

O PAPEL DO CONSELHO TUTELAR NO ENFRENTAMENTO DA MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA CAXIENSE

Vanessa Cristina dos Santos Saraiva¹

Eloisa da Silva Xavier²

Resumo:

Este artigo objetiva problematizar a relação existente entre o Conselho Tutelar (CT), a perspectiva de proteção da infância, adolescência contida no Estatuto da Criança e do Adolescente e a proposta de atenção em saúde baseada na lógica curativa e de medicalização. Partimos do pressuposto de que a medicalização desenfreada pode acirrar desigualdades e não enfrentá-las, pois almeja curar ou amenizar necessidades mais evidentes e não enfrentar a estrutura da questão posta, além de se caracterizar como relação de poder. Aspira-se compreender como o CT, órgão de proteção e promoção dos direitos das crianças, tem se colocado diante dessas questões e como o Serviço Social pode propor ações diferenciadas, mas que primam pela lógica dos direitos.

Palavras-chave: Conselho Tutelar, Criança e do Adolescente, Medicalização, Serviço Social.

THE ROLE OF THE TUTORING COUNCIL IN THE FACING OF CHILDHOOD MEDICALIZATION AND CAXIENE ADOLESCENCE

Abstract:

This article aims to problematize the relationship between the Guardianship Council (CT), the perspective of protection of children and adolescents contained in the Statute of the Child and Adolescent and the proposal of health care based on curative logic and medicalization. We start from the assumption that unbridled medicalization can intensify inequalities and not face them, because it aims to cure or ameliorate more evident needs and not to face the structure of the issue posted, besides being characterized as a relation of power. We aspire to understand how the TC, an organ for the protection and promotion of children's rights, has been faced

¹Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Políticas Sociais e Intersectorialidade pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira Fiocruz. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Direitos Humanos, Infância, Juventude e Serviço Social (NUDISS) – UFF.

²Discente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

with these issues and how Social Service can propose different actions, but which are based on the logic of rights.

Keywords: Guardianship Council, Child and Adolescent, Medicalization, Social Work.

Introdução

De acordo com Lima (2013), a convocação para realização da Assembleia Nacional Constituinte significou o ápice do processo de transição democrática do Brasil, que ultrapassou a construção e a elaboração da Carta Magna de 1988. Isso porque foi um processo que resultou na Anistia de 1979, assim como derivou na campanha eleitoral presidencial - “Diretas Já”. Embora transpareça que essa dinâmica foi extremamente progressista, Lima (2013), nos atenta ao fato do caráter continuísta e de não rompimento efetivo com práticas arcaicas de cunho moralizante nesse processo, as quais puderam ser verificadas na elaboração do regime interno das comissões constituintes, a soberania no processo decisório da Assembleia, as formas de participação popular e os mecanismos de votação e tramitação desenvolvidas naquele espaço (LIMA, 2013).

Para Behring e Boschetti (2006) a Assembleia Nacional Constituinte serviu como mecanismo de “redefinição das regras políticas do jogo, no sentido de retomada do Estado democrático de direito (BHERING e BOSCHETTI, 2006, p. 141)”. Contudo, é uma dinâmica complexa, pois ficou sob a responsabilidade do Congresso Constituinte. Isso se colocava na contramão dos anseios dos movimentos sociais e da população em geral, pois o desejo era de que esse processo ocorresse com a realização de uma Assembleia Nacional, a fim de garantir a liberdade de expressão e uma verdadeira soberania popular.

Essa dinâmica repercutiu sobre o processo de constituição da política direcionada à infância no Brasil. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é regulamentado e sua promulgação se consolida como uma grande conquista. Embora todo esse processo se evidencie como avanço, ele se desdobra em meio à

conjuntura política de avanço da ofensiva Neoliberal³. E apesar do teor da normativa ser extremamente avançado ela permanecesse engessada, pois é uma conquista no campo jurídico-formal, tendo em vista que a realidade brasileira não possuía as condições reais para que tal normativa se concretizasse efetivamente (SILVA, 2005).

É fundamental compreender que apesar dos limites, essa é a normativa inovadora (frente ao Código de menores de 1979) e garantista quando introduziu mecanismos como o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) constitucionais. Mas apesar desse avanço legislativo, as velhas práticas de recolhimento, controle, monitoramento e imposição de determinações face às crianças e adolescentes não conseguiram ser totalmente abandonadas, ao contrário, foram reatualizadas, renovadas e têm se apresentando como um grande desafio a ser enfrentado pelos defensores dos direitos de criança e adolescentes na atualidade.

