e um grupo de cidadãos. É necessário que cada município identifique aquele ou aqueles que podem assumir este papel.

Algumas estratégias são fundamentais como diz o Relatório de Monitoramento 2003-2004 (2006), para o sucesso do processo de mobilização. Destacam-se entre elas: identificar os atores/instituições no município que trabalham na garantia de direitos de crianças e adolescentes como os Conselhos de Direitos e Tutelares, membros do Judiciário e do Ministério Público, pastorais, igrejas, associações comunitárias e lideranças, entidades de prestação de serviços, entidades de defesa de direitos, organizações governamentais - secretarias de assistência social, saúde, educação, trabalho, cultura, esporte e lazer. Privilegiar os espaços já existentes como fóruns, comissões ou redes já formadas, sensibilizar os atores/instituições por meio da socialização de dados e análise de situação/ diagnóstico da exploração e do abuso sexual contra crianças e adolescentes no município e finalmente mapear com a participação dos atores/instituições envolvidos como o enfrentamento da exploração e do abuso sexual vem sendo realizado no município, quem recebe as denúncias dos casos, para onde elas são encaminhadas e quais os serviços existentes.

É importante ressaltar que a mobilização social não é apenas um ajuntamento de pessoas, ou algo que muda drasticamente o cotidiano das pessoas e das organizações sociais. Mobilizar é fazer com que cada pessoa, agindo em seu contexto, compartilhe com outras pessoas de outros contextos um mesmo propósito e seja sensibilizada pela mesma motivação. Assim, um verdadeiro processo de mobilização social vai contribuir para que a sociedade, diante do desafio de proteger suas crianças e seus adolescentes, seja capaz de: estabelecer coletivamente objetivos de curto, médio e longo prazo; unir pessoas, grupos, instituições e comunidades em torno desses

objetivos; manter, ao longo do tempo e em face das adversidades, uma constância de propósitos, ou seja, não esmorecer e perseverar (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO 2003-2004, 2006).

2.2.1.6. Centros e ou Serviços de Referência

Os Centros e ou Serviços de Referência segundo ressalta o Ministério da Previdência e da Assistência Social (2001), na perspectiva do Programa de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, constituem-se em bases físicas que os municípios implantam para execução de ações especializadas de atendimento e proteção imediata às crianças e aos adolescentes vitimadas pela exploração sexual, desenvolvendo dessa forma esses serviços.

Algumas atividades desenvolvidas nos Centros ou Serviços de Referências são: o acompanhamento permanente (24horas) as crianças e aos adolescentes vítimas violência, abuso e exploração sexual, com atendimento realizado por assistentes sociais e psicólogos com vistas ao apoio psicossocial inicial, entrevistas com usuários e familiares, identificação dos casos, com levantamento das informações familiares e peculiares à situação, apoio psicossocial e acompanhamento e abordagem junto às crianças e aos adolescentes vitimados sexualmente e violados em relação aos direitos da convivência familiar e comunitária. Procedendo ao conhecimento da realidade de vidas das crianças e adolescentes, denúncia ao sistema de segurança, proteção social das crianças e adolescentes, mapeamento dos locais de exploração e/ou redes organizadas, abordagem educativa buscando a retirada das crianças e adolescentes da situação de exploração, retirada imediata das situações em que se encontram (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL 2001).

O Ministério da Previdência e Assistência Social (2001), no que diz respeito ainda sobre o Programa de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes mostra que é necessário dentro dessa proposta de atividades o encaminhamento e acompanhamento das crianças e adolescentes vítimas violência, abuso e exploração sexual em programas e serviços nas áreas de assistência social, saúde, educação, trabalho, justiça e segurança, esporte, cultura e lazer, projetos

comunitários, etc. E por fim, reuniões periódicas com técnicos e profissionais que acompanham os casos juntos aos serviços da rede. Reuniões semanais com as famílias das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, formando grupos de apoio psicossocial, grupos de apoio psicossocial com reuniões periódicas (no mínimo duas vezes na semana) com crianças e adolescentes, vitimados sexualmente, estabelecimento de um plano de ações integradas com vista à remissão dos casos atendidos.

3. A SAÚDE NO ENFRENTAMENTO CONTRA A EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL NO BRASIL

Considerando a experiência da violência como uma problemática muito relevante para a saúde, compreende-se que sua superação desafia tanto você como indivíduo, como as instituições do setor. Para conseguir modificar o quadro terrível dos maus-tratos que, muitas vezes provocam incapacidades e morte, é preciso construir um processo socializador fundado na idéia da comunicação estabelecida pelo diálogo, como meio insubstituível para a resolução de conflitos. Nesse diálogo, crianças e jovens tomam parte, devem ser ouvidos, orientados e protegidos em sua cidadania especial. Propor isso não é falar de uma utopia irrealizável. É contribuir para que uma lei, criada pelos brasileiros e promulgada pelos poderes públicos, possa ser respeitada e tenha efeitos práticos para modificar as formas violentas de relacionamentos sociais e familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A violência como uma das principais causas da morbimortalidade faz com que a criança e o adolescente violentado seja considerada pela Organização Mundial de Saúde, como o maior problema de saúde pública e para uma atuação efetiva é necessário pesquisas e trabalho integrado, proporcionando maior visibilidade do problema e a busca de estratégias para combatê-la (MACHADO et al, 2005).

O Ministério da Saúde (2002) ressalta também que o ECA em Artigo 11 tem uma formulação muito clara sobre o papel do setor saúde como diz o e do setor educacional, tratando-os como esferas públicas privilegiadas de proteção que recebem incumbências específicas: a de identificar, notificar a situação de maus-tratos e buscar formas (e parceiros) para proteger a vítima e dar apoio à família. Nele, os artigos do Capítulo I, que tratam dos direitos fundamentais garantidos às crianças e aos adolescentes, abordam a proteção à vida e à saúde, desde a sua concepção, determinando as ações que devem garantir o atendimento à gestante e o acesso irrestrito dos meninos e meninas aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde através do Sistema Único de Saúde – SUS.

Portanto, pode-se concluir que o setor saúde, já há 11 anos, recebeu um mandato social especial que consta do Estatuto da Criança e do Adolescente, para

atuar nos diagnósticos de maus-tratos: cabe-lhe o dever de notificar. Mas esse é um mandato que de forma muito escassa é cumprido, e isso por vários motivos. Infelizmente muitos profissionais de saúde o desconhecem. Alguns, ainda que saibam da lei, não estão convencidos de que devem exercer esse papel considerado, por alguns, como alheio aos cuidados tipicamente médicos. Outros, dotados da mesma mentalidade tradicional dos pais ou da sociedade, julgam que as violências contra a criança e o adolescente, ou são problemas menores ou devem ser resolvidas no âmbito das relações familiares, onde na maioria das vezes são geradas e reproduzidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), essa frente de ação do setor saúde, que para alguns é ainda novidade, é muito importante porque os problemas de violência de qualquer espécie, tradicionalmente, foram deixados à consideração apenas da justiça e da segurança pública. O que, na prática, sempre coube ao campo da saúde é dar jeito nos estragos causados pelas lesões e traumas provocados pelos pais, irmãos ou por outros agentes, quando chegam aos ambulatórios e hospitais. Mas sua ação geralmente se limitou a cuidar dos problemas físicos.

