



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

AGLAÉ MARTINS MELGAÇO

VIOLÊNCIA COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: UM ENFOQUE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

CURITIBA

2021

AGLAÉ MARTINS MELGAÇO

VIOLÊNCIA COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: UM ENFOQUE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno

CURITIBA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
APLICADAS – SIBI/UFPR COM DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)
Bibliotecário: Eduardo Silveira – CRB 9/1921

Melgaço, Aglaé Martins

Violência como determinante social da saúde de crianças e adolescentes: um enfoque às políticas públicas / Aglaé Martins Melgaço. – 2021.

172 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas.

Orientador: Roberto Eduardo Bueno.

Defesa: Curitiba, 2021.

1. Política pública. 2. Violência em crianças. 3. Violência em adolescentes. 4. Direitos da criança. 5. Direitos dos adolescentes. I. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. II. Bueno, Roberto Eduardo. III. Título.

CDD 362



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS -
40001016076P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **AGLAÉ MARTINS MELGAÇO** intitulada: **VIOLÊNCIA COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ENFOQUE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS**, sob orientação do Prof. Dr. ROBERTO EDUARDO BUENO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 28 de Abril de 2021.

Assinatura Eletrônica

28/04/2021 14:18:01.0

ROBERTO EDUARDO BUENO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/04/2021 14:00:10.0

RAFAEL GOMES DITTERICH

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/04/2021 14:02:05.0

VINICIO OLIVEIRA DA SILVA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632 - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4354 - E-mail: politicaspublicas@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 90136

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 90136

AGRADECIMENTOS

A Deus, ao mestre Jesus e à espiritualidade amiga pelos ensinamentos morais que me alcançam com tamanha intensidade e contribuem para o meu melhoramento íntimo.

Ao professor orientador Dr. Roberto Eduardo Bueno que com muita competência, paciência e incentivo no transcurso da orientação tornou possível a conclusão desta dissertação.

A toda minha família pelo apoio, confiança e zelo dispensados durante a minha trajetória escolar e acadêmica e por todos os ensinamentos que me guiaram nas escolhas, com sabedoria e amor. Em especial, meus pais, Rozineide e Olimar, pois sem a orientação, educação e amor que me dedicaram desde a infância, eu nada seria e pouco teria a oferecer.

Aos meus irmãos Marília e Gabriel, meu namorado Renato, sobrinhos Igor e Miguel, cunhados Sara e Tiago e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não medem esforços para que eu cumpra os meus objetivos

Aos amigos e colegas, sobretudo os do 4P, pelo incentivo e pelo apoio constante.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal que, com dedicação, transmitiram seus conhecimentos.

Aos funcionários da secretaria, da portaria, da biblioteca e da limpeza que compõem a Universidade e executam suas atribuições com zelo.

A todas as crianças e adolescentes que tiveram os seus direitos fundamentais negados e, infelizmente, convivem com a violência.

RESUMO

A presente dissertação realizou uma análise descritiva e documental do perfil de crianças e adolescentes que foram vítimas de violência na cidade de Curitiba, entre o período de 2009 a 2018, cujo registro encontra-se disponível no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde que extraem os dados das fichas de notificação individual utilizadas pelos profissionais nas unidades de saúde. Os resultados apontaram que no período de 2009 a 2018, nas instâncias que integram o Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná, foram registrados ao todo 82.028 casos de violência contra crianças e adolescentes, entre a faixa etária de 0 a 19 anos de idade, sendo que destes 26.735 estão concentrados na cidade de Curitiba, o que representa cerca de 32,5% dos casos no Paraná. Verificou-se que, do total de casos registrados, a proporção da violência é maior entre o público feminino (53,2%), de cor branca (69,9%) e durante o período da infância que compreende crianças de 0 a 10 anos (50,3%). Ainda, constatou-se que a forma mais usual de violência é a negligência e o abandono (65,1%), seguida da violência física (18%), e que o ambiente mais comum e propício a ocorrer a violência é a residência (76,5%). Os maiores agressores se mostraram ser os próprios pais que representaram 97,8% de todos os casos. As proporções foram calculadas com base nos dados fornecidos pelo SINAN e VIVA e a sua análise exploratória decorreu de estatística descritiva. Além disso, buscou-se analisar a relação existente entre os tipos de violência, o sexo e faixa etária e quais grupos, crianças ou adolescentes, são mais notificados dentro de cada critério. Não se deixou de considerar, inclusive, a subnotificação como um elemento limitante do estudo em análise crítica. A partir desses dados, objetivou-se, por meio da abordagem quali-quantitativa e bibliográfica analisar o enfoque da violência como determinante social de saúde do público infantojuvenil, visando apreender, mais especificamente, em que sentido e por quais mecanismos a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes são por ela afetados. Evidenciou-se que a violência doméstica é a principal causa de adoecimento e, por ocorrer na intimidade do lar, é difícil de ser identificada. Além disso, buscou-se compreender como as políticas públicas podem contribuir para o enfrentamento dessa violência e consequente minimização do problema, de tamanha complexidade, ao ser focado de forma interdisciplinar e intersetorial, considerando o recorte da análise temporal desde a promulgação da Constituição Federal e edição do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Palavras-chave: Violência social; Direitos da criança e adolescente; Determinantes sociais de saúde; Política pública; Intersetorialidade.

ABSTRACT

This dissertation carried out a descriptive and documentary analysis of the profile of children and adolescents who were victims of violence in the city of Curitiba, from 2009 to 2018, whose record is available in the Violence and Accident Surveillance System (VIVA) and the Notifiable Diseases Information System (SINAN) of the Ministry of Health that extract data from the individual notification forms used by professionals in health units. The results show that in the period from 2009 to 2018, in the instances that integrate the Unified Health System in the State of Paraná, a total of 82,028 cases of violence against children and adolescents were registered, between the age group from 0 to 19 years old, of which 26,735 are concentrated in the city of Curitiba, which represents about 32.5% of cases in the Paraná. It was found that, of the total registered cases, the proportion of violence is higher among the female public (53.2%), white (69.9%) and during the period of childhood that includes children from 0 to 10 years (50.3%). Still, it was found that the most common form of violence is neglect and abandonment (65.1%), followed by physical violence (18%), and that the most common and conducive environment for violence to occur is residence (76.5%). The biggest aggressors proved to be the parents themselves who represented 97.8% of all cases. The proportions were calculated based on the data provided by the SINAN and VIVA and their analysis was based on descriptive statistics. In addition, we sought to analyze the relationship between the types of violence, sex and age group and which groups, children or adolescents, are most reported within each criterion. Even underreporting was not overlooked as a limiting element of the study under analysis. Based on these data, the objective is, through the qualitative-quantitative and bibliographic approach, to analyze the focus of violence as a social determinant of the health of children and adolescents, aiming to apprehend, more specifically, in what sense and by what mechanisms health and the well-being of children and adolescents is affected by it. It was evident that domestic violence is the main cause of illness and, as it occurs in the intimacy of the home, it is difficult to be identified. In addition, we sought to understand how public policies can contribute to confronting this violence and the consequent minimization of the problem, of such complexity, by being focused in an interdisciplinary and intersectoral way, considering the cut of the temporal analysis since the promulgation of the Federal Constitution and edition of the Child and Adolescent Statute.

Keywords: Violence. Rights of children and adolescents. Social determinants of health. Public policy. Intersectoral actions.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01:** Quadro interativo realizado pela OMS relacionando a tipologia da violência com a sua natureza.....37
- Figura 02:** Modelo de Dahlgren e Whitehead sobre determinantes sociais.....40
- Figura 03:** Representação gráfica do Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente84

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Principais causas de mortalidade na faixa etária de 5 a 14 anos em 1990 no Brasil.....	99
Gráfico 2 - Principais causas de mortalidade na faixa etária de 5 a 14 anos em 2017 no Brasil	99
Gráfico 3 - Principais causas de mortalidade na faixa etária de 5 a 14 anos em 1990 no Paraná.....	100
Gráfico 4 - Principais causas de mortalidade na faixa etária de 5 a 14 anos em 2017 no Paraná.....	100
Gráfico 5 - Principais causas de mortalidade no mundo	101
Gráfico 6 - Proporção da população de 0 a 17 anos segundo a cor ou raça, em Curitiba/PR	112
Gráfico 7 - Orçamento destinado à Criança e Adolescente (OCA) no exercício de 2013 e 2019, em Curitiba/PR.....	131
Gráfico 8 - Orçamento destinado à Criança e Adolescente (OCA) na área de saúde no exercício de 2013, em Curitiba-PR, conforme setor beneficiado.....	132
Gráfico 9: Orçamento destinado à Criança e Adolescente (OCA) no exercício de 2019, em Curitiba-PR.....	133
Gráfico 10: Orçamento destinado à Criança e Adolescente (OCA) na área da saúde no exercício de 2019, em Curitiba-PR, conforme setor beneficiado.....	134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número e taxa de homicídios de crianças e adolescentes de 0 a 190 anos em Curitiba (2000-2010)	102
Tabela 2 - Número de casos de violência entre crianças e adolescentes no Paraná (2009-2018).....	104
Tabela 3 – Frequência por ciclo de vida segundo ano da notificação em Curitiba Paraná (2009-2018).....	106 101
Tabela 4 – Frequência por faixa etária segundo ano da notificação em Curitiba/PR (2009-2018)	107
Tabela 5 – Frequência por sexo segundo ano de notificação em Curitiba/PR (2009-2018)	109
Tabela 6 – Frequência por sexo segundo faixa etária em Curitiba/PR (2009-2018)	110
Tabela 7 – Frequência por raça segundo ano de notificação em Curitiba/PR (2009-2018)	111
Tabela 8 – Frequência por raça segundo ano de notificação em Curitiba/PR (2009-2018)	111
Tabela 9 – Número de casos praticados pelo pai segundo ciclo de vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)	113
Tabela 10 – Número de casos praticados pela mãe segundo ciclo de vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)	114
Tabela 11 – Número de casos praticados por padrasto segundo ciclo de vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)	114

Tabela 12 – Número de casos praticados por madrasta segundo ciclo de vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)	115
Tabela 13 – Número de casos praticados por namorado(a) segundo faixa etária em Curitiba/Paraná (2009-2018).....	116
Tabela 14 - Número de casos praticados por amigos/conhecidos segundo ciclo de vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)	117
Tabela 15 – Número de casos praticados por desconhecido segundo Ciclo de Vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)	117
Tabela 16 – Número de casos praticados por cuidadores segundo ciclo de vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)	118
Tabela 17 - Número de casos praticados por policiais ou agentes da lei segundo Ciclo de Vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)	118
Tabela 18 - Frequência por violência física em Curitiba/PR conforme ciclo de vida (2009-2018)	120
Tabela 19 - Frequência por violência física em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)	120
Tabela 20 – Frequência por violência psicológica/moral em Curitiba/PR conforme ciclo de vida (2009-2018)	121
Tabela 21 – Frequência por violência psicológica/moral em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)	121
Tabela 22 – Frequência por violência sexual em Curitiba/PR conforme ciclo de vida (2009-2018)	122

Tabela 23 - Frequência por violência sexual em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)	123
Tabela 24 - Frequência por tipo de violência sexual em Curitiba/PR conforme ciclo de Vida (2009-2018)	125
Tabela 25 - Frequência por negligência e abandono em Curitiba/PR conforme ciclo de Vida (2009-2018)	126
Tabela 26 - Frequência por negligência e abandono em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)	126
Tabela 27 - Frequência por lesão autoprovocada em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)	127
Tabela 28 - Frequência por violência decorrente de trabalho infantil em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)	128
Tabela 29 - Frequência por local da ocorrência em Curitiba/PR conforme Ciclo de Vida (2009-2018)	129

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABRINQ - Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos
CEDCA - Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
CF - Constituição Federal
CLAVES - Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
CP - Código Penal
CPP - Código de Processo Penal
CVV - Centro de Valorização da Vida
DNCr - Departamento Nacional da Criança
ECA - Estatuto da Criança e Adolescente
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FEBEM - Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor
FNDCA - Fórum Nacional de Entidades Não Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente
FUNABEM- Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNDEB - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
FIA - Fundo da Infância e Adolescência
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIPR - Instituto de Identificação do Paraná
MS - Ministério da Saúde
MPPR - Ministério Público do Paraná
OAB- Ordem dos Advogados do Brasil
OCA - Orçamento destinado à Criança e Adolescente
ONU- Organização das Nações Unidas
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNATE - Programa Nacional de Apoio ao Transporte Escolar
PNBEM - Política Nacional do Bem-Estar do Menor
PNDH - Programa Nacional de Direitos Humanos
PNI- Plano Nacional de Imunização
PNLD - Programa Nacional do Livro e do Material Didático
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE - Programa de Saúde nas Escolas
PNSPDS - Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RNPI – Rede Nacional Primeira Infância
SAM- Serviço de Assistência a Menores
SEAB - Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento
SEDS - Secretaria de Estado do Trabalho e Desenvolvimento Social
SEED - Secretaria de Estado da Educação
SEJU - Secretaria da Justiça, Família e Trabalho
SESA - Secretaria de Estado da Saúde
SESP - Secretaria de Segurança Pública
SIC - MPRR - Serviço de Informação ao Cidadão do Ministério Público do Estado do Paraná
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC -Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSP - Sistema Único de Segurança Pública
STF - Supremo Tribunal Federal

STJ - Superior Tribunal de Justiça

TCE-PR - Tribunal de Contas do Estado do Paraná

TJPR - Tribunal de Justiça do Paraná

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidente

UNICEF (em inglês, United Nations International Children's Emergency Fund.)

SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO.....	16
2) METODOLOGIA.....	20
3) OBJETIVOS.....	25
4) REVISÃO DA LITERATURA.....	26
4.1. Apresentação da Violência.....	26
4.1.1. Histórico e conceito.....	26
4.1.2. Tipologia e natureza da violência.....	34
4.2. Violência como questão de saúde pública.....	38
4.2.1. Conceito e histórico dos determinantes sociais de saúde.....	38
4.2.2. Violência como determinante social de saúde.....	42
4.3. Sistemas de Notificações de Violência e Vigilância em Saúde.....	48
4.3.1. Regulamentação sobre o tema.....	48
4.3.2. A questão das subnotificações.....	54
4.4. Políticas Públicas infanto-juvenis.....	58
4.4.1. Identificação do problema e formação da agenda.....	64
4.4.2. Formulação da política pública e tomada de decisão.....	70
4.4.3. Implementação da política pública.....	72
4.4.3.1. Legislações vigentes pós Constituição Federal e promulgação do ECA	72
4.4.3.2. Da implementação da política pública pelos órgãos de proteção da infância e juventude.....	76
4.4.3.3. Outras políticas públicas voltadas à infância e juventude.....	85
4.4.4. Monitoramento e avaliação da política pública.....	93
4.4.5. Extinção da política pública.....	96
5) RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	98
6) CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151

1) INTRODUÇÃO

Desde o final da década de 1940, novas concepções de saúde foram discutidas e ultrapassaram o enfoque puramente biológico que se restringia às condições patológicas para compreender o processo saúde-doença. A acepção clássica e mais notória de saúde foi consagrada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que a define como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez” (OMS/WHO, 1946). Apesar das críticas dos estudiosos e profissionais da área que concebem tal conceito como aberto, utópico e de alcance limitado, é inquestionável a sua contribuição para o fomento de uma mudança de paradigma e configuração de um conceito ampliado de saúde.

No mesmo sentido, a Constituição Federal de 1988 trata a saúde como um direito fundamental, não restrito e individualmente considerado, categorizando-a, ainda, como um direito social, o que, nos termos dos artigos 6º e 196, a torna uma garantia de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Isso significa que a Carta Magna propõe a ausência de distinção entre as pessoas, a prestação dos serviços de forma individualizada, o acesso universal e igualitário tanto nas ações como nos serviços referentes à sua promoção, proteção e recuperação. Desta maneira, é possível perceber que essa concepção enxerga a saúde para além da ausência de doenças, utilizando os determinantes sociais da saúde como possíveis indicadores de justiça social e qualidade de vida de uma população.

A violência, nesse contexto, desponta como um determinante social importante no processo saúde-doença-cuidado e, conseqüentemente, demanda a análise das diferentes relações de poder existentes entre os indivíduos, sejam elas de origem familiar, comunitária, coletiva ou institucional, e a verificação de suas assimetrias (LOIOLA et al., 2015).

As manifestações de violência transcendem a torpeza do próprio ato e implicam na violação dos direitos à liberdade, dignidade, educação, profissionalização, convivência familiar e comunitária e, principalmente, à vida e saúde do indivíduo. Esses direitos, além de se constituírem nos eixos centrais da proteção integral, são observados e integrados pelas políticas sociais voltadas à assistência dos grupos mais vulneráveis, como o público infanto-juvenil.

Em homenagem aos 30 anos da criação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) promulgado em 13/07/1990, desponta a premência de discussão das dimensões e medidas de proteção integral à infância e adolescência no cenário brasileiro. O Estatuto em questão, disposto na Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2º). Em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142).