Buscando enfrentar essa relação de poder, controle e assistência vigiada (FOUCAULT, 2014), são realizadas alterações no ECA. Algumas dessas mudanças atendem as novas necessidades surgidas com o advento da tecnologia informacional (crimes virtuais). Contudo, ainda nos transmitem uma ideia de sobreposição/repetição de normas e uma ideia de forma subsumida de controle.

O que podemos dizer, na realidade, é que ocorre um movimento de reatualização de normativas já existentes e que acaba negligenciado novos aspectos surgidos nessa realidade tão dinâmica. Se em momento anterior da história da infância no Brasil, a lógica era de negação de direitos (a exemplo do que corria com os recolhimentos em massa para proteger), a ideia agora é assegurar, proteger, viabilizar direitos (tal como ocorre com a ideia de reintegração e manutenção de crianças em convívio familiar ou comunitário). Mas garantir tais direitos se coloca como grande desafio cotidiano, haja vista que o controle, vigilância e relações de poder se mantêm mediando essas relações.

³O Estatuto foi aprovado no Senado no dia 25 de abril e sancionado em 13 de Julho de 1990, consolidando uma grande conquista, mesmo que tardia, da sociedade brasileira, da sociedade civil e sendo resultado das intensas lutas sociais.

As Políticas Sociais, o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Conselho Tutelar

O ECA é regulamentado em 1990 no Brasil e sua promulgação se consolida como uma grande conquista⁴ mesmo que tardia (após dois anos da regulamentação do art. 227) em meio à conjuntura política do Neoliberalismo. É válido ressaltar que essa normativa é resultado das intensas lutas sociais que se gestaram ainda na década de 1980. O desafio posto a essa norma é concretizá-la face a realidade brasileira de acirramento do pauperismo, marcada por relações patriarcais e racistas que nega direitos, tendo o Estado como braço forte desse movimento de negação de direitos (SILVA, 2005; BEHRING & BOSCHETTI, 2006; SARAIVA, 2017).

Todavia, apesar de apresentar limitações e contradições por não incorporar todas os anseios e necessidades pertinentes a esse campo, foi a partir da regulamentação do ECA que o Conselho Tutelar (CT)⁵ foi instituído/regulamentado, sendo definido como “*órgão permanente e autônomo⁶, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente*” (ECA, 1990, art. 131). É um órgão integrante da engenharia neoliberal de restrição de recursos, por esse motivo passível de enfrentamento de limites, obstáculos e entraves, os quais podem reverberar no processo de atuação dos profissionais que atuam no CT e conseqüentemente nos direitos de crianças e adolescentes. Além disso, é importantíssimo ressaltar o fato de que esse espaço é um espaço de disputa de narrativas, de relações de poder hierarquizadas muito

⁴É considerada uma conquista porque consegue finalmente materializar a Doutrina da Proteção Integral (que já havia sido inaugurada através do art. 227, que preconiza o dever o Estado, da família e da sociedade nos cuidados com crianças e adolescentes, rompendo com o tratamento discriminatório. Com ela, o modelo de atendimento pautado na Doutrina da Situação Irregular⁴, onde a criança era denominada enquanto menor sem direitos e que permanecia “protegido” em grandes instituições como a FUNABEM e as FEBEM’s passam a ser abandonadas de forma gradativa. Propõe-se, na verdade, um reordenamento dessas instituições no sentido de se adequarem as novas propostas.

⁵A equipe que compõe o CT é formada por 5 conselheiros eleitos pela população local, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 pedagogo, 1 advogado e 2 administrativos.

⁶As ações do CT são passíveis de fiscalização pelos órgãos responsáveis como o Ministério Público e a Justiça da Infância e Juventude.

potencializadas pela classe social, gênero e raça dos sujeitos envolvidos: crianças, adolescentes, familiares e profissionais.

Outros dados devem compor esse debate, tais como o número de famílias a serem acompanhadas⁷, as complexidades de um dado território (tráfico de drogas) sucateamento dos espaços socioprofissionais e de equipamentos (falta de carro, computadores e salas que garantam o direito ao sigilo), dificuldade no repasse de verbas, a não priorização das demandas da infância e adolescência, ausência de participação popular nos espaços como conselhos de direitos das crianças e adolescentes, rede socioassistencial com lacunas e deficiências (serviços de saúde em greve, falta de vagas nas unidades escolares) são alguns exemplos importantes.