Algo bastante relevante sobre tratar a violência como um problema de saúde, é que o setor cria uma nova pauta interna de questões que são, ao mesmo tempo, ricas, necessárias e inquietantes. Pois passa a reconhecer que esse fenômeno não é uma doença do agressor (havendo casos psicopatológicos que assim devem ser considerados, embora sejam raros), nem uma doença da vítima (podendo, por outro lado provocar ou se associar à eclosão de enfermidades), mas, um sério problema social que causa agravos à saúde. Essas distinções exigem uma abordagem diferenciada que inclui conhecimentos já consolidados em outras áreas, sobretudo, no campo social. E também dilui a clássica divisão entre clínica e saúde pública porque demanda uma forma de intervenção que junte as duas. De um lado, uma menina ou um menino que demanda os serviços deve ter seus problemas físicos (lesões e traumas) ou emocionais (derivações intrapsíquicas) atendidos por meio das técnicas terapêuticas convencionais. De outro, é importante incluir, nesse trabalho, as ações de prevenção e de promoção próprias da saúde coletiva. Nesse último caso, são fundamentais os procedimentos de identificação e controle de situações de risco, de acompanhamento

de grupos mais vulneráveis e de articulação e diálogo com os familiares, com serviços públicos e com organizações não-governamentais que atuam na implementação de políticas sociais inclusivas e protetivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A primeira pergunta que ocorre quando se coloca esse novo problema dentro das preocupações do setor é a seguinte: como atuar diante dos maus-tratos sem se limitar ao tratamento médico dos traumas e lesões resultantes desses problemas? Reconhecendo os problemas de escassez de tempo, de pessoas, e desejando levar a sério essa questão tão importante, vem logo uma segunda pergunta: como articular interprofissionalmente um grupo que possa alimentar os conhecimentos da equipe, especializar-se mais na capacidade diagnóstica, e acompanhar os desdobramentos em relação às crianças e adolescentes vítimas? Pois, o mais comum de acontecer é que, uma vez deixado o local de atendimentos os seus agravos visíveis, os meninos e meninas voltam aos ambientes onde se reproduzem os mesmos comportamentos e as mesmas relações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Durante muitos anos, grupos de movimentos sociais combateram e até os dias de hoje continuam combatendo em defesa dos direitos de crianças e adolescentes. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que entrou em vigor a partir de 1990, é uma lei que objetiva garantir melhor qualidade de vida, assegurando os direitos das crianças e dos adolescentes de nosso país. Para que seja cumprida, surgiram os Conselhos Tutelares, órgãos responsáveis por requisitar os atendimentos às vítimas, além de acompanhar o tratamento dado aos casos de violência (MACHADO et al, 2005).

Para o Ministério da Saúde (2002), o artigo 13 do ECA é muito importante para informar e orientar a atuação dos profissionais de saúde o encaminha os dados pela equipe de saúde: os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sendo considerada infração administrativa, sujeita a multa de três a vinte salários de referência, a não comunicação à autoridade competente, pelo médico ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde, dos casos de que tenha conhecimento (Art. 245).

O Conselho Tutelar é uma instituição criada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente nos artigos 131 a 140, com a importantíssima missão de zelar pelo cumprimento de todos os direitos garantidos a esses indivíduos em formação é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos nesta lei (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Teixeira (1998) diz que o Conselho Tutelar é permanente, pois deve funcionar 24 horas por dia, todos os dias do ano, não podendo haver vacância entre um mandato e outro, devendo ser independente de gestões municipais ou estaduais; é autônomo porque ninguém pode interferir ou influenciar as suas deliberações, tendo liberdade de ação diante de outros poderes constituídos para decidir, com base no ECA, as melhores medidas para cada situação; e não-jurisdicional porque o mesmo não tem autoridade para julgar nenhum tipo de conflito – o que compete ao juiz o Conselho deve ser criado por Lei Municipal por tratar-se da criação de um órgão público. Esta Lei deve definir o local, dia e horário de funcionamento do Conselho e a eventual remuneração dos seus membros, cujos recursos deverão estar incluídos na Lei Orçamentária Municipal.

As atribuições dos Conselhos como diz o Ministério da Saúde (2002), será atender à criança e ao adolescente que tiveram seus direitos ameaçados ou violados; atender e aconselhar pais e responsáveis das crianças que tiverem seus direitos ameaçados ou violados, podendo aplicar-lhes medidas, requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança, representando junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações. Encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal aos direitos preconizados pelo ECA, encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência, providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária para o adolescente autor de ato infracional, expedir notificações, requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente.

Também são atribuições dos Conselhos Tutelares assessorar o poder executivo municipal na elaboração da proposta orçamentária necessária para garantir os investimentos necessários à implementação de políticas e à manutenção da retaguarda

dos serviços de proteção às crianças e aos adolescentes vítimas de maus-tratos e desrespeitadas em seus direitos, representar, em nome da pessoa e da família contra a violação dos direitos infringidos por programações de rádio e televisão, propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente e representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do pátrio poder (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Conforme o Ministério da Saúde (2002) diz, o Conselho Tutelar deverá ser informado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente sobre todas as instituições registradas para atuar no atendimento à criança e ao adolescente. Caberá ao Conselho Tutelar, em conjunto ao Judiciário e ao Ministério Público, fiscalizar as entidades cuja finalidade seja a prestação de atendimento e de cuidados à criança e ao adolescente. Isso se faz muito importante no que tange a comunicação e na atuação de forma paralela e conjunta com entidades de apoio e amparo a crianças e adolescentes.