O Estatuto, nesse sentido, evidencia a função do Estado em reduzir iniquidades em saúde, educação, moradia, lazer e segurança, proteger da violação de direitos à integridade física e psicológica, incluindo dos familiares, e promover a dignidade e o respeito a liberdade e convivência familiar, tal qual preceitua o artigo 227 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). O panorama de promoção da saúde e cultura de paz às crianças e adolescentes e a criação de políticas públicas sociais e sanitárias específicas a esse público aspiram destaque na arena política e entre os atores públicos e privados.

Nesse sentido, superada a introdução (capítulo 1), que ora se apresenta, o capítulo 2 dedica-se à descrição dos objetivos gerais e específicos, buscando esclarecer as perspectivas de abordagem da violência praticada contra o público infanto-juvenil, especificando a pretensão de compreender e desenvolver o tema sob o enfoque dos determinantes sociais de saúde.

O capítulo 3, por conseguinte, destina-se a desenvolver a metodologia utilizada no presente estudo, apresentando alguns autores que se aplicaram em estudar o desenvolvimento de um trabalho científico, bem como o caminho percorrido na construção da revisão bibliográfica e na obtenção dos dados e resultados, os quais foram descritos em suas respectivas sessões.

Assim, com o intuito de compreender e melhor definir o problema da violência praticada contra crianças e adolescentes e o impacto que gera no setor da saúde, é preciso visitar a literatura sobre o tema e dialogar com o estudo de outros autores que se dedicaram a interpretar fenômeno tão complexo. Cumprida as etapas formais de análise da metodologia da pesquisa e dos objetivos do trabalho, o capítulo 4 intitulado “revisão da literatura” busca atingir esse propósito de discutir históricos, conceitos e classificações sob a perspectiva de outros pesquisadores. Para tanto, o capítulo foi dividido em quatro categorias: apresentação da violência, violência como

questão de saúde pública e sistema de notificações de violência e vigilância em Saúde e políticas públicas infanto juvenis.

Primeiramente, no tópico referente à apresentação da violência, o trabalho converge para o estudo da acepção e a conceituação da violência, as diferentes formas de exteriorização, a natureza e as tipologias que tem assumido socialmente, bem como seu desdobramento, entendendo-a como um fenômeno complexo e de difícil compreensão.

A segunda abordagem do trabalho, denominada “violência como questão de saúde pública”, volta-se, inicialmente, à reflexão do histórico de formação do modelo explicativo conhecido como determinantes sociais de saúde que se firmou como uma mudança de paradigma na compreensão do processo saúde e doença. Por conseguinte, busca-se avaliar como a violência se tornou um problema de relevância na saúde pública e de que forma pode ser considerado um determinante social de saúde entre o público infantojuvenil.

Em terceiro lugar, o intuito é entender o sistema de notificações de violência e vigilância em saúde, como se dá o registro dos casos que chegam às unidades de saúde e processamento dos dados pelos entes federados. Em um segundo momento, a subnotificação, que corresponde à diferença entre as ocorrências e o número de registros, é uma questão a ser pontuada. Isso porque apenas uma pequena parcela dos casos, geralmente os mais graves ou fatais, chega ao conhecimento dos agentes de saúde ou das autoridades públicas, o que deve ser levado em consideração na análise dos dados estatísticos e de implementação de políticas.

Na quarta e derradeira subdivisão destinada à revisão da literatura, com base no modelo que descreve a formação da política pública de forma cíclica, busca-se analisar de que forma as violações de direitos das crianças e dos adolescentes foram identificadas socialmente como um problema e, a partir disso, como foram integradas à agenda governamental, sobretudo, no período mais recente da democratização brasileira. Além disso, o trabalho visa pontuar o processo de formulação das principais legislações e políticas públicas na área da infância e da juventude e destacar como se deu a tomada de decisão dentre as alternativas apresentadas pelos legisladores e também movimentos sociais que se insurgiram contra o *status quo* da época. Na sequência, intenta-se averiguar o curso de implementação das políticas infanto-juvenis no Brasil, com destaque para as legislações de proteção que foram editadas após a promulgação da Constituição

Federal e edição do Estatuto da Criança e do Adolescente e os programas que foram criados e implementados pela administração pública para atender aos comandos legais e colocar em prática o que estava previsto somente no campo abstrato. Ademais, torna-se pertinente ressaltar o contexto de atuação dos órgãos da rede de proteção cuja função é assegurar os direitos e garantias constitucionais das crianças e adolescentes. Encerrando o ciclo da política pública infanto-juvenil, procura-se compreender o processo de monitoramento e avaliação dos programas vigentes e também os vindouros, ressaltando como os indicadores sociais podem contribuir para o aperfeiçoamento dos projetos colocados em prática. Por fim, embora a extinção não seja uma etapa essencial e obrigatória no ciclo de uma política pública, a título exemplificativo, serão analisados alguns casos em que essa fase ocorreu.

O quinto e último capítulo dedica-se essencialmente ao estudo da incidência de casos na cidade de Curitiba/PR ao longo dos anos de 2009 a 2018, as prevalências por sexo, raça e idade, as tipologias de violência mais comuns, a relação do agressor com a vítima e a localidade em que os registros mais se concentram. Além disso, propõe-se a realizar uma análise do orçamento público destinado à saúde na capital paranaense, o valor, de fato, utilizado e a sua destinação dentre os principais setores da área.

Outrossim, desdobra-se na discussão geral do problema da violência praticada contra crianças e adolescentes com base na bibliografia utilizada no quarto capítulo do trabalho e nos dados levantados no tópico relativo aos resultados. Ainda, de posse das informações necessárias para a construção do panorama atual na cidade de Curitiba, defronta-se com o desafio de construir projetos de intervenção no contexto social que viabilizem diminuir o impacto ocasionado pela violência infanto-juvenil no sistema integrado de saúde por meio da difusão de programas e políticas sociais específicas e de acesso a direitos.

A proposta do trabalho, como um todo, é compreender as etapas de definição e determinação do problema, qual seja, o impacto da violência na saúde de crianças e adolescentes na cidade de Curitiba, as estratégias de abordagem escolhidas para resolvê-lo, os recursos envolvidos, os resultados já alcançados, assim como, a influência da legislação e da rede de proteção à infância e juventude nos rumos de todo esse processo que inclui, ainda, a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas e programas não só de saúde, mas de outras áreas correlatas.

Em consonância com a proposição do ramo das políticas pública que tem como fundamento a interação teórico-metodológica entre os campos de conhecimento, o presente trabalho, considerando a importância do tema, apoia-se na necessidade de sua abordagem acadêmica, partindo da ideia de que é preciso que o setor da vigilância em saúde se aproprie dos instrumentos jurídicos de proteção da infância e juventude e que estes, do mesmo, sirvam-se dos conceitos, conhecimentos e dados produzidos pelos diferentes sistemas de informação.

2) METODOLOGIA

O conhecimento científico é um processo resultante do sujeito que busca o conhecimento da realidade, o que coloca em questão dois elementos principais: o sujeito e o objeto, relacionados entre si. Importa dizer que o conhecimento é o resultado da relação entre um sujeito que se empenha em conhecer e o objeto de sua preocupação (CARDOSO, 1971).

Partindo-se dessa concepção e tendo em vista que o objeto da presente pesquisa converge para a análise da violência praticada contra o público infantojuvenil, o desenvolvimento inicial do trabalho se deu a partir do levantamento de referências que abrangem o tema, como livros, artigos científicos, cartilhas do Ministério da Saúde e legislações que abordam, primária ou secundariamente, a proteção da infância e juventude.

Ressalta-se que, em decorrência da pandemia do COVID-19 que inviabilizou ou dificultou a circulação de pessoas nos espaços públicos, como nas bibliotecas das universidades, a pesquisa foi realizada, principalmente, por meio eletrônico, com destaque aos sites do Planalto, do Ministério Público do Estado do Paraná (CAOP da criança e adolescente) e do Ministério da Saúde.

O estudo da relação entre violência e saúde, assim como, a descrição da tipologia e natureza desse fenômeno, foram feitos com base, principalmente, nas obras de Maria Cecília Minayo, uma das principais autoras brasileiras que se dedica ao tema, cujas obras se encontram disponíveis na internet.

A abordagem dos determinantes sociais de saúde foi extraída dos artigos ministrados na disciplina de Políticas Públicas em Saúde ofertada pelo Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas. No mesmo sentido, a base teórica para definir o conceito e características das políticas públicas foi escolhida a partir dos textos,

escritos em inglês, espanhol e português, os quais foram apresentados na disciplina de Análise de Políticas Públicas.

Destaca-se que o acesso às informações das políticas e programas referidos ao longo do trabalho foi possível por meio das plataformas dos governos a nível federal, estadual e municipal e das bases de dados bibliográfica *Scielo* e *Google Acadêmico*, sendo selecionados artigos preferencialmente em português.

As palavras-chaves empregadas para facilitar a busca nos *websites* foram: violência contra crianças e adolescentes, principais causas de morte entre o público infanto-juvenil, histórico dos direitos das crianças e adolescentes, sistema de notificações, subnotificações, violência e saúde, determinantes sociais, histórico da violência, entre outros. A escolha dos artigos e livros foi realizada com base na procedência do endereço eletrônico, no autor e na data de publicação, dando-se preferência às fontes diversificadas e aos conteúdos mais qualificados e atualizados, sendo selecionados, preferencialmente, artigos dos últimos dez anos (2009-2019). Além disso, foram consultados trabalhos com temas semelhantes para extração das referências bibliográficas.

Os materiais escolhidos foram salvos em pastas específicas e fichados, destacando-se os excertos mais importantes, para dar subsídio à pesquisa desenvolvida sob a abordagem qualitativa e compreender as origens e o contexto de desenvolvimento da violência no transcurso do tempo, bem como os seus desdobramentos, natureza e magnitude.

Por ser um tema multifacetário, precisou ser analisado, assistido e repensado de maneira interdisciplinar, envolvendo intersetorialmente os diversos setores governamentais em suas três esferas – federal, estadual e municipal –, inclusive, os não governamentais e demais expressões da sociedade civil, de modo a promover e estruturar uma política pública eficiente e subjugada às necessidades sociais.

Sobre a interdisciplinaridade no campo das ciências sociais, Bruyne (1977) destaca que o campo das ciências sociais é excessivamente vasto para ser englobado ou reduzido a uma única disciplina, de modo de cada uma delas não deve visar o conjunto do espaço epistêmico das ciências do homem, mas delimitar estritamente ou metodologicamente um campo de análise, um aspecto particular desse espaço.

Tem-se, ainda, que a ênfase nas dimensões da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, além de se constituir como importante meio de análise do objeto, é

fundamental para sedimentar propostas consistentes para o enfrentamento do problema complexo, a violência.

Comparativamente a períodos anteriores, a violência tem avultado como uma das principais causas de mortalidade no Brasil, alcançando, inclusive, a faixa etária que compreende crianças e adolescentes. Percebeu-se, a partir disso, que tal fenômeno, muito mais que uma questão de segurança pública, também é problema atinente ao setor sanitário, pois afeta diretamente o bem-estar e saúde das pessoas, mais especificamente do público infanto-juvenil, cuja proteção deve ser priorizada pelas políticas públicas.

A partir disso, fez-se necessário que algumas pré-noções fossem rompidas a fim de atingir uma maior clareza e concepção do objeto perquirido. A respeito do tema, Bourdieu (1999) é assertivo ao mencionar a separação entre a opinião comum e o discurso científico. Conforme entendimento do autor, as ciências sociais devem operar o “corte epistemológico” capaz de estabelecer a separação entre a interpretação científica e todas as interpretações artificialistas ou antropomórficas do funcionamento social. A ruptura deve ser realizada a partir da desconsideração de interpretações artificiais e pouco aprofundadas, o que o autor denomina de pré-noções.

Com base nessa conceituação, as preconcepções que precisaram ser rompidas no trabalho em comento convergiram para a necessidade de qualificar o público em estudo para além de contabilizar tão somente a incidência de casos de violência contra crianças e adolescentes no contexto paranaense e curitibano.

Ou seja, mostrou-se relevante compreender qual a faixa etária, condição socioeconômica e sexo das vítimas, bem como o seu grau de parentesco ou relação com os agressores. Além disso, a natureza da violência a qual são submetidas (se autoinflingida, interpessoal ou coletiva) e as tipologias (se física, sexual ou psicológica) denotaram-se igualmente pertinentes de serem analisadas numa perspectiva mais aprofundada da pesquisa.

Nesse contexto, em um segundo momento, pretendeu-se mapear o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de violências na cidade de Curitiba/PR, bem como compreender como contextos violentos e conflituosos podem ser uma causa relevante de adoecimento e óbito dentre esse grupo etário mais vulnerável.

Para tanto, procedeu-se um estudo descritivo e documental a partir dos dados secundários obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Utilizou-se as notificações de violência contra crianças e adolescentes, entre a faixa etária de 0 a 19 anos, registrados nos anos de 2009 a 2018 na cidade de Curitiba, estado do Paraná.

Destaca-se que, de acordo com as informações prestadas pela prefeitura¹, o município de Curitiba está localizado na região sul do Brasil e na região leste do estado do Paraná do qual é capital. A cidade conta com uma área 434,892 km² e população estimada de 1.933.105 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2019. No tocante aos serviços de saúde, abarca 58 Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família; 53 Unidades de Saúde; 2 Unidades/ Especialidade; 9 Unidades de Pronto Atendimento; 13 Centros de Apoio Psicossocial – CAPS; 6 Centros de Especialidades; 3 Centro de Especialidades Odontológicas; 1 Centro de Orientação e Atendimento aos portadores de HIV/AIDS – COA; 108 Clínicas Odontológicas (integradas às US); 2 Hospitais Municipal; 1 Laboratório Municipal e 68 Espaços Saúde (anexos às US)².

Em relação à faixa etária escolhida, adotou-se a que foi estabelecida pelo SINAN. Apesar do ECA utilizar o intervalo cronológico de 0 a 12 anos para definir a infância e 12 a 18 anos para estabelecer a fase da adolescência (BRASIL, 1990), a OMS adota um critério distinto, entendendo que as crianças compreendem o intervalo de 0 a 10 anos, os pré-adolescentes de 10 a 14 anos e os adolescentes de 15 a 19 anos. Para fins estatísticos, o SINAN adota a divisão realizada pela OMS (BRASIL, 2007).

A técnica utilizada foi a abordagem qualitativa e quantitativa (quali-quantitativa) em vistas a quantificar as crianças e adolescentes vítimas de violência, bem como compreender os condicionantes, os desafios e as potencialidades que envolvem o tema.

A pesquisa quantitativa, segundo Minayo e Sanches (1993), visa apresentar dados, indicadores e tendências que sejam verificáveis e possam abranger grandes conjuntos de informações. Essas, por sua vez, devem ser classificadas para tornarem-se acessíveis de forma objetiva.

A abordagem qualitativa, por outro lado, busca o entendimento de um fenômeno a partir das vivências dos sujeitos e também a compreensão mais aprofundada do objeto investigado a partir de sentidos, crenças e valores (MINAYO,

¹ Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/perfil-da-cidade-de-curitiba/174>

² <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/rede-de-atencao.html>

2007). Ou seja, a pesquisa com esse viés preocupa-se com uma descrição subjetiva do objeto, em detrimento de uma análise meramente objetiva.

Assim, com o objetivo de avaliar as origens, a magnitude e os sentidos da violência infanto-juvenil, a análise quantitativa consistiu no estudo descritivo a partir de dados secundários obtidos das fichas de notificação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referente aos casos de crianças e adolescentes vítimas de diferentes formas de violência, atendidos nas Instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) - Unidades Básicas, Programa de Saúde da Família, Policlínicas e Hospitais.

No site DATASUS, seguiu-se o caminho das abas: “Acesso à informação” > “Informações de Saúde (TABNET)” > “Epidemiológicas e morbidade” > “Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (SINAN)” > “Violência interpessoal/autoprovocada” e, posteriormente, dentre as opções de abrangência geográfica, optou-se especificamente pelo Estado do Paraná. Na sequência, as variáveis contidas nas linhas, colunas, conteúdo e períodos disponíveis foram selecionadas de forma a obter dados como ano e município da notificação, frequência, dados da vítima e do agressor e as características da violência, sua tipologia, meio de agressão, natureza da agressão e local da ocorrência. A partir da combinação dos fatores e dos números gerados pelo sistema, extraiu-se os percentuais que foram utilizados para embasar a pesquisa.

Os dados foram classificados e analisados conforme a notificação individual, tipologia da violência, lesão, dados do agressor, evolução e encaminhamentos. As variáveis foram organizadas, ainda, segundo dados das vítimas como sexo e faixa etária e dados do agressor e característica da violência as quais são infligidas como tipologia, meio de agressão, natureza da lesão, parte do corpo comprometida, local de ocorrência, recorrência e consequências, evolução e encaminhamentos para setor saúde e outros setores. Os dados foram representados graficamente por meio de tabelas e figuras e interpretados no item concernente aos resultados.