No entanto, é fundamental verificar que se tratam de impactos gerados a partir da construção das políticas públicas sociais de um Estado racista que privilegia o econômico em detrimento do social (NETTO, 2010). Tudo isso acaba aumentando as desigualdades econômicas, de gênero e raciais, as quais atingem incisivamente a população negra do Brasil, que enfrenta também a discriminação e o racismo cotidianamente. Pretendemos afirmar com isso que o sucateamento, a falta de investimento e de priorização de recursos públicos do CT está integrando também a lógica do racismo estrutural, tendo como expressão o racismo institucional, diminuindo assim as potencialidades desse espaço no que tange a viabilização e mediação no acesso aos direitos e reduzindo as possibilidades no campo das ações dos profissionais que atuam no CT (MOURA, 1994; EURICO, 2013).

⁷ A competência territorial tem dois aspectos. O primeiro é o da jurisdição do Conselho Tutelar. Diz-se que o Conselho Tutelar tem jurisdição administrativa sobre determinada área, quando, no espaço físico do Município, a Lei Municipal fixa os limites sobre os quais o Conselho tem o poder de praticar o serviço público previsto em suas atribuições, resolvendo os problemas que lhe são afetos. (Como se viu no comentário à letra A esse poder advém dos artigos 24, XV e par. 1º e 30, I e V da C. F.). Nesse sentido cabe à lei que o cria definir se o Conselho atuará atendendo casos de todo o território municipal, ou se haverá mais de um, cada um deles atuando numa parte definida desse território. O segundo aspecto refere-se ao local de onde provém o tipo de caso levado à apreciação do Conselho Tutelar. Temos aí três considerações: Temos aí três considerações: o do domicílio dos pais ou responsável; o do lugar da prática do ato infracional; o do lugar da emissão de rádio ou televisão.

A Atuação do Conselho Tutelar em face da medicalização da Vida em Duque de Caxias

Duque de Caxias (DC) é um município integrante da Região Metropolitana da cidade do Rio de Janeiro, situado na região da Baixada Fluminense e possui 855.048 habitantes, de acordo com os dados do IBGE/cidades. Conforme a pesquisa realizada, ocupa o segundo lugar no *ranking* da arrecadação perdendo somente para o município do Rio de Janeiro. E isso tem vinculação com o grande crescimento da indústria e do comércio (suas principais atividades econômicas).

O município possui cerca de 810 indústrias e 10 mil estabelecimentos comerciais instalados. Segundo o IBGE, o município registrava o sexto maior Produto Interno Bruto (PIB) no *ranking* nacional entre os anos de 1999 a 2002 com um total de R\$ 14,06 bilhões. Com essa arrecadação poderíamos pensar que a política pública direcionada à infância do município estaria sendo desenvolvida de forma plena, atendendo aos princípios contidos nas normativas e assegurando de forma geral os direitos das crianças e adolescentes, sobretudo, dos segmentos mais empobrecidos da cidade.

No entanto, o que se verifica nesse território é a construção e a oferta de uma política pública pobre / focalizada, direcionada aos pobres nos termos de Mota (2010). E a dinâmica que se desenvolve nos CT's de Duque de Caxias é a expressão desse processo. O órgão que tem como objetivo promover, prevenir e atuar a favor dos direitos das crianças e adolescentes tem se perdido na atuação cotidiana a partir de um tensionamento entre o grande número de atendimentos, a precarização dos serviços e a descaracterização do serviço por parte do poder público, o que abre "portas" para que o CT seja apenas um mediador da dinâmica de medicalização da vida.

Segundo Conrad (2007 apud LEONARDO e SUZUKI, 2016), pode-se dizer que medicalização da vida diz respeito a um processo em que problemas que não exigem intervenção médica acabam se transformando em problemas médicos, passando a apresentar características e sintomas de doenças e desordens em nível orgânico e psicológico. É o fenômeno de intervenção da medicina na vida e que

possui uma intencionalidade: a manutenção do *status quo*. Vale ressaltar que a busca por esse tipo de controle é muito tensionado pela indústria farmacêutica, que tem crescido de forma vertiginosa aqui no Brasil. Segundo a revista Exame, esse segmento teve crescimento de 12,86% em 2017 e a perspectiva é de que os índices se mantenham em ascensão no decorrer dos anos.

A título de exemplificação desse processo, podemos salientar o aumento considerável do uso da medicação metilfenidato, lançada na década de 1950 no mercado com o nome de Ritalina⁸, direcionada à infância e a adolescência nos últimos anos. Tal aumento se dá pela suposta busca de resolução de questões comportamentais, de aprendizado, e dificuldade de concentração, de forma que as medicações devem agir como um mecanismo de enquadramento, apassivamento, pacificação. Trata-se de uma imposição de uma tipologia de infância e adolescência: tranquila, controlada, inteligente, obediente, produtiva e que se comporta de maneira adequada, não afetando a dinâmica de vida dos adultos nas diferentes relações com essa criança ou adolescente. Isso é tão latente que Ritalina, por exemplo, é apelidada de a droga da “obediência”.