Os conselheiros devem atuar na operacionalização da política de atendimento, intervindo sempre que haja ameaça de violação dos direitos infantis e juvenis. São interlocutores indispensáveis dos profissionais de saúde, que neles devem encontrar apoio para garantir a continuidade da atenção a questões que estão fora da esfera de atuação da saúde. E vice-versa, na medida em que os serviços de saúde precisam dar seqüência ao atendimento dos problemas físicos ou emocionais às vítimas a eles reencaminhadas pelos conselheiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Mesmo sendo preconizado pelo ECA que cada município tenha, no mínimo um Conselho Tutelar, apesar de já passados 11 anos da promulgação do ECA, ainda há muitos municípios que não possuem Conselhos Tutelares. No ano de 1998, 64,8% dos municípios do país estavam nesse estágio. Essa situação é ainda mais grave nas regiões norte e nordeste, onde, respectivamente, 73,3% e 85,3% dos municípios não os implantaram. Existe em vários locais, casos de maus-tratos e de outras violações de direitos que costumam ser encaminhados para as Varas da Infância e Juventude, para outra Vara no caso da não existência da Vara especializada, ou ainda para a Promotoria Pública, que, se for o caso deve ser notificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

3.1. RELAÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS CONSELHOS TUTELARES

Mas, mesmo naqueles locais em que há Conselho Tutelar em funcionamento, são muitas as dificuldades enfrentadas para que esse órgão cumpra com eficiência e eficácia o papel que lhe foi atribuído pelo ECA. Os problemas vão desde a falta de estrutura física que na maioria deles é precária, até as deficiências em questões mais substantivas. Essas dificuldades têm conseqüências práticas na atuação dos Conselhos Tutelares e são percebidas pelos profissionais de saúde quando lhes encaminham casos dos quais deveriam cuidar. Os questionamentos de muitos profissionais sobre a exigência da notificação costumam se referenciar em situações mal sucedidas, vividas por eles ou por colegas, em encaminhamentos feitos a Conselhos Tutelares. Muitas ponderações e relatos são procedentes e constatados por vários estudos (ANCED/MNMMR, 1997; IBAM, 1998; ISER, 1999; SILVA, 2001).

Pesquisas têm mostrado que a precária infra-estrutura dos Conselhos e a falta de pessoal preparado para cumprimento da missão de conselheiros vêm desestimulando muito as relações entre eles e os serviços de saúde. Frente à obrigação da notificação, muitas equipes de saúde ficam com dúvidas, têm resistências e sentem receios que acabam por dificultar a implementação das ações de encaminhamento. Essas dificuldades são expressas quando há ocorrência de experiências negativas anteriores no trato com a família da criança vitimada, receio do menino ou da menina ser enviado para o que popularmente se convencionou chamar "Funabem", ou para qualquer instituição pública que o (a) afaste do núcleo afetivo da família, causando-lhe maiores danos do que aqueles que já sofreram. Ainda visão de que se trata de um problema da família, não sendo de responsabilidade de uma instituição de saúde, temor de estar enganado, notificando uma suspeita infundada, desconhecimento de quais situações deveriam ser realmente notificadas e falta de clareza sobre o processo de notificação (DESLANDES, 1999, 2000).

O Ministério da Saúde (2002) ressalta que os argumentos expressos pelos profissionais de saúde, em relação aos problemas que os Conselhos Tutelares enfrentam para se firmarem como órgãos de proteção à criança e ao adolescente, freqüentemente correspondem à realidade. Porém, não basta criticar, cabe à sociedade

e também aos que atuam no setor, cobrarem dos poderes públicos que sejam garantidas a esses órgãos, as condições necessárias para que cumpram sua missão ou até, se for o caso, assumir responsabilidade cidadã de procurar se informar sobre o processo de escolha dos conselheiros, obtendo informações sobre os candidatos e votando-nos mais adequados. Também pode atuar se candidatando, colocando assim sua experiência profissional a serviço do Conselho.

Conseqüentemente a integração entre o setor Saúde e os Conselhos Tutelares ainda se encontra pouco expressiva, em todas as regiões do país. Isso expõe quão pouco se tem feito pela integração destes dois serviços, os de saúde e os específicos do Conselho, tão essenciais ao crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde compreendam os procedimentos que os Conselhos adotam com as vítimas por eles encaminhadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

3.2. NOTIFICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO AOS MAUS-TRATOS E PROMOÇÃO DE PROTEÇÃO

A definição que abrange de forma mais ampla a notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente é para o Ministério da Saúde (2002): Uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados sócio-sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos, uma vez que o abuso e ou a exploração sexual infantil é uma forma de maus-tratos e violência contra criança e adolescente. O ato de notificar inicia um processo que visa a interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor. A definição citada e o objetivo proposto significam, portanto, que notificação não é e nem vale como denúncia policial. O profissional de saúde ou qualquer outra pessoa que informa uma situação de maus-tratos está dizendo ao Conselho Tutelar: “esta criança ou este adolescente e sua família precisam de ajuda!” Ao registrar que houve maus-tratos, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima, e chama o poder público à sua responsabilidade.

Ao Conselho Tutelar, portanto, cabe receber a notificação, analisar a procedência de cada caso e chamar a família ou qualquer outro agressor para esclarecer, ou ir in loco verificar o ocorrido com a vítima. Os pais ou responsáveis (familiares ou institucionais), a não ser em casos excepcionais em que essa parceria se torne inconveniente, devem ser convidados a pensar juntamente com os conselheiros, a melhor maneira de encaminhar soluções, sempre a favor da criança ou o do adolescente. Apenas em casos mais graves que configurem crimes ou iminência de danos maiores à vítima, o Conselho Tutelar deverá levar a situação ao conhecimento da autoridade judiciária e ao Ministério Público ou, quando couber, solicitar a abertura de processo policial. O trabalho do Conselho é especificamente garantir os direitos da criança e do adolescente, realizando os procedimentos necessários para isso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O profissional de saúde, por motivos éticos, deve ter o cuidado de conversar com a família, explicando-lhe a necessidade da notificação para que ela seja beneficiada com ajuda competente. Geralmente, a pessoa que acompanha a vítima aos serviços de saúde precisa de apoio, seja no caso de ser o próprio agressor e ou para lidar com o agressor, o que deverá ocorrer no processo de atendimento que se desdobrará após a notificação. A continuidade de vínculo entre os Serviços de Saúde e a família é fundamental. Portanto, a relação do profissional com a pessoa que acompanha a criança ou o adolescente deve ser muito firme, sincera e ao mesmo tempo, demonstrar a sensibilidade que esse tipo de problema requer (SBP, 2000).

É, pois preciso ficar claro que a notificação não é um favor, nem um ato de caridade que o profissional poderá ou não prestar, a seu bel prazer. A criança e o adolescente quando vítimas de maus-tratos, ao chegarem a um serviço de saúde, a sua escola ou a outra instituição qualquer, demandam atendimento e proteção. O cuidado institucional e profissional é um direito que a criança e o adolescente têm. Para o profissional, prover a assistência e notificar são deveres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

E ainda como relata o Ministério da Saúde (2002), a notificação cabe a qualquer cidadão que é testemunha ou tome conhecimento e tenha provas de violações dos direitos de crianças e adolescentes. Ela pode ser feita até mesmo de forma anônima

aos vários serviços de proteção da infância e da juventude mais próximos como os SOS, Disque- Denúncia, e tantas outras organizações criadas para essa finalidade. A elas caberá sempre repassar tais informações aos Conselhos Tutelares mais próximos à residência da vítima.