Tendo em vista o caráter secundário da pesquisa e ampla divulgação dos dados pelo Ministério da Saúde no meio eletrônico, não se fez necessária a autorização de um comitê de ética em pesquisa, tampouco a emissão de um parecer técnico ou termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, as informações obtidas são objetivas e não implicam em exposição de pessoas ou casos concretos,

de modo que foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos indivíduos envolvidos na pesquisa.

No tocante à construção do objeto científico, Bourdieu (1999) destaca que só pode ser definido e construído em função de uma problemática teórica que permita submeter os aspectos da realidade a uma interrogação sistemática. As problematizações teóricas precisam ser construídas sistematicamente com base na observação e no confronto de aspectos da realidade, atentando-se sempre às situações inesperadas e tidas como incomuns.

Constatou-se que o proposto pela presente pesquisa se aproximou do que Bourdieu denominou de racionalismo aplicado que nada mais é que uma proposição científica na qual há integração e diálogo contínuo entre teoria e evidências empíricas (BOURDIEU, 1999).

Desse modo, para apreender como a violência tem impactado na saúde e bem-estar de crianças e adolescente, em especial no contexto de Curitiba, fez-se necessária: a análise primária do conceito de violência, seus desdobramentos, tipos e formas a fim de compreender melhor os seus aspectos e manifestações sociais; a apuração da incidência da violência nesse público em questão como causa de adoecimento ou morte; o exame de políticas públicas de enfrentamento da violência já existentes e as que ainda estão em via de serem implementadas.

3) OBJETIVOS

A pesquisa analisou o fenômeno da violência enquanto determinante social de saúde de crianças e adolescentes, com enfoque na evolução das políticas públicas já implementadas para minimizar o problema de tamanha complexidade.

Especificamente, avaliou-se as notificações de violência na cidade de Curitiba/PR, entre os anos de 2009-2018, e, com isso, houve o mapeamento do perfil da criança e do adolescente que são vítimas de violência, bem como a observação da relação que possuem com os agressores, ressalvadas as limitações decorrentes das subnotificações.

Além da análise desses dados, buscou-se investigar as políticas públicas e legislações que tratam do tema no Brasil, seja no setor da saúde, seja no âmbito da segurança pública e justiça, assim como se discutiu o potencial que possuem para enfrentamento da violência a nível nacional, estadual e também municipal.

Analisou-se, outrossim, as origens, a magnitude e os sentidos da violência contra a criança e adolescente e a forma como o ente público, destacada a complexidade que envolve o tema, tem lidado com a questão.

4) REVISÃO DA LITERATURA

4.1. APRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA

4.1.1. Histórico e conceito

A conceituação da violência não é um ato que se possa afirmar ser fácil de descrever, pois, embora seja um conhecimento de caráter popular e que se insere facilmente no cotidiano das pessoas, é um tema extremamente complexo e ambíguo que envolve diversas nuances e atores sociais. A violência não se externa em um fato único, mas em uma diversidade de formas e modalidades, não consensuais ou legitimadas, que geram consequências negativas ao bem-estar físico, moral ou psicológico de quem a sofre. É um conteúdo com muitas significações dentro das ciências que se dedicam a estudá-la e varia conforme o tempo e o espaço, de modo que não existe uma definição universal que dê conta de todos os atos percebidos socialmente como violentos (MODENA, 2016).

Por outro lado, é possível distinguir a violência como um instrumento de uso da força ou de subjugação e dominação de outros seres humanos, de forma que o grau de organização das pessoas em sociedade está intimamente relacionado a sua utilização. A violência está implícita nas relações sociais e no modo de interação e socialização dos indivíduos, sobressaindo-se, muitas vezes, como uma alternativa de resolução de conflitos, quando as formas de expressão verbal e as técnicas de mediação tornam-se insuficientes ou falhas (MODENA, 2016).

Para a filósofa brasileira Marilena Chauí, violência significa:

“(…) 1) tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar); 2) todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3) todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); 4) todo ato de transgressão contra o que alguém ou uma sociedade define como justo e como um direito.

Consequentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão e intimidação, pelo medo e o terror” (CHAUÍ, 1999).

Por sua vez, o relatório mundial sobre violência e saúde da OMS, define-a como o “uso da força física, do poder real ou da ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou comunidade que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (DAHLBERG & KRUG, 2002).

No mesmo sentido, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência (Portaria MS/GM nº. 737 de 16/05/01) descreve que a violência “consiste em ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual” (BRASIL, 2001).

A filósofa alemã Hannah Arendt, na obra “Sobre a Violência” defende que a violência está atrelada ao poder, vigor, força e à autoridade, contudo, argumenta que se distingue do poder por serem antagônicos, eis que, quando um domina, o outro está ausente. Explica que a violência pode até ser justificada, mas não legitimada, diferentemente do poder cuja legitimação pode ocorrer, por exemplo, pelo voto (ARENDR, 2016).

Por outro lado, a violência tem uma dimensão política muito importante, já que expressa as tensões do poder da sociedade, desde o macro até os micros poderes da vida cotidiana e, em diversos períodos da história, manifestou-se por meio das práticas autoritárias do Estado e de suas instituições. Desse modo, a violência não se reduz à criminalidade, pois, embora todo crime seja concebido como um ato violento, há um consenso na atualidade de que é um fenômeno abrangente e que não envolve só os danos à integridade física, mas também à integridade psíquica e identidade das pessoas (ADORNO, 2002).

No processo histórico, a violência de meio foi se tornando um fim e, ao se tornar finalidade, foi incorporada nas relações sociais. Entre o senso popular, impera a ideia de que o povo brasileiro não é violento, mas sim pacífico, cordial e solidário. Tal afirmação estaria atestada pelo fato de que o país não experienciou conflitos ou guerras de grande intensidade e dimensão. Para MINAYO (2006), “trata-se de uma meia verdade”, já que as raízes históricas do Brasil, escravista e colonizado, estão permeados de atos de exploração, dor e sofrimento.

O enraizamento da violência na sociedade brasileira tem um processo histórico e sociológico gradual e de difícil identificação, pois a observância de cada caso concreto isoladamente é incapaz de demonstrar a dimensão do problema. Entretanto, é possível delinear alguns marcos importantes que concorreram para sua maior incidência (SILVA; XAVIER, 2017).

Apesar de não ser um fenômeno recente na sociedade brasileira, é comum as pessoas atribuírem o início da violência aos idos da década de 50 e 70 em que o processo de industrialização brasileira nos grandes centros como São Paulo e Rio de Janeiro desencadeou no crescimento urbano desenfreado. Isso, certamente, contribuiu com a consolidação do crime organizado, especialmente em torno do tráfico de drogas, e conseqüentemente com o aumento dos índices de crimes patrimoniais e contra vida, como o homicídio. Nesse período, a sensação de tranquilidade e segurança que a população de classe média alta possuía dentro de suas casas e no acesso aos espaços públicos cedeu lugar à preocupação com as pessoas julgadas como perigosas e aos locais considerados degradados. A partir de então, a cultura do medo se instituiu na sociedade brasileira, dando enfoque à violência urbana como tema de relevância na mídia e no academicismo (ADORNO, 1996).

Entretanto, a violência não se restringe às últimas décadas e está presente na sociedade desde o período colonial, sobretudo em face dos grupos dominados, como os negros, mulheres, crianças e adolescentes, indígenas, pessoas em situação de rua e demais indivíduos sujeitos aos mandos dos proprietários de terras e daquelas que arrogavam para si a prerrogativa de controle da ordem social. Não havia benevolência no uso abusivo do poder e da força contra os grupos mais vulneráveis e os castigos físicos eram, inclusive, causas de adoecimento e morte (MENDES, 2017).

Adorno (2002) explica que, de acordo com o pensamento de alguns autores, desde a sua constituição colonial, o Brasil era uma sociedade extremamente fragmentada e dispersa, incapaz de uma organização própria e, por essa razão, tornou-se necessário um Estado forte que a pudesse agregar. Nesse sentido, o Estado teria o uso da força como prerrogativa de poder para organizar os cidadãos que, por si só, seriam violentos. Outros pensadores acentuam, ainda, as raízes patrimonialistas da violência cuja premissa é de que não havia uma linha demarcatória entre o público e o privado. Essa linha interpretativa era observada em razão da falta limites ao uso do poder pelos grandes proprietários de terras e pelas autoridades políticas, cujas posições sociais, muitas vezes, eram coincidentes entre si. Ou seja,

quem possuía o patrimônio era também o indivíduo que detinha o poder e a prerrogativa de assegurar a “ordem social”.

O período colonial brasileiro foi marcado pela eclosão de diversas revoltas de caráter nativista, como a Guerra dos Emboabas e dos Mascates, e separatista, como a Inconfidência Mineira e a Conjuração Baiana, que, a seu modo e de acordo com seus interesses, se insurgiram contra a relação exploratória entre o Brasil e Portugal. Esses confrontos foram marcados por lutas armadas e os responsáveis foram violentamente punidos pela Coroa Portuguesa (GASPARETTO JUNIOR, 2013).

Após a independência do Brasil, o período imperial também foi caracterizado por revoltas regionais, como a sabinada, a Balaiada, a farroupilha, a cabanagem entre outras. Esses conflitos surgiram da insatisfação de grupos específicos em relação às decisões políticas e administrativas que estavam sendo tomadas pelos regentes que assumiram o poder até a completude da maioria de Dom Pedro II. Assim como as demais, as referidas revoltas foram reprimidas com bastante violência pelos governos da época (RODRIGUES, 2012).

Ao longo da República, os movimentos sociais e operários também eram contidos com o uso intenso da força. “Tivemos duas ditaduras explícitas: a da era Vargas, de 1930 a 1945, e a ditadura militar, de 1964 a 1985, nas quais os dissidentes políticos foram presos, torturados e assassinados, e a violência à liberdade individual praticada de várias formas”. O uso da força para a garantia do que se chamava de ordem social tinha um certo lastro de aceitação e legitimidade, já que não havia expressão pública de resistência ao uso da violência (MENDES, 2017).

Em relação ao autoritarismo difundido pelo Estado, Paulo Sérgio Pinheiro trabalha com o conceito chamado “autoritarismo socialmente implantado” que aborda as “práticas autoritárias profundamente enraizadas nas novas democracias que permeiam tanto a política como a sociedade”. O autor explora a ideia de que, da mesma forma que existem governos ditatoriais, também há sociedades que tendem a perpetuar ações autoritárias, mesmo após o encerramento formal desses regimes (PINHEIRO, 1997).

Assim, ao contrário do que se pensa, o autoritarismo não é proveniente somente do Estado, embora este possa produzir manifestações truculentas, repressões indiscriminadas e práticas violentas contra dissidências políticas, sobretudo nos períodos de exceção política como os de ditaduras. Se assim o fosse, ao se recuperar a normalidade democrática ou o estado de direito, a tendência seria

uma pacificação geral da sociedade. De fato, no período de transição da ditadura militar para o regime democrático, observou-se avanços significativos do ponto de vista das conquistas sociais, das instituições democráticas, da participação, representação e reconhecimento de direitos, porém a violência continua a ser um elemento constante nas relações sociais (ADORNO, 2002).

Ao final da ditadura militar, os movimentos sociais começaram a se intensificar e denunciar os casos de violência praticados durante o regime autoritário e também no período democrático pela ação da polícia e dos agentes institucionais que reprimiam aqueles considerados potencialmente perigosos.

Aqui e acolá, governos democráticos buscaram enfim exercer o princípio republicano da responsabilidade pública e política. Ao mesmo tempo, a sociedade brasileira tornou-se mais densa e mais complexa nas suas relações de classe, nas suas relações intersubjetivas, nas lutas sociais pelo reconhecimento de identidades e de direitos; mais reivindicativa, mais participativa, cada vez mais inconformada com a persistência de seus problemas, entre os quais a violência urbana cotidiana (ADORNO, 2002).

A despeito de ter sido instaurada uma ordem democrática e um Estado de Direito, a concentração e distribuição de riquezas seguiram sem grandes alterações e a desigualdade social permaneceu como um elemento relevante para a questão da violência nas suas diversas expressões, como crime, como violação de direitos humanos, como conflito nas relações pessoais e interpessoais e como esboço do autoritarismo Estatal (ADORNO, 2002).

Em razão disso, com a instauração de um regime democrático, foram editadas diversas legislações para buscar tornar as condições sociais menos desiguais e assimétricas e garantir o direito à segurança pública a todos os cidadãos.

De acordo com o artigo 6º da Constituição Federal, a segurança pública é um direito social e, portanto, fundamental dos cidadãos, estabelecendo que a liberdade de ir e vir e morar com segurança é um serviço obrigatório do Estado. O art. 144 dispõe que a ordem deve ser mantida por meio do trabalho dos seguintes órgãos: polícia federal, polícia rodoviária federal, polícia ferroviária federal, polícias civis e militares e corpo de bombeiros (BRASIL, 1988).

Em 2018, foi criada a lei nº 13.675 que estabeleceu o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) e a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS). O objetivo é coordenar uma ação conjunta e integrada de todos os órgãos de segurança e melhorar o serviço prestado à sociedade (BRASIL, 2018).

No âmbito dos direitos da criança e do adolescente, o ECA funciona como um mecanismo importante de defesa da criança e adolescente e de criação de condições mínimas para que os seus direitos, inclusive à segurança, sejam garantidos, ressaltando-os de qualquer forma de violência. É o que preceitua o artigo 5º, segundo o qual:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990).

Do mesmo modo, o artigo 18-A do ECA, incluído recentemente pela lei nº 13.010/2014, visa resguardar o direito das crianças e adolescentes de serem cuidados e educados de forma não violenta, seja pelos pais, seja pelos profissionais da educação, saúde e assistência social que lhe prestem atendimento, além dos conselheiros tutelares e membros do judiciário e do Ministério Público (BRASIL, 1990).

Não bastasse isso, o Estatuto previu diversos tipos penais, entre os artigos 240 a 241-B, para penalizar criminalmente a exploração sexual e a exposição pornográfica, por meio de imagens e vídeos, de crianças e adolescentes (BRASIL, 1990). A criminalização das condutas violentas transpõe o ECA e dispõe-se no Código Penal em artigos como o 213, 215, 217-A, 218, 218-A, 218-B, 227, 229, 230, 231-A, 233 e 234 que tratam dos crimes sexuais praticados contra vítimas de 0 a 18 anos, faixa etária em que não é legalmente permitida a plena disposição do corpo e exercício da liberdade sexual (BRASIL, 1940).

Além do ECA, que traz uma série de dispositivos de proteção da criança e adolescente contra a violência, a lei nº 12.845/2013 foi sancionada para dispor “sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual” pelos profissionais da saúde, “visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social” (BRASIL, 2013).

A lei 13.431/2017, já citada anteriormente, também foi editada com o intuito de assegurar os direitos das vítimas e testemunhas de violência e evitar os danos de uma possível "revitimização" em relação aos fatos violentos, instituindo a escuta de crianças e adolescente por profissionais qualificados e especializados (BRASIL, 2017).

No contexto das políticas públicas infanto-juvenis de proteção contra a violência, destacam-se o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violências e o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte.

O primeiro foi aprovado no ano de 2000, a partir de uma mobilização coletiva dos setores da sociedade civil atuantes na área, com o fim de enfrentar a exploração sexual infantil cujos números ascendiam rapidamente nesse período e reunir recursos financeiros para tanto. O plano foi pensado com base em seis eixos estratégicos: análise da situação, mobilização e articulação, defesa e responsabilização, atendimento, prevenção e protagonismo infanto-juvenil, os quais tornaram-se diretrizes para os planos sociais no âmbito municipal (BRASIL, 2018).

A segunda foi instituída pela Portaria nº 737 de 16.05.01, conforme mencionado anteriormente, buscando “ênfatar os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis” (BRASIL, 2001).

O terceiro foi criado poucos anos depois, em 2003, contudo, sua instituição ocorreu somente em 2007 por meio do Decreto 6.231/07 que foi alterado em 2018 pelo Decreto 9.371. O programa foi idealizado como uma estratégia do governo federal, mais precisamente do Ministério dos Direitos Humanos, para combater a letalidade infantil e “preservar a vida das crianças e dos adolescentes ameaçados de morte, com ênfase na proteção integral e na convivência familiar”, contando com a participação do judiciário, dos membros do Ministério Público, Defensoria Pública e Conselho Tutelar. Conforme dados fornecidos pelo programa, o perfil dos jovens brasileiros que estão sob proteção é o seguinte:

“(…) sexo masculino (74%), raça negra (74%), faixa etária entre 14-17anos (72%), ensino fundamental incompleto (83%), morador de capitais e regiões metropolitanas (57%), tem a mãe como principal referência familiar (59%), renda familiar é de até 1 SM (83%), e a ameaça se deve à abrangência do tráfico (56%). A porta de entrada principal é o Conselho Tutelar ou o Poder Judiciário (81%). A criança ou adolescente ameaçada é protegido junto a sua família (55%) ou em unidades de acolhimento institucional (33%), e o tempo de permanência no PPCAAM é de cerca de 6 meses (61%)” (BRASIL, 2018)

Nota-se, portanto, um esforço dos entes governamentais e da sociedade civil em criar, nas últimas décadas, mecanismos de defesa da criança e do adolescente

contra condutas consideradas socialmente violentas. A própria concretização e conformação dos princípios de proteção da criança e do adolescente às práticas dos profissionais que atuam na área e às políticas públicas passou por um processo de construção. Ou seja, é perceptível uma mudança de significados e de atenção ao tema ao longo dos anos, de modo que só recentemente a questão da violência contra crianças e adolescentes se tornou um problema de reconhecimento público, não mais se limitando à esfera privada, como era feito anteriormente (MINAYO, 2007).