Esse processo de medicalização da vida nos remete a noção de que existe um ideal de família e de ser humano a ser atingido, sendo que os que não se adaptam a essa dinâmica passam a ser considerados anormais / patológicos, apresentam anomalias ou doentes passíveis de tratamento. Nos termos de Moraes “buscam o consumo instantâneo (mágico) do fim da dor e dos aborrecimentos por mil e um subterfúgios bioquímicos (MORAES, 2013, p.11).”

Nessa perspectiva, Kamers (2013) sinaliza que esse processo de medicalização é fomentado, sobretudo, pelas instituições que atendem o público infanto-juvenil, os quais deveriam atuar na perspectiva da proteção e promoção dos direitos e da vida de crianças e adolescentes, porém tem se colocado ao lado de práticas de controle e vigilância. Dessa forma, evidencia uma relação de poder

⁸Uma breve pesquisa evidenciou que a medicação é de uso controlado e que esse estimulante atua no sistema nervoso central, tendo efeitos colaterais perigosos, podendo causar reações adversas no sistema nervoso central, como por exemplo: psicose, alucinações, convulsões, sonolência, ansiedade e, até mesmo, desejo de suicídio nos casos mais graves. Há ainda casos de falta de apetite, dor de cabeça, aperto no peito, taquicardias, insônia, aumento da pressão arterial, tremores, sudorese excessiva, boca seca, surgimento de crises de ansiedade, pânico ou surtos psicóticos (PORTAL UNICAMP, 2018).

hierarquizada, onde a criança e o adolescente devem acatar as determinações impostas ou sofrer as consequências desse processo, tendo em vista o lugar de subalternidade que ocupam nas relações. Nos termos do autor, “o discurso médico-psiquiátrico converteu-se no principal dispositivo regulador do normal e do patológico na infância [...] graças às instituições de assistência à infância – a família, a escola, o conselho tutelar” (KAMERS, 2013 apud MORAES, 2013, p.2). Tudo isso se configura como retrocesso, pois o adultocentrismo enquanto prática de controle e imposição direcionada às crianças e aos adolescentes fora superado.

Embora o CT não se configure como uma instituição de saúde, este se conforma como órgão de promoção, prevenção e defesa dos direitos de criança e adolescentes. Deve atuar contrariamente a posturas radicalistas no sentido da segregação, negação dos direitos e do acesso aos serviços. Todavia, seu papel tem sido cada vez mais redefinido, haja vista que cada vez mais é convocado a realizar intervenções na perspectiva de reafirmar a necessidade do uso da medicalização em situações de conflito familiar, escolares, geracionais, evasão escolar, possíveis surtos, uso abusivo de álcool e outras drogas, irritabilidade, Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDHA), transtorno opositor desafiador e diversas outras situações. Segundo Moraes (2013), a superação da Era da Menoridade, onde a assistência com vigilância estava posta implicou em uma nova racionalidade desse controle. A tutela vigiada adquire com o advento do CT nessa nova dinâmica o aval estatal- popular para impor esse controle ao mesmo tempo em que viabiliza direitos. Nos termos de Wacquant (2002) não se descola dessa nova racionalidade a assistência e controle importantes para a manutenção do *status quo* vigente.

Nesse sentido as ações do CT

podem tanto contribuir para uma maior medicalização da vida em sociedade, especialmente da infância e juventude, quanto para questioná-la enquanto inadequado mecanismo de regulação das relações sociais entre indivíduos e entre grupos humanos diversos. (MORAES, 2013, p.12)

O CT está diretamente ligado às políticas públicas e sociais em sua atuação cotidiana, trabalhando de forma intersetorial com as unidades básicas de saúde,

hospitais, centros médicos, policlínicas (sejam elas de baixa, média ou alta complexidade), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), instituições de acolhimento institucional, Varas da Infância, Juventude e Idoso, escolas, entre outros. Nesse sentido, está estrategicamente posicionado e em lugar que não deve ser questionado, principalmente por àqueles que precisam de atendimento. Ou seja, famílias pobres, negras e chefiadas por mulheres cujas redes de afetividade foram rompidas ou nunca existiram. Isso acaba corroborando para com o acirramento da dependência, reatualização da lógica clientelista mesmo sendo espaço do direito do cidadão e dever do Estado.