O artigo 245 do ECA define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos, pelos médicos, professores ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, à autoridade competente, sujeita à multa de três a vinte salários de referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Uma pergunta que sempre é formulada pelo profissional de saúde, quando é convocado para compreender, diagnosticar e notificar os diferentes tipos de maus-tratos, é a seguinte: qual a vantagem dessas ações, sobretudo da notificação compulsória? Os frutos que podem advir dessas exigências são, principalmente, de duas ordens. Primeiro, a notificação viabilizaria um sistema de registro com informações mais fidedignas das situações de violência contra crianças e adolescentes na realidade social brasileira. Isso permitiria construir formas de promoção e de prevenção que levem em conta as especificidades culturais das várias regiões do país. Em segundo lugar, possibilitaria certificar se o atendimento às vítimas de maus-tratos está sendo incorporado às rotinas institucionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.15).

Segundo a esquematização do processo de notificação apresentado pelo Ministério da Saúde (2002), espera-se garantir com o Sistema de Notificação Compulsória: que a violência constituirá um evento a ser pesquisado e levado em conta no atendimento à saúde da criança e do adolescente; que a criança, o adolescente e sua família (ou se for o caso, o menino ou a menina com o agente institucional) serão atendidos e encaminhados ao Conselho Tutelar que, por sua vez, será impulsionado a desencadear os outros procedimentos cabíveis; que a equipe de saúde compartilhará responsabilidades com o Conselho Tutelar em cada caso encaminhado, devendo acompanhar todo o seu desenrolar, até o final do atendimento.

Apesar dos benefícios que se espera obter com a notificação compulsória de maus-tratos, mesmo os profissionais sensíveis à questão do impacto da violência sobre o crescimento e o desenvolvimento infantil e juvenil quase sempre acabam realizando

um atendimento apressado ou pouco aprofundado. Isso se deve, de um lado, à enorme demanda que os absorvem; de outro, à pouca experiência com esse tipo de problema. Por isso, é muito importante, que os gestores de saúde criem estratégias que facilitem a implantação de boas práticas de assistência e de notificação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Para o Ministério da Saúde (2002) no que tange a notificação, outro problema freqüente é que não há um fluxo de informações adequado sobre as iniciativas planejadas no nível central das Secretarias Municipais de Saúde – por meio das Gerências de Programas de Saúde da Criança e do Adolescente (ou de outras estruturas gerenciais cujo âmbito de atuação incorpore a saúde de crianças e adolescentes) – que chegue aos profissionais da rede, alimentando-os com conhecimentos necessários para a execução de procedimentos e indicação da notificação. Por seu lado, há resistências de muitos profissionais em informar ao nível central da Secretaria Municipal de Saúde, pois acreditam que a notificação não resultará em retorno concreto para o seu trabalho.

Observa-se também, segundo o Ministério da Saúde (2002), mesmo nas Unidades de Saúde que já abraçaram a causa da prevenção à violência contra a criança, que a categoria médica é a que mais resiste a fazer a notificação, delegando a outros profissionais, como ao assistente social e ao psicólogo tal responsabilidade. A preocupação dos profissionais com a quebra de sigilo e em relação à integridade do paciente tem sido bem respondida por aqueles que já se predispuseram a notificar. Esses passaram a mostrar, na prática, que a notificação é um instrumento de garantia de direitos e não uma denúncia. De acordo com o preconizado e de uma forma ética, comunicam à vítima e a sua família a necessidade de informar aos órgãos competentes sobre os maus-tratos. Sinalizam assim que é possível contar com uma rede social de apoio, no caso, a união entre o próprio serviço de saúde e o Conselho Tutelar. Demonstram também, por sua forma de atuação, que a família e o agressor, ambos devem ser alvos de cuidados.

Almeida (1998), em estudo sobre a capacitação dos pediatras que atendem às crianças vítimas de violência intrafamiliar, constatou que a maioria deles quando entrevistados, evidenciava desconhecer o ECA, apesar de saber da obrigatoriedade da

notificação. A autora verificou, também, que por terem muitos receios, a notificação nem sempre era considerada por eles, como a melhor forma de encaminhamento para a situação. Esse trabalho de Almeida incorporou a visão dos profissionais sobre os motivos de suas maiores resistências: medo de se envolver e de ter problemas com o agressor ou com a justiça, ausência de suporte institucional sentida pelo profissional para respaldar seu ato, descrença no poder público para dar solução aos casos encaminhados e o desconhecimento do sentido do processo de notificação.

3.3. A CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO

Para o Ministério da Saúde (2002), criar um sistema de notificação é preciso vencer vários desafios. O primeiro geralmente é incorporar o procedimento de notificação à rotina das atividades de atendimento e ao quadro organizacional dos serviços preventivos e assistenciais e educacionais. É preciso lembrar que o ECA estabelece multa pela não notificação a duas categorias de instituições, a unidade de saúde e a escolar; e a duas categorias profissionais, médicos e professores.

O segundo desafio é o de sensibilizar e capacitar profissionais de saúde e de educação para compreenderem o significado, as manifestações e as conseqüências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Da mesma forma, treiná-los para o diagnóstico, a notificação e os encaminhamentos dos problemas que constatarem. Trata-se de uma empreitada que não diz respeito somente à informação e ao conhecimento sobre a temática, mas, sobretudo, depende do desenvolvimento da consciência social a respeito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O terceiro desafio é o de construir alianças e parcerias necessárias para que a notificação seja o início de uma atuação ampliada e de suporte à criança, ao adolescente, a sua família ou às instituições que os abrigam. E não seja assumida apenas como o cumprimento de uma obrigação que tem fim em si mesma. Essas alianças e parcerias precisam ser feitas tanto dentro da própria rede de saúde, quanto com outras instituições destinadas ao bem-estar das crianças (assistência social,

segurança pública, educação), com os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e em especial, com o Conselho Tutelar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Ministério ainda ressalta que:

O acompanhamento do trabalho do Conselho Tutelar por parte dos profissionais de saúde é muito importante, construindo uma parceria que permita compartilhar a decisão a ser tomada para o melhor encaminhamento dos casos atendidos. Seria desejável que alguns desses profissionais fizessem parte da composição dos Conselhos, através da participação nas eleições para representantes, ou se integrassem na avaliação de seu desempenho. Não se pode esquecer que o Conselho Tutelar é uma organização nova no cenário institucional e em processo de consolidação de uma metodologia de trabalho. É preciso lembrar que também o sistema de saúde, como já foi mencionado, acumula pouca experiência de atendimento aos maus-tratos e enfrenta vários limites, não sendo apenas os Conselhos Tutelares que passam por problemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 17).

Portanto, todo esse processo, que vai do diagnóstico à notificação e à tomada de decisões sobre como proteger a vítima e atuar junto ao agressor, é uma construção coletiva de todos os que acreditam na possibilidade de modificar o quadro cultural e social da violência contra a criança e o adolescente (SBP, 2000).