Ao descrever a violência como um fato humano e social, MINAYO (2007) explica que:

Não se conhece nenhuma sociedade totalmente isenta de violência. Ela consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e coletividades. Há sociedades mais violentas do que outras, o que evidencia o peso da cultura na forma de solução de conflitos.

A violência doméstica, incluídas nesse conceito a violência de gênero e infanto-juvenil, está incorporada na sociedade brasileira como um elemento natural e cultural que “atravessa todas as classes e segmentos sociais”. Há, por exemplo, quem conceba que a utilização de agressões e maus tratos contra crianças é uma prerrogativa dos pais na educação dos filhos, bem quista socialmente, e não um ato de violência. Essa condição de naturalização do comportamento violento contra crianças e adolescentes no ambiente doméstico, ressalta-se, é o que torna o seu enfrentamento mais dificultoso pelas autoridades públicas (MINAYO, 2007).

Nota-se, portanto, que a violência está intrínseca à própria história do país, e mostra-se presente desde o período colonial brasileiro, nas relações entre os colonizadores e os colonizados. Atualmente, está muito vinculada ao crime organizado, ao crescimento e empoderamento econômico das pessoas que fazem parte desses grupos, às desigualdades sociais e aos desdobramentos nefastos que causam à segurança pública. Contudo, a sua forma mais silenciosa e oculta, que se expressa na esfera privada, é a menos visível à população e, por esse motivo, a mais preocupante.

Enquanto fato humano e social, a violência é insidiosa e muda constantemente de forma à medida em que também se apresenta como um elemento perdurante nas relações sociais. Contudo, é passível de ser minimizada e até combatida a partir de um esforço conjunto dos que se propõe a compreender e modificar as “formas de

reprodução da dominação, de submissão e os agravos provenientes desses fenômenos” (MINAYO, 2007).

A violência expõe e torna visível os problemas que a sociedade apresenta e não consegue resolver, ao passo que a civilidade e o Estado de Direito opõem-se à sua existência.

4.1.2. Tipologia e natureza da violência

No ano de 2002, a OMS promoveu uma reunião na cidade de Genebra na qual apresentou um dos documentos mais importantes no estudo do tema violência e saúde, o “Relatório Mundial sobre violência e saúde”. Além de ter estabelecido um conceito amplo de violência, citado no tópico anterior, subdividiu-a em tipologias e naturezas, a depender de sua origem e forma de manifestação.

Em relação às suas tipologias, a violência pode ser categorizada da seguinte forma: a autoinfligida cujo termo é utilizado para designar comportamentos suicidas, autolesivos e autoabusos; a interpessoal que diz respeito às manifestações intrafamiliares e comunitárias e; a coletiva que consiste na violência praticada contra grupos, sejam eles sociais, políticos ou econômicos (MINAYO, 2006).

Especificamente no tocante à violência autoprovocada ou autoinfligida, estão compreendidas nela a ideação suicida, as autoagressões, as tentativas de suicídios e os suicídios, de fato realizados, os quais requerem ações de atenção integral em saúde (CEVS/RS, 2011). Ressalta-se que o comportamento autolesivo não compreende, necessariamente, a intenção suicida, como nos casos de automutilação em que a intenção norteadora da ação que produz o dano físico ao próprio indivíduo não é a de morte (MINAYO, 2006).

Destaca-se que, relativamente à categoria da interpessoalidade, a violência intrafamiliar é aquela que atinge os membros da família, como crianças, adolescentes, parceiros e idosos que podem coabitar ou não. Esse tipo de violência interessa sobretudo à área da infância e juventude, já que a maioria dos atos violentos praticados contra crianças e adolescentes são de origem doméstica (MINAYO, 2006).

De acordo com Minayo, “é a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente” (MINAYO, 2006). Ou seja, “é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de

outra pessoa da família”. Salienta-se que o espaço físico é irrelevante para a sua caracterização e não está condicionado à circunscrição do lar, bastando a existência da relação doméstica ou familiar entre as pessoas (CEVS/RS, 2011).

Aliás, diferentemente do que presume o senso comum, a violência doméstica não está limitada às relações afetivas, entre homem e mulher, mas estende-se às crianças, idosos.

Nesse sentido, não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações em que se constrói e efetua. Esse tipo de violência inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente, (sobrinhos, enteadas e irmãs unilaterais, empregados domésticos, entre outros). Entende-se como unidade doméstica, portanto, o espaço de convívio permanente de pessoas com ou sem vínculo familiar (DELZIOVO, 2018).

No tocante à violência infantil:

Representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. (AZEVEDO; GUERRA, 2001).

Coincidentemente, o cuidador reveste-se da figura de agressor e aquele que deveria proteger a criança ou adolescente é quem mais prejudica o seu desenvolvimento, negando-lhes o direito de serem tratados como sujeitos e pessoas com dignidade.

As relações comunitárias, por sua vez, são as se ocorrem no ambiente social em geral, entre pessoas desconhecidas ou conhecidas, ressalvadas as interações de origem familiar. A violência que dela origina é praticada por meio de agressões às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens, constituindo objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e do sistema de justiça: polícias, Ministério Público e Poder Judiciário. É o tipo de violência característica do ambiente urbano e é a que acomete principalmente o homem na fase adulta (MINAYO, 2006).

Além dessas tipologias tradicionais, estabelecidas pela OMS, Minayo inclui a modalidade estrutural da violência que permeia todos os processos anteriormente citados.

Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e 'cronificam' a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos micro e macroprocessos sócio-históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação. A maioria dos tipos de violência citados anteriormente tem sua base na violência estrutural (MINAYO, 2006).

A desigualdade, a injustiça e a exclusão social, exteriorizadas na falta de acesso à moradia, educação e emprego, são situações geradoras da violência estrutural que, por sua vez, repercute na manifestação da criminalidade, enquanto expressão mais direta da violência. Vale dizer, determinadas pessoas ou grupos sociais se beneficiam de uma estrutura social, política e jurídica que protege alguns segmentos e acarreta prejuízo aos mais vulneráveis.

Além das tipologias, a violência é categorizada a partir de sua natureza e conforme as consequências que provocam à vítima, podendo-se apresentar na forma física, sexual, psicológica, de negligência ou abandono e financeira ou econômica (MINAYO, 2006).

Desse modo, de forma simplista, se há produção de um dano físico, há violência de natureza física, não havendo impedimento, contudo, que se estabeleça a simultaneidade de outras naturezas (MINAYO, 2006).

Impende destacar, a respeito disso, que as correções ou disciplinamentos de natureza física com viés educativo também pode ser considerada uma violência física, a depender do caso concreto, sobretudo quando há resposta excessiva do adulto que avança o corpo da criança e causa dor (MINAYO, 2006).

A violência sexual é uma das formas de abuso mais frequentes e não compreende somente a penetração vaginal ou anal, mas todo e qualquer ato de origem libidinoso, como toques e beijos lascivos e felação (MINAYO, 2006).

A de origem psicológica manifesta-se de diferentes maneiras e se caracteriza por meio de "agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda, isolá-la do convívio social" (MINAYO, 2006).

Para ser assim considerada, a ação voltada a esse fim deve exclusivamente produzir consequências na dimensão psicológica. Explica-se: é comum que a violência sexual traga um mal-estar emocional, consciente ou não consciente. Para evitar generalizações e classificações restritivas, nem todos os abusos podem ser

considerados como violência psicológica, o sendo apenas as ações norteadas à humilhação, exposição emocional ou ameaça à pessoa. Nada impede, contudo, que em uma mesma situação estejam, concomitantemente, alcançadas mais de uma natureza de violência (MINAYO, 2006).

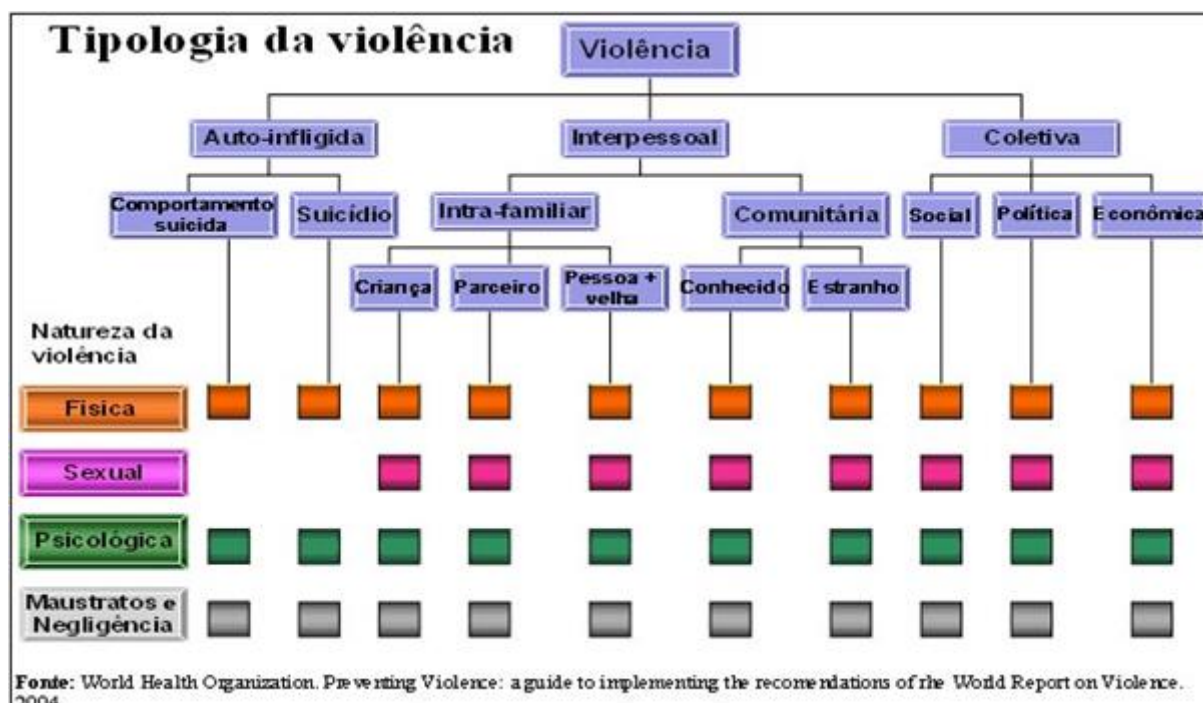
Ainda, a negligência ou abandono pressupõe a recusa ou desprezo ao dever de cuidado de alguém.

Elas se expressam na falta de provimento de alimentos, roupas, cuidados escolares e médicos e de outros cuidados necessários ao desenvolvimento e crescimento infantil e juvenil. A negligência costuma se apresentar em situações limítrofes entre pobreza e maus-tratos (MINAYO, 2006).

Por fim, a violência financeira/econômica constitui-se em um abuso da relação de poder, manifesta como forma de apropriação do bem e dos recursos financeiros de outrem, sem seu consentimento.

O quadro a seguir, produzido pela OMS, resume as categorizações da violência e demonstra o grau de relação existente entre o tipo de violência e a sua natureza.

Figura 01: Quadro interativo realizado pela OMS relacionando a tipologia da violência com a sua natureza.



Fonte: OMS (2004)

A compreensão do conceito e das classificações supracitadas permite àqueles que lidam diretamente com o tema conhecer a magnitude e a gravidade da violência,

com o objetivo de promover ações de vigilância, prevenção e proteção, mediante a articulação e integração com a rede de serviços, sobretudo da saúde, no âmbito municipal, estadual e federal.

Ademais, o sistema de saúde é dos mais impactados com os óbitos e ofensas à integridade física, moral, sexual e psicológica das vítimas que se constituem em relevante problema social, tanto no âmbito coletivo quanto no individual, conforme se verá a seguir.

4.2. VIOLÊNCIA COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

4.2.1. Conceito e histórico dos determinantes sociais de saúde

Muitos foram e ainda são os esforços para compreender e desmistificar o processo de adoecimento cuja sistematização esbarra na inconstância e mutabilidade do chamado “estado de bem-estar” que tanto almejam os indivíduos. As dificuldades de construção de perspectivas estáveis e integrais sobre a condição de saúde e doença dos indivíduos impulsionaram o surgimento de diversos modelos explicativos no campo da epidemiologia. Dentre esses modelos, destaca-se: o biomédico; o ecológico ou da história natural da doença; determinação social da saúde e o biopsicossocial (PUTTUNI et al., 2010).

O biomédico considera os agentes externos, físicos, químicos ou biológicos, como causadores de enfermidades e reputa como essencial o estudo da fisiologia do ser humano, pois se, em desequilíbrio, torna o homem doente. Diferentemente do modelo subsequente, sua análise se restringe às particularidades do indivíduo em si e não ao todo que o compõe (PUTTUNI et al., 2010).

Nessa abordagem, a doença é definida como desajuste ou falta de mecanismos de adaptação do organismo ao meio, ou ainda como uma presença de perturbações da estrutura viva, causadoras de desarranjos na função de um órgão, sistema ou organismo (PUTTUNI et al., 2010).

Por outro lado, o ecológico ou da história natural da doença, proposto por Leavell e Clark em 1976, está embasado na “tríade ecológica” que engloba o ambiente, o agente e o hospedeiro, ao passo que a doença surge como consequência do desequilíbrio entre esses três fatores (PUTTUNI et al., 2010).

O modelo biopsicossocial, por sua vez, utiliza-se da “interação entre mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais” para explicar o processo de adoecimento, bem como contempla desde as partículas subatômicas à interação dos seres com a biosfera (FAVA; SONINO, 2008).

Por fim, a determinação social do processo saúde-doença, cujo conceito mostrou-se relevante para o cenário latino-americano, discute a interferência das estruturas sociais, políticas e econômicas na saúde coletiva. Aliado aos determinantes sociais de saúde inova no sentido de abranger aspectos sociais, de qualidade de vida, emprego e moradia como influentes na saúde do indivíduo. Reflete uma ruptura no entendimento do adoecimento, já que tanto o modelo biomédico como o modelo da história natural da doença valem-se de alterações teciduais e moleculares para compreender o adoecimento. Os determinantes sociais inserem uma visão macro e observam o contexto social do paciente, o lugar em que vive e os fatores que podem influenciar a saúde da população, tais como os ambientais, culturais e socioeconômicos que ao se relacionarem com as condições de vida e trabalho da população e promovem ou inviabilizam uma vida saudável (BORGHI, 2018).

O conceito de DSS surgiu a partir de comentários publicados nos anos 70 e no início dos anos 80, que destacavam as limitações das intervenções sobre a saúde, quando orientadas pelo risco de doença nos indivíduos, observando que, para compreender e melhorar a saúde, é necessário focalizar as populações com pesquisas e ações de políticas direcionadas às sociedades aos quais esses indivíduos pertencem (VIANA et al., 2017).

Nesse sentido, fatores como redes sociais e comunitárias, desemprego, acesso a água potável e encanada, saneamento básico, educação, moradia são incluídas como determinantes relevantes de saúde (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 2) constitui um dos modelos representativos de determinantes sociais mais conhecidos. Para melhor explicá-los, o gráfico adota uma diagramação em que os conceitos são distribuídos em camadas, partindo do micro em direção ao macro (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Figura 2: Modelo de Dahlgren e Whitehead sobre determinantes sociais



Fonte: Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health, 1991.

Conforme se observa, os determinantes sociais estão divididos em categorias (proximal e intermediária), definidas a partir do grau de proximidade e interação com o indivíduo que são a base da estrutura. A proximal, como o próprio nome sugere, abrange as características mais contíguas ao indivíduo, aptas a diferenciá-lo, como idade, sexo e fatores hereditários. A intermediária compreende as condições de vida e trabalho e distal (ou estrutural) dedica-se à análise da estrutura social em que está inserido o indivíduo e quais são as potenciais causas de adoecimento nesse contexto.