Considerações Finais

Pode-se perceber que apesar dos altos índices de arrecadação do município de Duque de Caxias, a política pública direcionada à infância e à adolescência não tem se desenvolvido em sua total capacidade, sendo visível nesse território uma política pobre para os pobres (MOTA, 2010). A oferta dos serviços focalizados, se materializando em espaços precarizados e sucateados, continua ocorrendo, ao mesmo tempo em que os índices de atendimento não se reduzem. Tudo isso, muito potencializado pelo desemprego estrutural, determinantes de raça, gênero e orientação, altos índices de violência urbana em uma totalidade social marcada pela disputas entre dois projetos sociais: um de caráter mercantil privatista e outro progressista emancipador.

Diante disso, o CT acaba atuando apenas como um mediador da medicalização da vida na infância. Nosso objetivo aqui não é penalizar esses profissionais, mas sim, evidenciar que o verdadeiro papel do CT está sendo redefinido. O tensionamento entre número de atendimentos e precarização dos serviços acaba impossibilitando que esse profissional realize uma reflexão sobre a necessidade ou não de se controlar aspectos de um desenvolvimento / transição entre a infância e a adolescência com o uso de medicações.

A intervenção da medicina na vida cotidiana deve ser repensada. No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2014, 54 % da população fazia uso de algum tipo de medicação e esses dados apenas crescem. Hoje os números chegam a 76,4% (PORTAL G1, 2018).

Devemos preparar a infância e a adolescência para o não uso de medicações. E o CT tem papel importante nesse processo, pois tem possibilidade de realizar acompanhamento familiar e pensar em formas alternativas de intervenção, haja vista que possui uma equipe para assessoria (assistentes sociais, psicólogos, pedagogos e advogados). A dinâmica de conflito deve ser problematizada de forma conjunta entre as famílias e os profissionais, no sentido de não culpabilizar a população usuária. Ou seja, a busca pelo controle e vigilância não deve ser reproduzida.

Por fim, o CT deve retomar as “rédeas” de sua racionalidade, mediada por uma política de educação permanente, compromisso ético e com a política pública direcionada à infância e à juventude. Em outros termos, seguir na luta pelos direitos das crianças e dos adolescentes pobres e negros da Baixada Fluminense.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa**. 1988.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo, Cortez Editora, 2006.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente**. São Paulo, Cortez Editora, 1990.

EURICO, Márcia. **A percepção do assistente social acerca do racismo institucional**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Editora Cortez. n.114, p. 290-308, abril /junho 2013.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2014.

KAMERS, Michele. **A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança.** Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010. Acesso em 07 de nov. 2018.

LIMA, Rodrigo Silva. **Orçamento público dos abrigos municipais no Rio de Janeiro: velhos e novos dilemas.** Fl. 415. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ. 2013.

LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; SUZUKI, Mariana Akemi. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. *Fractal, Rev. Psicol.* Rio de Janeiro. V 28, n. 1, p. 46-54, 2016.

MOURA, Clóvis. **Dialética radical do Brasil negro.** São Paulo. Anita, 1994.

MORAES, José Carlos Sturza de. **Conselho Tutelar e a tensão entre a proteção integral e a medicalização da infância e adolescência.** 2013. Disponível em: <<http://humanidadesinstituto.com.br/wp-content/uploads/2016/01/Conselho-Tutelar-e-a-tens%C3%A3o-entre-a-prote%C3%A7%C3%A3o-integral-e-a-medicaliza%C3%A7%C3%A3o-da-inf%C3%A2ncia-e-adolesc%C3%A2ncia.pdf>> Acesso em: 20 de nov. 2018.

MOTA, Ana Elizabete. **O mito da assistência Social.** São Paulo, Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. **III Encontro Internacional “Civilização ou Barbárie”.** Disponível em: <https://pcb.org.br/portal/docs/umafacecontemporaneadabarbarie.pdf> . Acesso em 07 de nov. 2018.

SARAIVA, Vanessa Cristina dos Santos. **O Acolhimento Institucional é a Solução? Políticas Públicas Direcionadas às Crianças e aos Adolescentes em Duque De Caxias.** In: *Gênero, feminismos e sistemas de Justiça: discussões interseccionais de gênero, raça e classe / Luciana Boiteux, Patricia Carlos Magno, Laize Benevides (Orgs.). – Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2018.*

SILVA, M. L. O. **O ECA da Criança e do Adolescente e o Código de menores: discontinuidades e continuidades.** *In: Serviço Social e Sociedade, nº 83.* São Paulo, Cortez, 2005.

WACQUANT, Loic. **Punir os pobres: a nova forma de gestão da miséria nos Estados Unidos.** Rio de Janeiro: Revan, 2002.