Por fim, é importante ressaltar que a ocorrência de maus-tratos tem, muitas vezes, uma dinâmica complexa que envolve relações e práticas familiares. Quase sempre o evento violento contra uma criança ou adolescente não é um ato isolado. Costuma fazer parte de uma forma de comunicação intrafamiliar caracterizada pela agressividade, tornando-se uma cultura que se reproduz em cada ato de violência. Portanto, embora estudos nacionais e internacionais mostrem resultados positivos nas intervenções realizadas em tais ambientes violentos em relação às crianças e aos adolescentes, as mudanças se dão de forma lenta e devem ser acompanhadas e estimuladas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

3.3.1. Dinâmica da notificação de maus-tratos pelo setor saúde: experiência em construção

Ressalta o Ministério da Saúde (2002), que desde os anos 60, o setor saúde tem se preocupado em compreender e demonstrar como os maus-tratos afetam e prejudicam o crescimento e o desenvolvimento infantil e juvenil. Quem introduziu essa preocupação nos serviços médicos foram alguns pediatras americanos que, na década de 60, depois de diagnosticarem a chamada síndrome do bebê espancado, passaram a organizar serviços sociais e educativos ligados aos hospitais de crianças, buscando prevenir a ocorrência das várias formas de violência visando a orientar as famílias sobre as formas de relacionamento que contribuem para o crescimento e o desenvolvimento desses seres em formação.

No Brasil também, segundo o Ministério da Saúde (2002), vários pediatras entraram nesse movimento, principalmente a partir da década de 80. Muitos deles se engajaram nas atividades de prevenção de maus-tratos, dos quais são vítimas freqüentes, crianças e adolescentes. O foco inicial foi sempre a violência intrafamiliar. Alguns abriram essa discussão nos serviços que dirigiam em hospitais públicos, outros criaram ONG com a mesma finalidade. Muitos passaram a socializar tais preocupações com estudantes de medicina, lideraram grupos de atenção às famílias maltratantes e uma boa parte esteve presente na formulação do ECA.

Hoje, a Sociedade Brasileira de Pediatria, entre todas as associações médicas, é pioneira na produção de material informativo, reflexivo e prático, que ajuda a seus profissionais e afiliados a conhecerem a configuração do problema aqui tratado, a diagnosticá-lo e, também, a dar seqüência aos tipos de atendimento necessários para prevenir agravos, cessar os maus-tratos e promover a saúde integral dos adolescentes e das crianças (SBP, 2000). É com a contribuição dos profissionais de saúde que o Estatuto assumiu a condenação de todas as formas de maus-tratos que transgridem os direitos desse grupo social. E por causa disso, é fundamental ampliar a participação do setor na implementação do ECA. Porque, apesar de todo o esforço feito por muitos profissionais, suas ações ainda não foram incorporadas pelo sistema de saúde.

Permanecem como exemplos a serem seguidos e precisam se transformar em rotina dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A notificação dos maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes como diz o Ministério da Saúde (2002), é obrigatória por lei federal, portanto, essa obrigatoriedade se estende a todo o território nacional. Apesar desse procedimento ainda não ter sido incorporado pela maioria do sistema de saúde, avanços concretos na sua aplicação estão acontecendo, em vários locais. Alguns exemplos de boas práticas podem ser mencionados.

No final de 1995, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi a primeira Secretaria, que se tem conhecimento, a criar a Ficha de Notificação Compulsória. Para sensibilizar os profissionais da rede pública, foram realizados vários cursos de capacitação sobre o problema da violência e dos maus-tratos, de tal forma que a norma pudesse ser incorporada por adesão e não apenas como obrigação. Outra decisão importante tomada pela Prefeitura do mesmo município foi a publicação de uma lei que intima funcionários públicos municipais das Redes de Saúde e Educação a notificarem maus-tratos sofridos pelas crianças e jovens. Essa iniciativa, sem dúvida, une a área da educação ao esforço que já vinha sendo feito, há anos, por muitos profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

3.3.2. Proposta de Ficha de Notificação Compulsória

Aborda o Ministério da Saúde (2002), que um sistema de notificação precisa de um instrumento que viabilize a coleta sistemática e padronizada de informações. Por isso se propõe uma ficha que possa ser difundida em toda a rede de serviços do SUS. Essa ficha deverá conter os quesitos necessários para a identificação e caracterização da criança ou do adolescente, da sua família, da instituição maltratante (se for o caso), do agressor e da violência sofrida. Igualmente deverá conter espaço para identificação do profissional e da Unidade de Saúde que notificaram. A ficha tem como escopo, construir um relato claro e compreensivo sobre o problema, dando informações e até mesmo sugestões aos conselheiros tutelares e demais autoridades de saúde.

A ficha de notificação funciona como importante instrumento de comunicação entre a Secretaria de Saúde, o Conselho Tutelar diz o Ministério da Saúde (2002) e o profissional ou equipe de saúde que tiveram contato próximo com a criança ou o adolescente, sua família e diagnosticaram o ato de violência.

O Ministério da Saúde (2002) sobre a Notificação de casos de violência sexual declara que, a finalidade de coordenar a organização dessa rede de informação, seja de realizar uma contribuição de várias já existentes, que estão sendo usadas experimentalmente por várias secretarias e serviços de saúde. A ficha proposta sugere a apresentação de informações essenciais e gerais para compor um Sistema Nacional, podendo e devendo ser ajustada à necessidade e à realidade local. Buscou-se construir um instrumento simples e de fácil manejo pelo profissional ou pela equipe de saúde, geralmente muito ocupados, e que ao mesmo tempo garantisse a qualidade da informação. O seu preenchimento deve ser feito, se possível, após discussão do caso pela equipe. Sugere-se que esse documento seja preenchido pelo menos em duas vias, ficando uma cópia na Unidade de Atendimento e a outra seguindo para o Conselho Tutelar. Posteriormente, a unidade deve enviar à Secretaria Municipal de Saúde (ou ao órgão correspondente nos locais onde não haja estrutura de secretaria) uma cópia para fim de consolidação das estatísticas municipais, para viabilização de estudos epidemiológicos e outras providências técnico-políticas. No caso da não existência do Conselho Tutelar (embora se considere que deva ser criado, por ser uma exigência do ECA), as notificações deverão ser feitas à instituição responsável pela proteção da criança e do adolescente. De qualquer forma, ao setor saúde caberá manter seu sistema de informação.

4. UMA ANÁLISE DO PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS CASOS DE EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL

Algo válido a respeito do profissional de saúde no caso de crianças e adolescentes, é que por lei o mesmo é obrigado a notificar ao Conselho Tutelar sempre que houver suspeita ou comprovação de um caso de violência. Esta notificação é uma medida importante para a proteção desse grupo. Em geral, o que se evidencia nestes casos é a necessidade de intervenção para resgatar o papel dos pais ou responsáveis, garantindo a segurança da criança ou adolescente. No caso de denúncia aos Conselhos Tutelares, é importante explicar para a família o seu papel, esclarecendo que o sigilo continuará a ser preservado (MACHADO et al, 2005).