A partir da representação em camadas, o gráfico demonstra que, no nível mais inferior, há a representação dos fatores individuais, como variáveis demográficas e aspectos particulares da fisiologia e genética da pessoa, que interferem e impactam a sua saúde (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Na segunda camada, a nomenclatura estilo de vida dos indivíduos remete aos próprios condicionantes sociais que são relevantes no processo de adoecimento. É, no gráfico, o nível mais próximo aos fatores individuais da pessoa e está no limiar entre este estrato e as redes sociais e comunitárias potencialmente lesivas à saúde. Da camada adjacente, extrai-se os elementos que, embora aparentemente distantes e irrelevantes no processo de adoecimento do indivíduo, possuem uma interferência significativa. São os determinantes intermediários, constituídos a partir das condições de vida e trabalho, de educação, habitação, água e esgoto e tantos outros, como a violência (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Por fim, a camada mais externa abriga o determinante mais macro e distante do contexto individual e está relacionado às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Abrange, inclusive, a área das políticas públicas e discussões de

caráter supranacional, como o modo de produção e consumo de uma cidade, Estado ou país e o processo de globalização (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Verifica-se que a representação gráfica em níveis escalona os determinantes sociais de saúde, posicionando-os a partir do grau de interferência que exercem no processo de adoecimento do indivíduo. Vale dizer, quanto mais próximo o determinante estiver dos fatores individuais na disposição das camadas, maior o seu potencial lesivo (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Portanto, há dois grandes grupos de determinantes de saúde, um relacionado à herança genética, à idade e ao gênero e o outro vinculado às questões sociais, de vida e de trabalho das pessoas.

Os determinantes sociais de saúde são produto da ação humana e o seu estudo permite o desenvolvimento de intervenções no sentido de ampliar políticas públicas que possam reduzir iniquidades ou desigualdades injustas e avançar na criação de soluções em saúde que sejam mais justas e equânimes (BUSS, et al., 2020)

A promoção da saúde e da qualidade de vida da população, em seu sentido amplo, representa um avanço importante no exercício da cidadania e dos direitos sociais constitucionalmente previstos no processo de democratização brasileira (PERMINIO, 2018).

No Brasil, essas compreensões e mudanças também foram implementadas e podem ser identificadas por meio da lei nº 8.080/1990, denominada lei orgânica da Saúde, que, além de ter preconizado a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu, em seu artigo 3º, a relevância da abordagem dos determinantes e condicionantes sociais de saúde. É o que segue:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

No mesmo sentido, a já mencionada Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que insere Política Nacional de Promoção da Saúde, também absorve a discussão do tema ao preceituar como objetivo geral da política “a promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho,

habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006, 2014).

As diretrizes e as prioridades de uma política pública como a PNPS, os esforços para sua implementação e recursos disponibilizados dizem muito sobre os valores que pautam os conceitos de saúde, cidadania, desenvolvimento sustentável e qualidade de vida para uma determinada sociedade. Permitem reconhecer, ainda, o quanto o Estado, por meio de ações intersetoriais, é capaz de desenvolver ações e programas coerentes com os princípios propugnados em políticas públicas desta natureza (MALTA, et al., 2018).

Logo, o estudo dos determinantes sociais, além de estar voltado ao combate das iniquidades em saúde, contribui para a articulação e coordenação de políticas públicas educacionais, de distribuição de renda e de cuidados em saúde que, adequadamente realizadas, fomentam a melhoria das condições de vida da população. A intersetorialidade, a participação social e a difusão de informação entre os gestores públicos e a própria população, torna a construção e adoção de medidas igualitárias mais factíveis.

4.2.2. Violência como determinante social de saúde

Na gênese da violência, a saúde não tem nenhuma contribuição ou participação, contudo é o setor que mais suporta o ônus desse agravo social. Paralelamente às doenças crônicas e degenerativas, as causas violentas são, em geral, um dos maiores fatores de mortalidade do país. Dentre a população jovem e produtiva, essa proporção é ainda mais acentuada, o que tem causado incapacidades importantes e impactos consideráveis na qualidade de vida, ceifando as suas potencialidades (MINAYO, 2006).

Para a autora, a saúde está fortemente atrelada à violência, porque:

- 1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos. Nos últimos anos, o setor saúde introduziu o tema em sua pauta, consciente de que pode contribuir para sua discussão e prevenção.

A relação da saúde com as ciências sociais não é recente e, embora o tema da violência esteja longe de ser exclusivamente do setor, influiu consideravelmente em

sua agenda. A demanda por ações mais incisivas da saúde em relação à violência foi observada, inicialmente, pelos pesquisadores e gestores estaduais e municipais que passaram a contabilizar um aumento nos gastos públicos e um impacto considerável no Sistema Único de Saúde (SUS), decorrentes da elevação no número de internações e na ocupação de leitos hospitalares ocasionados por acidentes e atos violentos (MELIONE; MELLO-JORGE, 2008). Os estudos sobre o tema foram se desenvolvendo ao longo do tempo e surgiram novos sistemas de informação para a coleta de dados.

Nos meados da década de 70, o professor Ruy Laurenti, como parte de um grupo de trabalho do Ministério da Saúde, criou o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) que foi concebido e implantado no país entre 1975 e 1976 e se tornou uma plataforma importante para a pesquisa das causas externas de violência. O campo da epidemiologia, mesmo em relação à abordagem da violência, é importante para entender as séries históricas, as características dos fenômenos e, principalmente, a tradição de estudos estatísticos e a qualificação das fontes (JORGE, 2002).

Na década de 80, o Brasil encontrava-se sob uma conjuntura favorável em decorrência do movimento da “Reforma Sanitária” e da recente aprovação da Constituição Federal que provocaram o retorno ao regime democrático e propagaram a importância da convivência social e da necessidade de promoção de condições de bem-estar. Concomitantemente, emergiram propostas de solução de conflitos e redução das formas de violência à sua mínima expressão como meio de eliminá-las.

Tanto que, em 1988, o Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES) foi criado sob uma perspectiva interdisciplinar, agregando integrantes do Departamento de Epidemiologia e do Departamento de Ciências Sociais da Escola de Saúde Pública da Fiocruz. Atualmente vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) tem como competência o planejamento, a organização e execução de “atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica interdepartamental, interinstitucional e intersetorial no campo da violência e saúde” (ENSP/FIOCRUZ, 2015).

O ano de 1996 foi marcado pela realização da quadragésima nona Assembleia Mundial de Saúde que adotou a Resolução WHA49.25, reconhecendo a violência não somente como um problema de saúde pública, mas como prioridade do setor. O evento serviu, ainda, para chamar a atenção da Organização Mundial da Saúde

(OMS) em torno da questão, incitando a instituição a produzir materiais e efetuar campanhas de conscientização e prevenção (DAHLBERG; KRUG, 2002).

Dois anos depois, foram instituídos o Comitê Técnico Científico de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violência (Portaria nº 3.566/GM de 22/9/1998) e o Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência (Portaria nº 3.733/GM de 14/10/1998), compostos por especialistas, pesquisadores, gestores, integrantes das instituições ou organizações não-governamentais e da sociedade civil, para pensar uma política específica para o setor. Essas discussões deram origem à edição da Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001, do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências que passou a ser referência dos estudos na área de saúde pública e violência (BRASIL, 2002).

A preocupação inicial dos idealizadores da referida política era facilitar a sua operacionalização nos estados e municípios a partir da difusão de diretrizes específicas, aperfeiçoamento do monitoramento no tocante à magnitude das violências e acidentes e acompanhamento de seu impacto no SUS. O objetivo principal era prestar um melhor atendimento e atenção aos cuidados com as vítimas e garantir a promoção da saúde, com base em seus determinantes sociais (BRASIL, 2002).

Conforme já mencionado anteriormente, em 2002, ano subsequente à criação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a OMS organizou uma Assembleia na cidade de Genebra, onde sistematizou o documento denominado “Relatório Mundial sobre a violência”, responsável por produzir um dos conceitos de violência mais conhecidos e classificá-la, conforme suas tipologias e natureza. É notória a contribuição do documento para os estudos da relação entre violência e saúde, pois além de ter reverberado em inúmeras pesquisas que o sucederam, concorre até hoje para o desenvolvimento do tema em diversas partes do mundo (DAHLBERG; KRUG, 2002).

Enquanto isso, no Brasil, os esforços para implementar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências continuaram e, em 2004, foi criada a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, por meio da Portaria nº 936/MS, compostas por núcleos estaduais e municipais de pesquisa e desenvolvimento de práticas de capacitação, vigilância, avaliação, prevenção e atenção à saúde (BRASIL, 2004).

No ano de 2006, foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (revisada em 2014) que, embora não tenha um foco específico na relação saúde e violência, também aborda o tema ao determinar ações específicas para a “prevenção da violência e estímulo à cultura de paz” e reconhecê-la como um fator determinante no processo de saúde-adoecimento do país (BRASIL, 2014).

De acordo com Malta (et al., 2018), a proposta de combate à violência e promoção da cultura da paz prevista pela referida política cedeu espaço à organização de sistema de vigilância, como o VIVA, e à “estruturação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, com ações educativas, de formação e capacitação, e de apoio às medidas normativas visando a institucionalização de programas de atenção, prevenção e proteção, advocacy e apoio aos marcos legais”.

O autor cita, ainda, a criação de leis como o Estatuto do Desarmamento, lei nº 10.826/03 e a Maria da Penha, lei nº 11.340/06, que contribuíram, respectivamente, para coibir o índice de homicídios por arma de fogo e instituir medidas de proteção no âmbito da violência doméstica (MALTA, et al., 2018).

No mesmo ano, foi editada a Portaria nº 485/2014 GM/MS, de 1º de abril de 2014, com a finalidade de redefinir “o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” e aperfeiçoar o atendimento às vítimas por meio de um tratamento mais humanizado (BRASIL, 2014). A portaria faz referência direta à Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes que, em 2012, revisou as normas gerais de atendimento e apoio psicossocial às vítimas de violência sexual e atualizou procedimentos profiláticos relevantes para o combate do problema (BRASIL, 2012).

Em 2016, realizou-se na cidade de Curitiba/PR a 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde da União Internacional de Promoção da Saúde e da Educação (UIPES) que deu origem à chamada “Carta de Curitiba”. O documento, editado pelos participantes da Conferência, trouxe recomendações a respeito do fortalecimento da promoção da saúde e da necessidade de intervenção nos determinantes sociais de saúde, como a violência, a partir da adoção de práticas em saúde mais justas e equânimes (MALTA, et.al., 2018).

Superado esse período inicial de introdução da perspectiva da violência e saúde na agenda governamental e conseqüente regulamentação do tema, houve uma movimentação, especialmente na atenção básica com as Estratégias de Saúde da

Família, para absorver a temática, sobretudo, no contexto intrafamiliar (MACHADO, 2014).

Os relatos explicitam que as equipes da ESF reconhecem que a violência intrafamiliar traz consequências para a saúde das pessoas e buscam intervir sobre a problemática.

(...)

A partir dos discursos verificamos que os profissionais da ESF buscam discutir os casos, traçar estratégias, apoiar, escutar e orientar as famílias envolvidas no contexto da violência (MACHADO, 2014).

O fortalecimento ou enfraquecimento das políticas e das redes de proteção e de prevenção impactam direta e indiretamente a saúde física e mental de milhares de indivíduos que necessitam de atenção e cuidado frente às múltiplas manifestações da violência. Embora a violência não traduza a maioria dos agravos que acometem as pessoas, é causa significativa de interferência na qualidade de vida de uma população. Tanto é relevante o tema que instituições de destaque no setor sanitário, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), reconheceram a violência como um problema de Saúde Pública (BRASIL, 2008).

De acordo com Leavell e Clark, há duas condições que devem ser verificadas para que um fenômeno ou doença seja considerado como relevante para a saúde pública:

1. O impacto no indivíduo em termos de anos potenciais de vida perdidos, a extensão de incapacidade, dor e desconforto, o custo do tratamento, e o impacto na família do indivíduo;
2. O impacto na sociedade – mortalidade, morbidade e custos do tratamento para a sociedade. (apud COSTA et al., 2006).

A relevância do tema e a repercussão que produz na saúde de uma sociedade e no desenvolvimento de um país são tamanhas que a assistência das pessoas em situação de violência na composição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é feita de forma transversal. Isso porque, além de não se revestir dos mesmos atributos e características que outras causas de adoecimento consideradas mais comuns, a abordagem da violência depende da atuação conjunta de outros setores que estejam aliados à saúde como educação, assistência social, segurança pública e justiça (DELZIOVO, 2018).

Entender a violência como um determinante social de saúde implica assimilar que os direitos à vida e à saúde alcançam as pessoas de formas distintas, a depender

de fatores como classe, gênero, faixa etária, procedência regional, poder, riqueza e geração. Significa dizer que alguns indivíduos, por encontrarem-se em uma posição social mais favorecida, com acesso a emprego, educação e habitação, têm não só a segurança, mas também a saúde física e mental mais preservadas (MELO, 2016).

Não há dúvidas que a violência, por caracterizar-se como uma forma de resolução de divergências e conflitos, atinge todas as classes sociais, contudo, também é patente que umas são mais atingidas que as outras.

O enfrentamento das violências e dos acidentes exige que se intervenha nos seus determinantes e condicionantes das mesmas. É fundamental a formulação de políticas públicas que garantam acesso e qualidade à educação, à saúde, à moradia, à geração de renda e emprego, à segurança pública, ao esporte, ao lazer, entre outras, que reduzam desigualdades e promovam inclusão social, direitos humanos e cidadania (DE MELO, 2016).

De acordo com Minayo (2006), o contrário da violência não é a não-violência, mas sim a cidadania que implica na inclusão das pessoas que estão fora do circuito social. O conceito de saúde, portanto, deve considerar a pessoa em sua integridade e a sua condição na sociedade.

A violência é ainda mais prejudicial às crianças e adolescentes em decorrência da fase peculiar de desenvolvimento em que se encontram, sendo que atos violentos podem causar danos irreversíveis a sua integridade física, moral e psicológica. Os maus-tratos, a exploração sexual e a violência psicológica são as manifestações mais comuns e visíveis desse fenômeno, contudo, o trabalho infantil e a falta de acesso adequado à educação, à moradia e ao saneamento básico, por exemplo, constituem-se, igualmente, como desdobramentos da violência, na sua forma estrutural (BARBIANI, 2016).

Sob o enfoque dos determinantes sociais das iniquidades em saúde, esse complexo fenômeno vem sendo estudado na saúde coletiva, demonstrando-se a importância das ações intersetoriais, mas, sobretudo, de mudanças no âmbito das macroestruturas de desenvolvimento social e econômico, na perspectiva da igualdade e equidade social. Essa perspectiva está embasada no conceito de violência estrutural, concebida como o determinante maior das violências interpessoais, pois se caracteriza pelo acesso desigual às condições de vida e subsistência, enquanto a violência pessoal é um acidente de percurso, reativa e reforçadora da violência estrutural (BARBIANI, 2016).

Além do mais, é incontroverso que crianças e adolescentes submetidas à violência são mais suscetíveis a reproduzir os mesmos atos na fase adulta, o que contribui para desencadear um ciclo pernicioso em que a violência doméstica potencializa a social (MINAYO, 2006).

Para Minayo (2013), o combate à violência deve estar sustentado sobre o fundamento da coesão em detrimento da coerção, buscando o seu alicerce na saúde, família e educação e não através de medidas punitivistas ou coercitivas que agravam, ainda mais, o problema. Aliás, “as ações no âmbito da saúde têm sido apontadas e preconizadas como necessárias e complementares às desenvolvidas pelos segmentos tradicionais, como a polícia e a justiça, no enfrentamento à violência” (BARBIANI, 2016).

Nota-se, portanto, que a relação da violência com a saúde pública é mais estreita do que se possa supor, pois, além das suas manifestações serem determinantes sociais relevantes, as atividades de cuidado e prevenção desenvolvidas pelos profissionais do setor são imprescindíveis para minimizar os impactos desse agravo que tem contribuído para o adoecimento e mortalidade de inúmeros indivíduos, sobretudo de crianças e adolescentes.

4.3. SISTEMAS DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

4.3.1. Regulamentação sobre o tema

A vigilância epidemiológica congrega um conjunto de diretrizes e orientações técnicas que possuem a finalidade de promover o controle ou erradicação de agravos e doenças considerados relevantes e de interesse social. Para tanto, são criados sistemas operacionais que se prestam a armazenar determinados tipos de informação, tais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) que, a rigor, realiza, com base nas certidões de óbito, o registro dos falecimentos; Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) que analisa dados das condições de nascimentos dos brasileiros; Sistema de Informações Hospitalares (SIH) que congrega dados dos motivos de internação e os tipos de lesões mais sofridos. Esses três sistemas limitam-se ao registro dos casos mais graves e dos óbitos ocorridos, bem como à coleta exclusiva de informação das vítimas (SILVA, 2016).

O principal deles, o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) que reúne informações sobre os agravos e doenças de notificação compulsória e fornece informações para análise do perfil de morbidade, contribuindo com a toma de decisões entre os gestores de saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2002).