Para interferir em uma realidade, é de fundamental importância que se construam conhecimentos acerca daquilo que se quer intervir. Portanto, a produção e disseminação de conhecimento sobre o abuso e a exploração sexual são imprescindíveis, de maneira a gerar campanhas educativas e preventivas. Neste sentido, os pesquisadores podem ser extremamente importantes para atuação contra a prostituição infantil, pois além de proporem ações que contribuam para a intervenção, suas reflexões podem trazer melhores contribuições para uma perspectiva estratégica de prevenção que servirão de fundamental importância para uma ação transformadora. No entanto, para que produzam efeitos eficazes para ação, as informações produzidas devem ser de boa qualidade e acima de tudo divulgadas. Neste contexto, o compromisso dos profissionais e dos consumidores em geral é valorizar, questionar, refletir sobre as informações produzidas e divulgadas, pois só assim será possível transformar a estrutura e a mentalidade de profissionais e instituições quanto a esta questão e organizar a sociedade contra a violência e a favor da valorização da vida (OLIVEIRA; MARCON, 2005).

Oliveira e Marcon (2005) afirmam sobre as possibilidades de atuação do profissional de saúde que apesar dos indiscutíveis efeitos traumáticos da exploração sexual de crianças e adolescentes para sua saúde física e mental, ainda não existe um consenso sobre a melhor forma de intervir nestas situações, de modo que as experiências existentes são produtos de iniciativas isoladas de indivíduos ou grupos e

pautadas mais em crenças teóricas e ideológicas do que em critérios científicos de eficácia terapêutica.

Além de ter capacidade de identificar e reconhecer as causas e as conseqüências da prostituição infantil como diz Oliveira e Marcon (2005), o profissional deve ser capaz de abordar a situação tanto em seu contexto social quanto no interior da família, sendo que a capacidade dos profissionais de manejar a situação depende de três fatores básicos: sua condição pessoal (estrutura psicológica) de lidar com as questões de abuso sexual, o conhecimento profissional que vai apoiar uma intervenção adequada e eficiente e a compreensão das limitações desenvolvimentais das crianças, o que lhe permitirá perceber o que as crianças dizem como algo de valor e que merece ser investigado, sem creditar seus relatos apenas ao campo da fantasia.

No entanto a abordagem deste problema tão sério não é uma questão simples. Primeiro, porque quase sempre envolve o ambiente familiar, onde o código de silêncio, especialmente em situações de violência prevalece, segundo porque quando sai deste ambiente, envolve a questão do poder político e econômico, e terceiro, porque no campo teórico ainda há escassez de abordagem do tema na literatura científica, principalmente na área da Saúde, dificultando a discussão e deixando os profissionais desinformados e distantes de tal realidade. Assim, o profissional deve estar ciente de que se encontra diante de um grande desafio, pois no contexto social ele irá se deparar com o abuso do poder político e econômico, com a pobreza, com as mais diversificadas formas de manifestação da violência, e, acima de tudo, com as situações adversas como as questões sexuais, que permeiam as relações familiares (OLIVEIRA; MARCON, 2005).

Ressaltam ainda Oliveira e Marcon (2005), que nos casos em que a violência é intrafamiliar, muitas vezes ocorre uma crise familiar no período em que há a revelação, em outros casos a violência é ocultada até mesmo pelo familiar que procura ajuda para a criança, e há ainda os casos nos quais a situação de violência é negada como problema, uma vez que faz parte dos valores culturais da família. No que se referem às mães, estas podem estar motivadas a não revelarem o abuso sexual contra seus filhos por temerem a perda do parceiro, a ruptura familiar e a perda do sustento, além de também temerem reviver o abuso sexual sofrido em sua própria infância.

Quanto à abordagem desta problemática diz Oliveira e Marcon (2005), no âmbito do governo, o Programa Sentinela, implantado no ano 2000, tem por objetivo atender e garantir proteção a crianças e adolescentes, vítimas de abuso e exploração sexual e outros tipos de violência. O Programa conta com Serviços e Centros de Referência e já existe em mais de 300 municípios brasileiros. Nesses locais, as vítimas recebem apoio de assistentes sociais e psicólogos, além de serem encaminhadas a outros serviços de atenção oferecidos pelo município.

Alguns autores acreditam que, quanto ao profissional enfermeiro no que diz respeito à prática social, a enfermagem pode auxiliar famílias violentas a refletirem acerca da sua conduta frente à criança e ao adolescente, buscando contornar situações e encontrar maneiras de amenizar ou suprimir a violência, e consideram que, para isso, é imperativo que os profissionais da enfermagem ampliem a compreensão dos seres humanos na sua complexidade e no seu contexto, enfocando seus modos de vida, suas condições ou situações de risco e suas relações ou formas de organizações sociais (OLIVEIRA; MARCON, 2005).

Nesta perspectiva, encontra-se o relato de uma importante iniciativa do profissional enfermeiro desenvolvida na cidade de Florianópolis, inicialmente com fins acadêmicos, mas que posteriormente foi institucionalizada pelo município. A proposta de trabalho incluía o desenvolvimento de um cuidado efetivo e integral junto à criança e ao adolescente vítima de abuso sexual, que pudesse intervir na realidade, contribuindo para que as vítimas superassem o trauma e pudessem construir sua identidade de forma digna e saudável. Para tanto, o propósito inicial era desenvolver uma prática assistencial a partir da articulação com vários órgãos envolvidos (conselho tutelar, secretarias municipais de assistência social e de saúde e delegacias de polícia) e da integração entre pesquisa e assistência e teoria e prática. Com o decorrer da experiência e por solicitação, as famílias passaram a ser incluídas na assistência. A experiência demonstrou que a enfermagem pode ter uma atuação relevante na área, através do estabelecimento de uma relação de confiança e com caráter educativo, preventivo e curativo. Por meio de um processo dialógico, foram identificados os aspectos que as crianças consideram prioritários em suas vidas e a partir deles, e com o uso de metodologias participativas que despertaram o interesse da criança, foram

construídas alternativas de cuidados, que se mostraram eficazes na abordagem desta problemática tanto em relação à criança como em relação à sua família (OLIVEIRA; MARCON, 2005).

Um aspecto que se sobressai destas experiências é a conscientização de que os programas de combate ao problema parecem insuficientes se não levarem em conta a prevenção, voltada para reduzir significativamente os fatores facilitadores para a violência que incidem sobre o núcleo familiar. Por isso, faz-se necessária uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitária, observando o fenômeno de forma ampla, sem perder de vista a realidade local específica (OLIVEIRA; MARCON, 2005).