O Sistema de Notificação do SINAN é de responsabilidade do Ministério da Saúde, mais especificamente das Secretarias de Vigilância em Saúde (SVS), que, em colaboração com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, fazem o gerenciamento do processo de notificação, assim como a qualificação do banco de dados. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados são a Ficha de Notificação Individual (FIN) e a Ficha de Investigação Individual (FII), estabelecidas de forma padronizada entre todos os entes da federação (BRASIL, 2016).

A coleta dos dados é feita a partir das fichas individuais de notificação que são preenchidas pelas unidades de saúde quando há suspeita de ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou nos casos considerados de relevância e interesse nacional, estadual ou municipal. As ocorrências notificadas são encaminhadas aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) que, com periodicidade de quinze dias ou conforme cronograma pré-definido pela SVS, fazem a comunicação a este órgão (BRASIL, 2016).

Salienta-se que os dados também podem ser coletados por meio das fichas individuais de investigação que, comparativamente às fichas de notificação, são mais específicas e destinam-se à análise da origem e causas dos agravos, bem como dos mecanismos de transmissão quando é possível verificá-los (BRASIL, 2016).

A coleta dos dados é realizada de forma permanente e a divulgação dos resultados, anualmente, a nível nacional, com detalhamento por estados e municípios, segundo o local de residência do paciente ou de notificação. Os meios de reprodução das informações são a internet, no site do DATASUS, boletins e anuários (BRASIL, 2016).

Conforme verificado no endereço eletrônico do DATASUS, o preenchimento das fichas de notificação leva em consideração algumas variáveis como mês, ano, estado e município em que ocorreu a notificação, bem como sexo, escolaridade, raça, área residencial (se urbana ou rural), estado e município de residência do paciente. Em relação ao agravo, destaca a data dos primeiros sintomas, município, estado e país de ocorrência, sendo que, no caso da violência, distingue a sua tipologia e natureza, os instrumentos utilizados para produzir a lesão ou provocar a morte e as características do agressor.

Ainda em relação à violência, para reduzir as subnotificações e contribuir com a divulgação do número de casos, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de

Vigilância de Violências e Acidentes, denominado VIVA, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006.

O objetivo do Viva é conhecer a magnitude e a gravidade das violências e acidentes e fornecer subsídios para definição de políticas públicas, estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência (BRASIL, 2020).

Ainda, com o fim de reunir os casos de violências que são objetos de notificação, o sistema está dividido em dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - VIVA/SINAN - e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência - Viva Inquérito (BRASIL, 2020).

O VIVA/Inquérito foi criado em 2006 como parte do Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes no âmbito da Rede de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes (Rede VIVA). Consiste em uma vigilância pontual, realizada a partir de uma pesquisa, com periodicidade de três anos, em Unidades Sentinela de Urgência e Emergência, principalmente nas capitais, em casos de atendimentos de acidentes e violências (SILVA, 2016).

O VIVA/SINAN, por outro lado, é uma vigilância contínua, efetuada em serviços de saúde, e abarca casos de suspeita ou confirmação de violência. É a vigilância de violência que ocorre dentro do Sistema Nacional de Agravos e Notificações e que comporta o registro de doenças com notificação obrigatória. O VIVA ingressou no SINAN em 2009 e, desde então, obteve maior visibilidade e sustentabilidade (BRASIL, 2020).

Em 2011, a notificação foi universalizada por meio da portaria ministerial nº 104 e passou a ser adotada por todos os municípios brasileiros de forma obrigatória, figurando como imprescindível a comunicação de qualquer suspeita de violência interpessoal, seja ela comunitária ou doméstica, e autoprovocada à autoridade sanitária pelo profissional da saúde, excluindo, contudo, as formas de violência coletivas (BRASIL, 2011). De acordo com a referida portaria, notifica-se:

(...) caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, qualquer forma de violência sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil (também tem a ficha de notificação de saúde do trabalhador), intervenção legal (situação em que há abuso da intervenção de uma autoridade legal - por exemplo, violência policial, guarda municipal ou autoridade judiciária que abusa da relação de poder) e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades.

No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências praticadas contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. Qualquer que seja a notificação contra criança e adolescente, ainda que comunitária, deve ser notificada (CEVS/RS, 2011).

Notifica-se homens e mulheres de qualquer idade e ciclo de vida quando se tratar de violência doméstica ou violência sexual. A violência urbana ou comunitária para homens adultos de 20 a 59 anos, por exemplo, não é notificada nesta ficha, salvo se decorrente de uma relação doméstica. Nesses casos, a notificação é feita por meio do VIVA Inquérito (CEVS/RS, 2011).

A violência praticada contra criança e adolescente, seja ela comunitária ou doméstica, sexual ou não, deve ser sempre notificada. A constatação de trabalho infantil implica, outrossim, o preenchimento de uma ficha específica de saúde do trabalhador em que qualquer caso deve constar como grave por versar sobre crianças e adolescentes.

Em 2014, o Ministério da Saúde editou a portaria nº 1.271 com o fim de incluir a violência doméstica, sexual e/ou outros agravos na lista de notificação compulsória e acrescentou a violência sexual e as tentativas e ideações suicidas na lista de notificação imediata que contém os agravos cuja notificação pelo município deve ocorrer no intervalo de até 24 horas. Dado o risco de vida ocasionado pelas tentativas de suicídio e a possibilidade de ocorrência de uma gestação indesejada ou detecção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), nos casos de violência sexual, a intervenção deve ser rápida e eficaz. As demais violências, ainda que sejam de notificação obrigatória, não possuem um tempo predefinido (BRASIL, 2014).

Destaca-se que o registro da violência sexual enseja a remessa de uma cópia da ficha de notificação aos Conselhos Tutelares ou autoridades competentes, como o Juízo da Infância e Juventude e o Ministério Público local (MPPR, 2012).

No ano de 2016, a Portaria nº 204 promoveu a atualização das disposições sobre a notificação compulsória, reforçando a possibilidade de ser realizada por diferentes profissionais, ou seja, como “os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente” (BRASIL, 2016).

O objetivo da notificação é produzir informação qualificada do ponto de vista epidemiológico, identificar grupos mais vulneráveis e fatores de risco, com o fim de

contribuir com a definição de políticas públicas de enfrentamento da violência e cultura da paz (BRASIL, 2002). Outrossim, é importante para:

caracterizar e monitorar o perfil da violência segundo características da vítima, da ocorrência e do provável autor da agressão; para identificar fatores de risco e de proteção associados à ocorrência da violência; identificar áreas de maior vulnerabilidade para ocorrência de violência; monitorar os encaminhamentos para a rede de atenção e proteção integral; intervir nos casos a fim de prevenir consequências das violências (RIBEIRO & SILVA, 2018)

Essas notificações geram informações não só para produzir Políticas Públicas, mas também para intervir nos casos e prevenir as consequências da violência. Notifica-se para identificar a situação relatada e, com isso, realizar o monitoramento ou acompanhamento da vítima e da família, apurar as consequências prováveis da violência e inseri-los, se necessário, na rede de proteção. Ademais, a notificação gera informações importantes sobre o atendimento que contribuem para o desenvolvimento, não só de medidas sanitárias, mas também de indicadores sociais (RIBEIRO; SILVA, 2018).

Destaca-se, contudo, que a notificação não supre a comunicação aos órgãos competentes, como Conselho Tutelar e polícia civil, já que não se confunde com o ato de dar conhecimento do fato à autoridade policial, denominado notícia-crime. Embora a notificação possa ser causa de uma denúncia, uma intervenção judicial ou extrajudicial e uma abordagem educativa pela rede de proteção, não necessariamente irá fazê-lo. A atuação da saúde pode ser conjunta e concomitante a outros setores da rede de proteção, mas não há nenhuma obrigação que seja feita dessa forma. A denúncia pode ser realizada por qualquer cidadão por meio de canais exclusivos ou gerais como o Disque 100 e o 190, enquanto a ficha de notificação é institucional e somente pode ser preenchida por profissionais da saúde que possuem qualificação para embasar as suspeitas (BANNWART, 2011).

Em relação às crianças e adolescentes, os marcos legais que obrigam a notificação da violência são o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto da pessoa com deficiência (lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015), que também inclui crianças e adolescentes que apresentem alguma deficiência, e a lei nº 10.778/2003, alterada pela lei nº 13.931/2019, além das portarias do Ministério da Saúde já mencionadas anteriormente (BRASIL, 2020).

Desde de 1990, o ECA já previa a necessidade de notificação dos casos de violência. Além de estabelecer, em seu artigo 13, que “os casos de suspeita ou

confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade”, dispõe que os serviços prestados pela saúde e por outros setores, como a assistência social, deverão “conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar”. A falta de observância desse dispositivo pode acarretar em responsabilização administrativa dos profissionais, conforme previsão do artigo 245³ do Estatuto (BRASIL, 1990).

Por sua vez, a lei nº 10.778/2003, alterada pela lei nº 13.931/2019, foi criada com o fim de regulamentar a “notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados” e, com isso, contribuir com o combate de qualquer forma de violência, física, psicológica ou sexual, praticada contra a mulher, incluindo crianças e adolescentes do sexo feminino (BRASIL, 2003).

À medida em que os abusos de poder sobre a criança e o adolescente, como os castigos físicos, foram deixando de ser tolerados socialmente, essa mudança de perspectiva foi abrindo espaço para que novas regulamentações e medidas fossem consideradas. A criação de portarias e a instituição da obrigatoriedade de notificação dos casos de violência, pelo Ministério da Saúde, expressam uma alternativa importante de transformação da cultura institucional e familiar que ainda ignora questões importantes de proteção da criança e do adolescente.

Do exposto, concluiu-se que o objetivo dos dados do SINAN e de outros sistemas de informação é identificar o perfil epidemiológico do município e atuar sobre o problema de forma preventiva, antecipando-se às violências e, mais do que isso, promovendo uma proposta de paz. Não há dúvidas de que a notificação da violência contribuiu com a proposição de políticas públicas mais efetivas, a promoção da paz e a transformação de uma cultura que ainda favorece contextos violentos contra crianças e adolescentes.

³ 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 - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

4.3.2. A questão das subnotificações

De acordo com o relatório de denúncias do Disque 100, disponibilizado pelo Governo Federal, em 2019 foram registradas 86.837 denúncias de violações de direitos humanos contra crianças e adolescentes, o que, comparativamente, corresponde a quase 15% a mais que o número de registros do ano anterior, 2018 (BRASIL, 2020).

A análise simplista desses dados transmite a ideia equivocada de que o aumento de registros está diretamente relacionado à elevação do número de casos violentos ao longo dos anos. Embora o aumento da violência ao longo dos anos seja, por si só, uma questão relevante a ser observada, a quantidade dos registros contabilizados pelos órgãos oficiais é um fator ainda mais determinante para a configuração dessas estatísticas.

A título exemplificativo, no ano de 2018, no estado do Paraná, foram registrados 6.333 casos de violações no Disque 100, dentre elas violência na sua forma física, institucional, psicológica, sexual, de negligência e abandono e exploração de trabalho infantil, praticados contra crianças e adolescentes de 0 a 18 anos (BRASIL, 2020). No mesmo período e localidade, conforme dados divulgados pelo SINAN/NET, o Ministério da Saúde contabilizou 17.624 notificações de violência nas unidades de saúde paranaenses que englobam o público de 0 a 19 anos de idade (BRASIL, 2018).

Os números de registros também são destoantes comparativamente aos dados fornecidos pelo governo do Estado que tem um sistema próprio de denúncias administrado pela Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP), denominado Disque 181. Por meio desse serviço, em 2018, foram contabilizadas 19.073 denúncias em todo o estado (PARANÁ, 2020).

Em relação à cidade de Curitiba, a discrepância entre os números de registros também é evidente. No ano de 2018, foram registradas 5.852 notificações de violência contra crianças e adolescentes na capital paranaense, conforme dados gerados pelo SINAN/NET. Por outro lado, de acordo com as informações prestadas pelo Serviço de Informação ao Cidadão do Ministério Público do Estado do Paraná (SIC-MPPR), sob nº 4775/2020, em 2018 foram propostas 551 ações penais e ajuizadas 379 medidas de proteção.

A disparidade observada no registro dos referidos dados em relação a um fator comum - violência contra crianças e adolescentes - é um indicativo de que as informações são coletadas e percebidas de maneira distinta pelos órgãos governamentais e entidades que, embora possuam atuações diversas, mapeiam o mesmo agravo social.

Assim, apesar das normas legais e das portarias administrativas que dispõem sobre a obrigatoriedade da notificação da violência e que incentivam a denúncia de situações concretas aos órgãos competentes, ainda se observa um percentual muito grande de subnotificações. Especialmente no contexto de implementação das políticas públicas e da prestação de serviços, o acesso às informações sobre a violência ainda é bastante limitado, já que os números de casos estão muito aquém da realidade.

Observa-se que, em diversas ocasiões, as situações de violência só chegam ao conhecimento dos órgãos oficiais, incluindo os da saúde, em decorrência de sua gravidade ou fatalidade, havendo um grande abismo entre as que são notificadas e as que, de fato, ocorrem.

As denominadas cifras ocultas ou negras, enquanto conceito da criminologia, referem-se às infrações penais que não chegam ao conhecimento dos órgãos de persecução penal. Ou seja, é a diferença entre a criminalidade real e a que é formalmente documentada, estando vinculada às estatísticas criminais (PENTEADO FILHO, 2018).

“(...) é preciso ter cuidado ao analisar as estatísticas criminais oficiais, na medida em que há uma quantia significativa de delitos não comunicados ao Poder Público, quer por inércia ou desinteresse das vítimas, quer por outras causas, entre as quais os erros de coleta e a manipulação de dados pelo Estado

Nesse sentido, convém diferenciar a criminalidade real da criminalidade revelada e da cifra negra: a primeira é a quantidade efetiva de crimes perpetrados pelos delinquentes; a segunda é o percentual que chega ao conhecimento do Estado; a terceira, a porcentagem não comunicada ou elucidada (PENTEADO FILHO, 2018).

No tocante à violência contra crianças e adolescentes, são inúmeros os fatores que podem estar associados a esse déficit nos registros, por exemplo, a falta de conhecimento acerca da temática e das manifestações da violência, a relação de subordinação entre a vítima e o agressor, a descredibilidade ou desconfiança em relação à atuação dos órgãos competentes, como Conselho Tutelar e Ministério Público, a vergonha e o medo da exposição, especialmente em crimes sexuais. Ainda, podem ter caráter socioeconômico, como baixa escolaridade, precariedade da

condição financeira, dificuldade de acesso aos centros urbanos e alcance mais restrito às autoridades competentes ou biológico, como maturidade e desenvolvimento cognitivo da criança e adolescente, dificultando-os de compreender o ciclo de violência que estão inseridos. Tendo em vista que, na grande maioria dos casos, os agressores são os genitores das vítimas, a vigilância contínua e a relação de afeto existente entre ambos afeta consideravelmente o registro das ocorrências. (QUEIROZ, 2021).

As subnotificações, por outro lado, relacionam-se mais estreitamente com a atuação dos profissionais e órgãos da saúde. Rolim et al (2014) destaca uma série de aspectos e condições que contribuem para a caracterização da subnotificação, como a qualificação dos profissionais da saúde que, não raramente, desconhecem a obrigatoriedade da notificação, ignoram o procedimento de preenchimento da ficha ou consideram que a questão é pertinente somente à esfera da segurança e justiça.

Além disso, de acordo com o autor, a identificação de um contexto ou ato de violência pelos profissionais da saúde, muitas vezes, fica prejudicada pela falta de subsídios e informações sobre o tema, já que a maioria dos currículos de graduação na área de saúde não incluem tal abordagem entre suas disciplinas.

Os conflitos éticos e o receio de descomprometimento com o sigilo profissional também despontam como causa relevante de subnotificação. Entretanto, “além da obrigatoriedade legal estabelecida pelo ECA, a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos em crianças e adolescentes também se constitui em um dever previsto nos códigos de ética médica, de enfermagem e odontológica” (ROLIM et al., 2014). Verifica-se que o problema, nesse caso, não é somente o desconhecimento a respeito das regulamentações éticas que envolvem o assunto, mas também do fato de que a omissão é passível de gerar efeitos penais ao profissional que se abstém em efetuar a notificação da violência.

Um outro fator preponderante é o mito da ação policial que se constitui, basicamente, na falsa percepção de que o registro de uma ocorrência de violência nos órgãos de persecução penal exclui a obrigatoriedade ou responsabilidade da unidade de saúde em realizar a notificação. O autor ressalta, entretanto, um aspecto contrário a esse em que o profissional da saúde deixa de acionar os órgãos de proteção, especialmente o Conselho Tutelar, por falta de confiança na prestação do serviço.

A incredibilidade nos sistemas de proteção pode refletir a precariedade na infraestrutura de alguns órgãos e a descrença na capacidade desses serviços em oferecer solução para os casos. Esses fatores têm sido obstáculos na condução dos casos e na tomada de decisão de ações futuras (ROLIM et al, 2014).

Outra dificuldade verificada no contexto das notificações está relacionada à atuação do Conselho Tutelar que se reveste também da atribuição de requisitar serviços de saúde às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade ou de dar os encaminhamentos necessários quando é acionado pelo referido setor. Ocorre que, conforme exposto por Batista e Cerqueira-Campos (2012), a observância dos direitos da criança e do adolescente é, em muitos casos, prejudicada pelo despreparo dos conselheiros tutelares cuja escolha é feita por meio de um processo eleitoral, sem a exigência de requisitos de qualificação técnica.

“Ao Conselho Tutelar 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” (BRASIL, 2002). O sigilo dessas notificações, entretanto, pode ser comprometido pela falta de capacitação adequada do órgão em lidar com situações de violência e compreender a necessidade de manter a intimidade e integridade psicológica da vítima. Os obstáculos enfrentados pelos conselheiros tutelares ao lidar com a questão foi objeto da abordagem dos autores supracitados:

Outra dificuldade percebida é que as práticas e entendimento acerca do fenômeno violência doméstica e da violência em geral, por parte dos conselheiros são várias. Alguns não percebem a real complexidade da situação e muitas vezes se sentem despreparados para assumirem postura mais ativa e crítica diante das demandas recebidas e dos outros atores que compõem a Rede; outros percorrem à prática assistencialista e a possibilidade de que, com isso, possam colher votos para futuras eleições (BATISTA; CERQUEIRA-CAMPOS, 2012)

A atividade de intercessão e intervenção de órgãos como o Conselho Tutelar que, mesmo externos à saúde atuam conjuntamente ao setor, é um fator relevante a ser observado e explorado, inclusive no contexto das notificações, em decorrência da própria representatividade e importância que possuem dentro da rede de proteção.

Além disso, a extensão e complexidade da ficha de notificação e a inaptidão que muitos profissionais apresentam ao preenchê-la, a despeito de sua padronização no território nacional, são observados como desdobramentos da ausência de instrução específica. Os tabus e conflitos morais que podem resultar do trato com o tema da violência, decorrente de questões como gravidez na adolescência e aborto,

também são elementos significativos que podem, ocasionalmente, afetar o preenchimento das fichas, carregando-as de juízos de valor. A necessidade de orientação é imprescindível para evitar qualquer forma de preconceito, julgamento e discriminação (SÃO PAULO, 2015).

Rolim et al. (2014) traça, outrossim, um paralelo entre o tempo de atuação do agente de saúde e a qualidade da notificação, revelando que, variavelmente, a experiência profissional e de vida da pessoa está diretamente ligada à sua capacitação e qualificação. Aliás, conforme acentuado pelo autor, “apropriar-se das recomendações das políticas é uma das formas de qualificar a atenção à saúde”.

Por fim, o receio do profissional da saúde em comprometer-se legalmente com o fato notificado e de envolver-se pessoalmente com a vítima e o agressor, a ponto de ser alvo de uma retaliação, são determinantes que foram levados em consideração por Rolim et al. (2014) em sua pesquisa de investigação a respeito da subnotificação. Em contrapartida, o autor salienta que a proximidade das equipes de saúde com a comunidade local, sobretudo nos programas de Estratégia de Saúde da Família (ESF), favorece o potencial de intervenção e diálogo e, conseqüentemente, auxilia a minimizar os efeitos da violência entre os assistidos.

Não há dúvidas, portanto, de que para a notificação compulsória ser realmente efetivada e incentivada entre os profissionais notificantes, é imprescindível a difusão do conceito e das formas de abordagem em relação à violência, alçando-a a uma categoria de relevância para a saúde pública no Brasil. As subnotificações, desse modo, serão menos prejudiciais ao rastreamento e identificação da violência se houver uma maior cooperação entre os agentes de saúde.

4.4. DAS POLÍTICAS PÚBLICAS INFANTO-JUVENIS

Diversos autores da área de política pública dedicaram-se a conceituá-la e a compreender os elementos que definem a disciplina. Para Thomas Dye, política pública é aquilo que um governo escolhe ou não fazer (DYE, 1984), enquanto para Laswell a conceituação envolve a resposta para as seguintes perguntas: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (LASWELL, 1936). Para PETERS (1986), a política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos

Pode-se concluir, a partir desses e de outros conceitos mais atuais, que as políticas públicas são um conjunto de programas e ações governamentais com participação do setor público ou privado para agirem em uma determinada demanda social, propondo soluções e, com isso, garantindo a cidadania. Nesse sentido, podem caracterizar-se por ser de governo ou de Estado, sendo que de governo são mais dinâmicas e condicionadas à alternância de poder, tendo como característica principal a descontinuidade, enquanto as de Estado são mais complexas e, por estarem asseguradas constitucional e infraconstitucionalmente, possuem continuidade (OLIVEIRA, 2011).

O ramo das políticas públicas, da forma como é concebida atualmente enquanto campo de estudos sobre a ação dos governos, surgiu nos Estados Unidos e teve como intuito inicial a utilização de métodos científicos para compreender as decisões governamentais frente aos problemas públicos, estes entendidos como uma carência ou excesso existente na sociedade (SOUZA, 2006).

A política pública, desse modo, tornou-se um instrumento científico de operacionalização de medidas e estratégias para a resolução dos problemas públicos, seja por meio da edição de legislações, realização de obras públicas, mobilização de campanhas de conscientização e incentivo como a do aleitamento materno, lançamento de premiações como o *Innovare* que visam a melhoria da prestação do serviço público e mesmo a implantação de alternativas de coerção, como multas ou tarifas, para inibir determinados comportamentos dos cidadãos que possam ser prejudiciais à coletividade (SECCHI, 2012). Isso significa que, além de serem abrangentes e de variados tipos, as políticas públicas não se limitam a atores formais e a leis ou regras, deixando emergir o debate sobre a participação da sociedade tanto do ponto de vista da gestão das políticas públicas, quanto da sua implementação (SOUZA, 2002).

Dentre os modelos teóricos desenvolvidos para compreender as ações dos governos frente ao problema público, tais como o “incremental”, o “*garbage can*” ou o de “coalizão de defesa”, o modelo “ciclo das políticas públicas” destaca-se pela dinamicidade e clareza com que sistematiza e interpreta as fases sequenciais de elaboração e desenvolvimento de uma política pública, com destaque à definição da agenda - *agenda setting* (SOUZA, 2006). Em que pese não haja consenso sobre a definição das fases ou sobre o ponto de início e finalização de uma política pública, a versão mais comum e usual desse modelo é a que considera sete estágios na

composição do ciclo. São eles: 1) identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção (SECCHI, 2012).

A primeira etapa é a identificação do problema que, como o próprio nome sugere, é “a discrepância entre o *status quo* e uma situação ideal possível”, ou seja, “diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública” (SECCHI, 2012).

Ressalta-se que para alguns autores, como Cohen, March e Olsen (1972) que desenvolveram o modelo “*garbage can*” ou “lata do lixo”, a identificação do problema nem sempre corresponde à primeira etapa do processo de formulação da política pública. Defendem que soluções não são idealizadas para suprir ou resolver determinados problemas, mas, inversamente, os problemas amoldam-se às soluções preexistentes. Não obstante as divergências doutrinárias sobre o assunto, é fato que um problema só entra na agenda quando é sistematicamente constatado como tal pelos atores, sejam eles públicos ou privados, individuais ou coletivos, que estejam envolvidos ou interessados na problemática (SOUZA, 2006).

A segunda etapa denomina-se formação da agenda e configura-se com base nas prioridades que orientam e definem as atividades de um governo. A agenda é o conjunto de problemas que algum órgão ou autoridade pública entende como relevante para ser objeto de sua atuação, podendo estar descrita nos planos plurianuais, nas leis de diretrizes orçamentárias e nos programas de metas do governo (SECCHI, 2012).

CAPELLA (2005) afirma que dois modelos desenvolvidos na área de políticas públicas, destacam-se por sua capacidade em explicar como as agendas governamentais são formuladas e alteradas: o modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Model*) desenvolvido por John Kingdom e o modelo de Equilíbrio Pontuado (*Punctuated Equilibrium Model*), de Frank Baumgartner e Brian Jones. Para Capella, “ambos os modelos entendem que a definição de uma questão (*issue definition*), expressa numa imagem ou símbolo, é central ao estudo da formação da agenda”.

O processo de argumentação, a criação de histórias causais, utilização de números e estatísticas, são citados pelos autores como formas de representar problemas e, mais tarde, ligá-los a soluções. Esta ligação entre problemas e soluções também é analisada pelos dois modelos que consideram não haver necessariamente um vínculo entre estes dois momentos (CAPELLA, 2005).

Em relação aos itens das agendas e as alternativas possíveis, KINGDON (1993) destaca que um modelo satisfatório de definição de agenda precisa compreender mudanças repentinas, tolerar uma enorme complexidade e modelar processos confusos de formas ordenadas.

A terceira etapa, denominada formulação da política pública, consiste na discussão de alternativas e estratégias para solucionar o problema. Segundo DEUBEL (2006), durante a etapa de formulação se estabelece um processo de análise do problema, de pesquisa de argumentos e de contra-argumentos, de propostas e de indagação acerca das consequências possíveis em relação às soluções pensadas. De forma simultânea e mediante um processo de seleção, a quantidade de alternativas vai sendo reduzida a uma só que termina por impor-se como a melhor ou a mais factível. Para o autor, o processo de formular soluções para um problema inscrito na agenda pública permite selecionar qual das diferentes alternativas existentes para reduzir a tensão entre ser (a situação atual) e o que deveria ser (a situação desejada) é a mais apropriada ou viável.

Para tanto, dispõe-se de algumas técnicas metodológicas que facilitam o desenho de uma solução. É possível, a princípio, estabelecer uma hierarquia de metas e objetivos que facilite a determinação dos níveis de intervenção do Estado e a justificativa das medidas. Um segundo momento da formulação de soluções consiste em ponderar os diferentes objetivos que visam facilitar a realização de um objetivo. Por fim, após hierarquizar e ponderar seus objetivos, através do processo de concreção sucessiva (cascata), são determinados os efeitos esperados, os indicadores que permitem dar conta do grau de realização do objetivo. A generalização e a extensão dessas técnicas estão na base dos processos de planejamento do Estado o qual baseia-se na ideia de que para a consecução dos objetivos existem critérios suscetíveis de mediação que permitem elaborar e tomar as melhores decisões possíveis, ou mesmo a decisão perfeita (DEUBEL, 2006).

O próximo passo, classificado como tomada de decisão ou conformação da agenda decisória, é o momento de formalização da intenção da política pública cuja implantação ocorrerá na fase seguinte. Desdobra-se como o estágio em que o executivo, o judiciário e o legislativo ou as redes de política pública, como a sociedade e as organizações não governamentais e o mercado, tomam decisões de enfrentamento do problema público. BACHRACH e BARATZ (1963), por sua vez, conceituam a decisão como “um conjunto de ações relacionadas entre si, incluindo a

escolha de uma alternativa em vez de outra”, ou seja, “uma escolha entre alternativos modos de ação”.

De acordo com os referidos autores, os determinantes estando da tomada de decisão, quanto da tomada de não-decisões, podem ser avaliados, levando em consideração conceitos de poder, força, influência e autoridade.

A etapa seguinte é a de implementação da política pública que ocorre com a transformação das intenções em ações propriamente. A execução dessa política pode ocorrer de variadas formas, seja pela atuação do burocrata, do servidor público ou mesmo dos órgãos de empresa privada, de terceiro setor que podem intervir para redução efetiva de um problema público. Apesar dos diferentes significados que podem ser dados ao conceito de implementação, esta pode ser definida como "a fase de uma política pública durante a qual atos e efeitos são gerados a partir de uma estrutura normativa de intenções, textos ou discursos" (DEUBEL, 2006 apud MÉNY, THOENIG, 1992).

Nesse sentido, DEUBEL (2006), subdivide a implementação em duas categorias que estão baseadas na concepção utilizada para sua realização prática: *top-down* e *bottom-up*. A denominada de *top-down* corresponde à concepção tradicional de trabalho administrativo que se desenvolve de cima (*top*) para baixo (*down*) ou do centro para a periferia. Seus principais postulados são o primado hierárquico da autoridade, a distinção entre o universo político e o mundo administrativo e, finalmente, a busca pelo princípio da eficiência.

Em outras palavras, essa abordagem pressupõe a existência de uma clara separação, tanto conceitual quanto temporal, entre a formulação e a decisão da política, de um lado, e, de outro, a implementação das decisões. Considera também que, em geral, os problemas que surgem na fase de execução devem-se essencialmente a problemas de coordenação e controle. A segunda concepção toma a direção oposta e é chamada de *bottom-up*, eis que a decisão ocorre de baixo para cima. Historicamente, os modelos inspirados nessa segunda categoria foram desenvolvidos como abordagens críticas ou alternativas às deficiências e ineficiências (a lacuna de implementação) apresentadas pelos processos tradicionais de implementação *top-down*. “Parte-se de comportamentos concretos no nível em que o problema existe para que a política pública ocorra gradativamente, com regras, procedimentos e estruturas organizacionais por meio de um processo ascendente, ou por retrocesso, ao invés de decrescente”.

Após a política pública ter sido implementada na prática, tem-se a etapa do monitoramento e avaliação que pressupõe a análise anterior de dados, conceitos e métodos, com o fim de verificar a adequação da forma como foi implementada, a necessidade de sua continuidade e a possibilidade de realização de ajustes ou melhorias. Afinal, nem sempre as intenções são transformadas em ações e nem sempre a política pública reduz o problema público, de modo que o monitoramento da efetividade do planejamento e execução das políticas públicas é condição para uma ação política transformadora. Em que pese, didaticamente, seja descrita como uma etapa final, a avaliação e o monitoramento podem estar presentes em todas as fases de elaboração desse ciclo, inclusive antes da implementação da política pública. Sendo assim, as avaliações podem ser de resultado, que consiste na averiguação dos impactos e da viabilidade do cumprimento da proposta, ou de processo que se volta à análise da formulação ou constituição da política. Há cinco pilares ou critérios que direcionam o processo de avaliação: relevância, efetividade, eficácia, sustentabilidade e eficiência (KNOEPFEL, 2007).

Por fim, a extinção é uma fase dispensável e somente ocorre quando a política pública perde a sua função ou torna-se inviável. A primeira hipótese de extinção constituiu-se com a resolução do problema público, enquanto a segunda hipótese surge quando a política pública não produz os efeitos pretendidos ou gera efeitos mais deletérios e prejudiciais à sociedade que a própria ausência da política. A terceira hipótese de extinção ocorre quando os atores relevantes, atores políticos, sociais, econômicos, as forças de trabalho entendem que houve um esvaziamento da agente. Vale dizer, extingue-se a política pública não porque o problema público deixou de existir, mas sim porque as pessoas deixaram de identificá-lo como tal. A quarta e última hipótese é verificada pelo decurso do prazo determinado no processo de criação da política pública (SECCHI, 2012).

Feitas essas considerações, é importante atrelá-las às políticas da infância e juventude, com o fim de compreender o seu processo de elaboração, as conquistas já alcançadas na área e as dificuldades de se apresentar medidas resolutivas para o combate dos problemas públicos que impedem o acesso de crianças e adolescentes aos direitos fundamentais. Torna-se evidente, ainda, que a construção de uma política pública para esse público em específico é pouco provável de ser exitosa sem a soma dos esforços de diversos setores da sociedade.

A intersectorialidade e multisetorialidade possuem dimensões que hoje se configuram como um campo de bastante complexidade, sendo que a demanda da infância e juventude deve ser entendida sob esse viés. Associada a esses conceitos, a transversalidade também possui uma importante função na formação das políticas da infância e juventude, já que estas envolvem a participação de diferentes entes e da própria população.

O arcabouço institucional da gestão participativa foi delineado desde a Constituição Federal de 1988, mas, antes mesmo de sua promulgação, a organização política da sociedade civil nas decisões sobre o tema da infância e juventude foi imprescindível para a estruturação de uma doutrina de proteção sólida e integral.

Com base na breve apresentação do conceito de políticas públicas e dos estágios que compõem o seu ciclo, é possível associá-las à própria formação das políticas infanto-juvenis e à atuação dos movimentos sociais que se mobilizaram junto ao Poder Público e, mediante um processo gradual e de intensas lutas, buscaram uma transformação social efetiva. A seguir, apresenta-se uma análise do ciclo de formulação das políticas públicas, traçando um paralelo com o processo de formação das políticas infanto-juvenis que se consagraram na atualidade.

4.4.1. Identificação do problema e formação da agenda

A identificação do problema, como visto anteriormente, constitui-se na percepção do excesso ou falta que atinge um grupo específico, distanciando-o de uma situação considerada ideal. No caso da infância e adolescência, a vulnerabilidade própria da condição especial de pessoa em formação demanda a definição de políticas e direitos que atendam às suas necessidades e as protejam física e psicologicamente de qualquer violação. Ocorre que essa compreensão nem sempre foi evidente e notória, seja para a sociedade, seja para gestão pública, e por muitos anos as crianças e adolescentes não foram objetos de políticas públicas sociais.