Os autores Oliveira e Marcon (2005), dizem que no que se refere à articulação interdisciplinar e multiprofissional, acredita-se ser necessário o envolvimento não apenas dos profissionais de saúde (multiprofissional), mas de todos aqueles que direta ou indiretamente exercem algum tipo de influência no sistema de saúde, tais como: administradores, educadores e pesquisadores. Isto porque, dada a magnitude do problema, qualquer pessoa que ocupe um espaço concreto na rede social pode ser considerada como estando em ponto estratégico de atuação, tendo um papel importante na prevenção e combate a este tipo de violência.

Portanto Oliveira e Marcon (2005) abordam que se questiona a existência de iniciativas sob ações que competem ao Enfermeiro frente aos casos de Abuso e Exploração Sexual Infantil como está expresso no caso específico do profissional enfermeiro, algumas considerações podem ser feitas sobre sua atuação diante da problemática da prostituição infantil. Primeiro, que sua atuação tem sido distante e pouco expressiva, ou pelo menos pouco divulgada. Apesar da enfermagem ter seu saber construído historicamente e estar inserida na dinâmica das relações econômicas, políticas e sociais, ela se expandiu centrando suas ações no indivíduo, no hospital e na cura, relegando ao segundo plano as questões de saúde pública, respondendo assim aos interesses do Estado e das forças de manutenção de poder, muitas vezes mantendo estes profissionais alienados à realidade social que os cerca.

Em certa maneira, essas são as dificuldades como dizem Oliveira e Marcon (2005) que este profissional enfrenta para uma efetiva e significativa atuação nesta

realidade social. No entanto, focalizar o tema e atuar sobre ele não constitui apenas uma questão de responsabilidade profissional, mas sim de cidadania, de pleno exercício da democracia, exigindo envolvimento ativo e significativo de todos frente à problemática. A introdução da temática na formação do profissional e na educação continuada da equipe de saúde seria um modo eficaz de conscientizar esse profissional.

Nesse sentido, a enfermagem ainda tem muito que avançar no conhecimento, na abordagem e na intervenção da prostituição infantil, mas vale ressaltar que os avanços se iniciam nos momentos de reflexões e que tais momentos são essenciais para ajudar na definição dos caminhos a serem adotados pelos profissionais. Caminhos estes que necessariamente devem considerar a vítima e o agressor, pois já foi constatado que as crianças e adolescentes vêem a possibilidade de voltar a conviver com a família, atrelada com a idéia de também voltar a conviver com a violência. Isto reforça a idéia de que o tratamento da criança vítima de violência tem que ser concomitante ao tratamento da família agressora/conivente, pois se ela age assim é porque está doente e precisa ser tratada, e quem é violentado necessita de tratamento para não adoecer e mais tarde vir a praticar os mesmos desatinos (OLIVEIRA; MARCON, 2005).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Abuso e a Exploração Sexual Infantil é um assunto que ainda está distante da sociedade compreender a realidade dos fatos e conseqüentemente intervir com plena eficiência nesta problemática social.

Acredita-se que os objetivos de descrever os modelos de ações de enfrentamento contra o abuso e a exploração sexual infantil apresentado através do Setor Assistencial e do Setor Saúde foram alcançados, assim como a análise do papel do enfermeiro frente tais casos também o foram.

Os números são bastante expressivos, e crescem em proporções ainda maiores a cada ano em todo o país e também no mundo, remetendo a certo constrangimento o governo, a sociedade civil e os profissionais de saúde, que exista uma possibilidade de não estarem de fato atentos para essa realidade e para a progressão do número de casos.

Tal problemática social depara-se ainda com barreiras evidenciadas nos aspectos culturais, econômicos, sociais, políticos e educacionais fazendo com que se torne ainda mais difícil o enfrentamento. Talvez um dos aspectos mais relevantes a respeito da disponibilidade e da eficiência de alguns dos setores responsáveis por construir uma sociedade mais segura, mais saudável, politicamente correta e intelectualmente fundamentada, seja o fato de que a sociedade moderna se desvincula cada vez mais de valores e princípios de vida moralmente corretos aliados a sensibilização, solidariedade e ao sofrimento alheio, voltando-se apenas para seus próprios interesses, tornando ainda mais invisível essa triste realidade social.

Construir uma nova maneira de pensar racional, humana e coletiva no que diz respeito a uma atenção e assistência integral, focalizada nas necessidades básicas de vida e no sofrimento das inúmeras crianças e adolescentes vítimas de Abuso e Exploração Sexual Infantil para que dessa forma seja assegurado que as leis e estatutos respectivos à criança e ao adolescente sejam cumpridos, isso será de fato um dos maiores desafios da sociedade moderna - voltar o seu olhar para a criança que será o futuro do amanhã.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, E. C. **Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra**, 1998. (Dissertação de mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
2. **BRASIL**. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência, ABRAPIA. **Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes, Mitos e Realidades**. Petrópolis, RJ, 2002.
3. **BRASIL**. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CENTROS DE DEFESA (ANCED); Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR). **Conselhos Tutelares no Brasil: perfil dos conselheiros e atuação no Sistema de Garantia de Direitos**. Recife: ANCED/MNMMR, 1997.
4. **BRASIL**. Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Relatório de Monitoramento 2003-2004**. Brasília, 2006.
5. **BRASIL**. Lei 8.069/90. Estatuto da Criança e do Adolescente. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência, ABRAPIA. **Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes, Mitos e Realidades**. Petrópolis, RJ, 2002.
6. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 167 de Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

7. **BRASIL.** Ministério da Saúde. *Violência Faz Mal à Saúde*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2006.
8. **BRASIL.** Ministério da Previdência Social. Programa de Combate ao Abuso e à Exploração de Crianças e Adolescentes. Diretrizes Gerais. *Programa “Sentinela”*. Brasília: Secretaria de Estado de Assistência Social, 2001.
9. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE TURISMO E EXPLORAÇÃO SEXUAL COMERCIAL INFANTIL (ESCI). 1ª, 2007, Madri, Espanha. Turismo e Exploração Sexual Comercial Infantil. Lançamento do Livro: *Vidas Invisíveis* escrito por Alfonso H. Marin. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/story/2007/03/070316_prostituicaoinfantillivrofn.shtml>. Acesso em: 01 de Março 2011.
10. DESLANDES, S. F. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? **Revista Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.81-94, 1999.
11. DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar:** representações, práticas, interações e desafios. (Tese de Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio Janeiro, 2000.
12. FARIA, T.; OLIVEIRA, P.; MENDES, R. O enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes: desafios e caminhos. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232007000500005&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 de Março 2011.
13. INSTITUTO DE ESTUDOS DA RELIGIÃO (ISER). **Na “linha de frente” da questão da infância e juventude:** uma análise da atuação dos Conselhos Tutelares do Município do Rio de Janeiro. Comunicações do ISER, n. 51, ano 18, 1999.

14. INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL (IBAM). **Diagnóstico Nacional: a situação de implantação e grau de institucionalização dos CMDCA's, CTs e FIAs no Brasil**. Rio de Janeiro: IBAM, 1998.
15. MACHADO, H. B. et al. Abuso Sexual: Diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000500007&ln=pt&nrm=iso&tIng=pt>. Acessado em 27 de agosto de 2011.
16. OLIVEIRA R.G; MARCON S.S. Exploração sexual infanto juvenil: causas, conseqüências e aspectos relevantes para o profissional de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), dez. 2005; 26(3): 345-57.
17. **RELATÓRIO REALIZADO PELO RELATOR ESPECIAL DA ONU SOBRE A VENDA DE CRIANÇAS, PROSTITUIÇÃO INFANTIL E PORNOGRAFIA INFANTIL, SR. JUAN MIGUEL PETIT ADDENDUM**. 2003. Belém – PA, Salvador – BA, São Paulo – SP, Rio de Janeiro – RJ e Brasília – DF. Direito da Criança. Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH.
18. SILVA, K. H. **A Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares, 2001**. (Dissertação de mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
19. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: SBP/CLAVES, SEDH-MJ, 2000.
20. TEIXEIRA, S. H. Metodologia de atendimento do conselho tutelar. In: DINIZ, A.; CUNHA, J. R. **Visualizando a política de atendimento à criança e ao adolescente**. Rio de Janeiro: Litteris; KroArt; Fundação Bento Rubião, 1998, p. 101-114.

ANEXO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA OU COMPROVAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança, a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e adolescentes aquela entre 12 e 18 anos de idade – Lei 8.069, de 13/7/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: ____/____/____

Unidade: _____

Endereço da unidade: _____

Telefones: _____

Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional):

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Nome: _____

DN: ____/____/____

Idade: _____ Sexo: _____ Registro na unidade: _____

Filiação: _____

Responsável (is) Legal (is): _____

Acompanhante: _____

Grau de Relacionamento: _____

Endereço: _____

Tel. p/contato: _____

Referência para localização:

III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores)

Maus-tratos identificados/Causador (es) provável (is) dos maus-tratos:

Abuso Sexual	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros ()_____
Abuso Psicológico	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros ()_____
Negligência	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros ()_____
Abandono	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros ()_____

Outras síndromes especificadas de maus-tratos _____

Síndrome não especificada de maus-tratos _____

Descrição sumária do ocorrido:

IV - DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnese e exame físico que surgiram a partir da caracterização de maus-tratos)

V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR ____ em ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo da Direção

INSTRUTIVO

(DEVE SER IMPRESSO NO VERSO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA OU COMPROVAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES)

I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA QUE REALIZOU O ATENDIMENTO

Preencher com o nome e a categoria do profissional ou dos profissionais que atenderam à vítima de maus-tratos.

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE VÍTIMA DA VIOLÊNCIA

- Registro na unidade – número de matrícula e/ou boletim de emergência.
- Responsável (is) legal (is) – caso não sejam os pais biológicos
- Grau de relacionamento – parente, pai, mãe, padrasto, avó, amigo da família, vizinho, outros.
- Endereço, telefone e referência – identificação de onde pode ser localizada a criança ou o adolescente vítima de maus-tratos.

III - CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Os maus-tratos são atos físicos, psicológicos e sexuais danosos aos meninos e meninas; ou omissões e negligências que também lhes causam danos físicos, sexuais ou emocionais. Os atos violentos podem ocorrer isolados, embora freqüentemente aconteçam de forma associado. Descrever o tipo de maus-tratos, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10.^a revisão, CID10, com os seguintes códigos:

T 74.0 Negligência e Abandono

T 74.1 Sevícias Físicas (abuso físico)

T 74.2 Abuso Sexual

T 74.3 Abuso Psicológico

T 74.8 Outras Síndromes especificadas de maus-tratos

T 74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos

- Para cada criança ou adolescente vítima de violência atendido deverá ser preenchida uma ficha específica.
- Quando as fichas para uso de identificação de maus-tratos forem impressas, no seu verso deve constar a relação de instituições locais que prestam atendimento a crianças e adolescentes em situação ou risco de violência, com telefones e outras informações consideradas úteis e necessárias.
- Em caso de dúvida ou necessidade de apoio para discussão do encaminhamento que deveria ser dado ao caso, o profissional ou a equipe de saúde deverá contatar a Gerência do Programa da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal ou o órgão local que cumpre a função de coordenação desses serviços.
- A notificação dos casos suspeitos ou confirmados de qualquer forma de maus-tratos contra crianças e adolescentes é obrigatória pelo Estatuto da Criança e Adolescente.
- Para a notificação desses casos os profissionais devem utilizar a Ficha de Notificação que contém instrutivo para preenchimento no verso.
- A ficha deve ser enviada pela direção da unidade o mais rapidamente possível ao Conselho Tutelar da Área mais próxima à moradia da criança ou do adolescente; para a Secretaria Municipal de Saúde, a quem caberá o posterior envio à Secretaria de Estado de Saúde.
- Recomenda-se que, além do encaminhamento da ficha ao Conselho Tutelar, seja sempre realizado um contato telefônico entre o mesmo e o serviço de saúde, propiciando a discussão da melhor conduta para o caso.
- Lembra-se que a atenção e a notificação dos casos é responsabilidade da Unidade também, e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento. A instituição deve estar atenta à identificação dos casos e comprometida com o acompanhamento das crianças e adolescentes.
- É importante que o setor da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelos programas voltados às crianças e aos jovens, conheça o número e a natureza dos casos que ocorrem no município, para que possa ir definindo estratégias de atenção e de prevenção adequadas à superação dos problemas de maus-tratos.
- É fundamental que todos os setores e profissionais da unidade recebam esta ficha com o respectivo instrutivo e sejam informados sobre a necessidade e a importância do adequado preenchimento da ficha de notificação.

Segundo a PORTARIA n.º 1.968/GM, em 25 de outubro de 2001, Publicada no DOU N.º 206 de 26/10/2001, Seção 1 – Página 86. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

O Ministro de Estado da Saúde José Serra, com apoio Art. 87, inciso II, da Constituição Federal, considerando:

- o disposto no Capítulo I do Título II da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990;
- os termos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada pela Portaria GM/MS n.º 737, de 16 de maio de 2001, no Diário Oficial da União de 18 de maio de 2001, resolve:

Art. 1.º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde – SUS deverão notificar, aos Conselhos Tutelares da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos.

Art. 2.º Definir que a notificação de que trata o Artigo 1.º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo desta Portaria, observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento.

Parágrafo único. O formulário objeto deste Artigo deverá ser preenchido em 02 (duas) vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço.

Art. 3.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.