O direito das crianças e adolescentes não surgiram aleatoriamente e devem ser entendidos a partir de sua historicidade e do processo de construção dos marcos legais que culminaram na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), legislação de maior relevância e destaque no âmbito nacional no contexto da infância.

A contextualização histórica não se dedica à observância tão somente da evolução normativa própria do tema, mas busca entender a ascensão dos movimentos e grupos sociais que se propuseram não só a resguardar os direitos da criança e do adolescente, mas também notabilizá-los perante a gestão pública a fim de que obtivessem a atenção devida. Para compreender o histórico de construção dos direitos da criança e do adolescente no ordenamento jurídico brasileiro, faz-se necessário assimilar três ciclos (LIMA, 2017).

O primeiro deles, constatado entre os anos de 1501 a 1900, ou seja, entre o Brasil Colônia e a Primeira República, perpassou todo o período imperial e se constituiu na completa ausência de políticas para a infância e adolescência e falta de reconhecimento desses direitos, seja por parte do Estado, seja por parte da sociedade. Um dos motivos para tanto era o alto índice de mortalidade infantil decorrente das condições incipientes e precárias de saúde e higiene, bem como a morte precoce das crianças, cuja existência e dignidade pouco interessavam às autoridades. Além disso, o trabalho infantil, longe de ser considerado uma violação à formação física, psicológica e intelectual da criança, constituía a base do sustento das famílias menos abastadas, sendo amplamente incentivado pelos setores da sociedade (LIMA, 2017).

Ainda, a atenção às crianças e adolescentes, nesse período, era realizada de forma assistencial pela igreja católica, nas Casas de Misericórdia, que tinha como objetivo principal a catequização dos povos nativos. Os jovens indígenas eram o público alvo dos jesuítas e sacerdotes, eis que possuíam maior propensão ao aprendizado dos costumes europeus e da religiosidade cristã (ALVES, 2007).

A política de proteção da criança e do adolescente era essencialmente filantrópica e assistencialista, geralmente executada pelas primeiras damas, padres e freiras. As punições pelas transgressões verificadas eram de natureza física, já que a política adotada, à época, era de repressão (LIMA, 2017).

A denominada “roda dos expostos” ou dos “rejeitados” foi instituída legalmente entre os séculos 18 e 19, mais precisamente em 1726, no Estado da Bahia, com o fim de viabilizar o anonimato dos que se propunham a entregar os filhos às instituições de acolhimento que passavam a prestar os seus cuidados. O nome é oriundo do próprio mecanismo de funcionamento do compartimento, acoplado à parede dessas instituições, que girava de fora para dentro e servia para sustentar e mover as crianças que nele eram abandonadas (PEDROSA, 2015). A última “roda”, existente na cidade

de São Paulo, teve a sua extinção concluída em 1951 e, mesmo depois, as crianças abandonadas continuaram a ser acolhidas pela Santa Casa local por mais alguns anos (RODRIGUES; LIMA, 2004).

Além disso, durante o primeiro ciclo, com a criação do Código Criminal da República em 1890 para contenção dos casos de violência em ascensão, crianças a partir dos 09 anos de idade passaram a ser consideradas imputáveis, de modo que poderiam ser responsabilizadas penalmente por condutas tipificadas como crime (PEDROSA, 2015).

O segundo ciclo é observado a partir do século XX e sua formação, evidenciada pela concretização e normatização da tutela estatal em prol das crianças e adolescentes, ainda que de forma limitada e discriminatória. Isso ocorreu com a edição do “Código de Menores”, no ano de 1927, formulado fundamentalmente sobre a doutrina da situação irregular que se acercava da compreensão de que o Estado deveria ter uma função punitiva, correccional e disciplinadora de crianças e adolescentes das classes populares (LIMA, 2017).

Para essa doutrina, os menores apenas são sujeitos de direito ou merecem a consideração judicial quando se encontrarem em uma determinada situação, caracterizada como “irregular”, e assim definida em lei. Havia uma discriminação legal quanto à situação do menor, somente recebendo respaldo jurídico aquele que se encontrava em situação irregular; os demais, não eram sujeitos ao tratamento legal (FERREIRA, 2019).

Vale dizer, somente eram objeto da atenção do Estado os jovens considerados abandonados ou que estavam em conflito com a lei. Tanto que, a partir das primeiras décadas do século 20 até o final da década de 1980, o uso do termo “menor” tomou contornos pejorativos, referindo-se a uma parte e não à totalidade de crianças e adolescentes do país. O uso do termo nessas circunstâncias tornou notória a intenção em fazer distinção entre essas duas categorias no espaço social, com as crianças e adolescentes de um lado e menores de outro. Os primeiros relacionados a estigmas positivos, os segundos taxados de pobres, negros, analfabetos ou em conflito com a lei (LIMA, 2017).

O tratamento empregado às políticas públicas de atenção ao segmento infante-juvenil esteve pautado pelo binômio criança e adolescente para membros das famílias burguesas, e menores para os pobres e/ou órfãos tutelados pelas instituições totalitárias (SARTORI; LONGO, 2007).

Outro marco normativo importante foi a promulgação da Constituição Federal de 1934, durante o governo de Getúlio Vargas, que ainda de forma tímida fez menção à proteção dos direitos da criança e do adolescente e abordou questões pertinentes ao trabalho infantil, como proibição de serviço em condições insalubres aos menores de 18 anos e em períodos noturnos aos menores de 16 anos, sendo a primeira codificação com status constitucional a realizar tal abordagem. O feito se repetiu na Constituição Federal de 1937 que, a despeito de ter sido outorgada no bojo do período ditatorial denominado Estado Novo, previu garantias à infância e juventude, conforme disposição de seu artigo 127 (OLIVEIRA, 2017).

Art 127 - A infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento das suas faculdades (BRASIL, 1937).

Na década de 40, dois órgãos federais foram criados no âmbito na infância e juventude: o Serviço de Assistência a Menores (SAM), vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, e o Departamento Nacional da Criança (DNCr), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde Pública. O primeiro destinava-se a assistir os denominados “delinquentes” e os “menores” abandonados, encaminhando-os às instituições oficiais pertinentes, enquanto o segundo propunha-se a dar suporte à infância e adolescência e à maternidade (RODRIGUES; LIMA, 2004).

Nos anos subsequentes, já no decurso do regime militar, houve a extinção do SAM e a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem) que, por sua vez, deu origem às instâncias estaduais conhecidas como FEBEMs. Ambas estavam associadas à Política Nacional do Bem-Estar do Menor (PNBEM) que foi elaborada sob a perspectiva de um Estado paternalista autoritário, responsável pela orientação e condução das crianças e adolescentes (PEDROSA, 2015). A política da infância e juventude, nesse viés, é alçada ao status de questão de segurança pública e deixa de ser compreendida sob o viés da educação e proteção. As FEBEMs, por sua vez, eram verdadeiros “depósitos” de jovens indesejados nas comunidades (OLIVEIRA, 2017).

No ano de 1979 um novo Código de Menores foi criado como resultado da instauração da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Menor, em 1975, que tinha por objetivo investigar a situação da criança desassistida no Brasil e os casos de abandono e violência institucional constatados nas FEBEMs (PEDROSA, 2015).

No início da década de 1980, a paisagem urbana era um espectro da violação de direitos da infância e adolescência, já que evidenciava crianças e adolescentes em situação de rua. Os indicadores como mortalidade e escolaridade, hoje alarmantes, apresentavam-se de forma ainda mais preocupante, sobretudo nas classes socioeconômicas mais vulneráveis. Os representantes do sistema de justiça e aqueles que integravam os setores da sociedade civil organizada e atuavam na defesa dos direitos das crianças e adolescentes mostravam-se insatisfeitos com as respostas do Código de Menores aos casos concretos. O referido código, embora se apresentasse como uma legislação tutelar, protecionista e assistencial, não previa os direitos fundamentais das crianças e adolescentes, tampouco a responsabilidade institucional do Estado de promoção social e viabilização desses direitos (LEITE, 2003).

Nesse cenário, o terceiro e último ciclo deu início neste cenário com uma proposta de mudança de perspectiva no tratamento da infância e juventude e reivindicação de medidas ao poder público pela população. Não havia mais espaço para o descaso das crianças e adolescentes que passaram a ser considerados sujeitos de direito e ter os seus direitos sociais e garantias fundamentais resguardados (LIMA, 2017).

Neste período, diversos movimentos nacionais organizaram-se junto às mobilizações pela democracia e anistia buscando alavancar os seus segmentos de atuação, incluindo a infância e adolescência. Destacaram-se grupos como o movimento “Meninos e Meninas de Ruas”, experiências como a da Pastoral do Menor, vinculada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Fórum DCA de defesa das crianças e adolescentes e instituições como a Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e os Ministérios Públicos estaduais. As universidades, igualmente, iniciaram um movimento de proposição de defesa do direito das crianças e do adolescente dentro da sua função social (RICHARD, 2015).

Em 1984, num contexto pós-ditadura militar, ocorreu o primeiro “Seminário Latino-Americano de Alternativas Comunitárias para Crianças de Rua”, realizado em Brasília, em que educadores sociais e líderes dos países da América Latina voltaram-se à discussão sobre o atendimento da criança e do adolescente. Os debates e encaminhamentos do evento deram início no Brasil a um processo de mobilização em prol da criação de uma nova lei que substituísse o Código de Menores de 1979, além

de ter contribuído para a criação, em 1985, do já mencionado “Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua” (OLIVEIRA, 2007).

O Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (em inglês, *United Nations International Children's Emergency Fund.*), que havia sido criado em 1946 pela ONU, também passou a desenvolver práticas emancipadoras em prol dos direitos das crianças e adolescentes (UNICEF, 2017).

Ainda nesse período, a Pastoral do Menor, ligada à Igreja Católica, constituiu-se em outra ação de destaque no processo de mobilização em favor da infância e adolescência brasileira a partir de um cunho evangelizador e assistencial. O debate em torno da causa mostrou-se evidente na Campanha da Fraternidade de 1987 cujo tema foi “A Fraternidade e o Menor” e o lema, “Quem acolhe o Menor, a mim acolhe” (OLIVEIRA, 2007).

Com o processo de redemocratização brasileira e o avanço da discussão da Convenção Internacional, surgiu no Brasil um movimento social extremamente vigoroso para o reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos de direito na Constituição Federal, o que, à época, era algo revolucionário. Além do processo de redemocratização (eleições diretas, pluripartidarismo, conquista da anistia), o processo constituinte se desdobrou na formação de uma Assembleia Constituinte, em 1987, que buscou recepcionar as demandas populares na nova Carta Magna. Ainda, foram organizadas Comissões Estaduais para pressionar o Congresso Nacional a aprovar o Estatuto da forma como foi concebido, sendo fruto de uma grande negociação no Congresso Nacional (LIMA, 2017).

A agenda do governo estava inegavelmente atrelada às lutas pela garantia de direitos fundamentais e o cenário político estava favorável à adoção de medidas garantistas. Os atores, igualmente, alinharam-se às instituições supranacionais, como as Organizações das Nações Unidas e Organizações dos Estados Americanos, cujas propostas de políticas públicas estavam voltadas à garantia dos direitos humanos.

Assim, identificado o problema, consistente no pouco ou nenhum acesso aos direitos fundamentais pelas crianças e adolescentes brasileiras, sobretudo as de classes sociais menos favorecidas, os movimentos sociais, acompanhados de organizações não governamentais, insurgiram-se contra as normativas e políticas vigentes à época que se mostraram pouco eficientes. Tais grupos, inspirados pelo momento histórico de redemocratização e vislumbrando uma possibilidade de

mudança, mobilizaram-se para destacar e incluir o tema da infância e da adolescência, que já existia na agenda política, também na agenda formal.

4.4.2. Formulação da Política Pública e a tomada de decisão

A formulação da política pública, nesse momento, constituiu-se no debate de alternativas legais e práticas que pudessem contribuir para enfrentar a situação de negligência e abandono de crianças e adolescentes.

Com o fim de acompanhar as discussões da Assembleia Nacional Constituinte instituída em 1987 por diversos deputados e senadores, alguns grupos se organizaram, principalmente nos estados de Minas Gerais e Mato Grosso, para sugerir estratégias de atuação na área da infância e juventude. Dentre as propostas, algumas se destacaram pela inovação como a de concessão do passe-livre aos estudantes nos transportes coletivos e promoção de educação obrigatória e gratuita às crianças maiores de 4 anos de idade, com a inclusão de material didático e alimentação. Além disso, especialistas na área, a partir do lema “Criança, prioridade nacional”, colheram milhões de assinaturas de crianças e adolescentes para pressionar a Assembleia Constituinte a aprovar um texto que satisfizesse as expectativas do setor. Para contribuir com a afluência de ideias e a elaboração da Constituição Federal, o movimento “Meninos e Meninas de Rua” organizou encontros em diversas regiões do Brasil. Um desses momentos ficou conhecido como “ciranda das crianças” e consistiu em um “abraço” promovido pelos presentes no Congresso Nacional (BRASIL, 2018).

O ponto de convergência para a mobilização nacional em prol de crianças e adolescentes e a tomada de decisão efetiva ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a edição posterior do Estatuto da Criança e do Adolescente. A expressão do ideal se efetivou com a inclusão dos artigos 226 a 230 na Carta Magna que confirmaram o princípio da proteção integral, proposto pela Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, e contribuíram para a consolidação da democracia brasileira (PEDROSA, 2015).

O Código de Menores permaneceu em vigor até a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 que instauraram o rompimento do paradigma da situação irregular do menor e inauguraram o da proteção integral da criança e do adolescente (PEDROSA, 2015).

A concretização legal das garantias e direitos que antes constavam somente no plano teórico e prático foi um marco mobilizador e unificador. O objetivo principal era revogar o “Código de Menores” que tratava o tema afeto às crianças e adolescentes como problema de segurança pública e não como uma questão de iniquidade de saúde, renda e educação (LIMA, 2017).

O artigo 227 resultou de uma grande movimentação que coletou mais de 1,5 milhões de assinaturas pelo Brasil para inclusão dos direitos na Constituição Federal e tornou-se a base do que viria a ser o ECA futuramente. Tal dispositivo, absorvendo os ditames da doutrina da proteção integral, pela primeira vez no ordenamento jurídico brasileiro, trouxe expressamente a previsão do dever da família, da sociedade e do Estado de assegurar às crianças e adolescentes, com absoluta prioridade, os direitos à vida, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, saúde, educação, alimentação, cultura, lazer, entre outros. Ainda que de forma genérica, a Constituição Federal de 1988 materializou a tese de que incumbe à lei a proteção das crianças e adolescentes e a possibilidade de exercício de seus direitos fundamentais, tanto os próprios da pessoa humana, quanto os que decorrem da peculiar fase de desenvolvimento em que se encontram as crianças e adolescentes (LEITE, 2003).

O Brasil se antecipou à criação da própria Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente da ONU que veio a ser aprovada em 1989 e que trouxe em suas disposições direitos semelhantes aos previstos constitucionalmente. Ressalta-se que o princípio da proteção integral era reclamado desde 1924 com a Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança e, posteriormente, em 1948, com a Declaração dos Direitos Humanos e Declaração Universal dos Direitos da Criança em 1959, das quais o Brasil era signatário, e que influíram na criação do ECA, tornando-o uma lei de excelência (UNICEF, 2017).

A formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente também foi influenciada por um contexto de mobilização de setores da sociedade civil, em especial o Fórum Nacional de Entidades Não Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente (FNDCA), a curadoria do Menor de São Paulo, bem como representantes do judiciário, Ministério Público e da OAB que elaboraram um Projeto de Lei que foi encaminhado ao Congresso Nacional (SILVA, 2018).

Nota-se que a atuação conjunta da sociedade contribuiu para a formulação de leis e políticas protetivas que, após o processo de tomada de decisão pela gestão pública, foram incorporadas à Constituição Federal e ao Estatuto da Criança e do

Adolescente. O envolvimento dos atores na arena política culminou no reconhecimento da premissa de que todas as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e também para a criação de ações e políticas públicas que efetivassem esses direitos no plano prático.

4.4.3. Implementação da Política Pública

A Constituição Federal, no capítulo dedicado às crianças e adolescentes, e o ECA foram legislações revolucionárias e inovadoras e que proporcionaram grandes avanços à população infanto-juvenil, constituindo a base da implementação de diversas políticas públicas inclusivas.

A operacionalização dos objetivos, estratégias e diretrizes foram delineadas não só no Estatuto em questão, como em leis esparsas que foram editadas posteriormente para adequar o plano à ação prática. Além disso, a sistematização e compatibilização dessas metas com a realidade social passou a ser efetuada por uma rede de proteção com origem em segmentos diversos, composta por representantes de órgãos do poder público e da sociedade civil.

De todo modo, seja no plano teórico, seja no plano prático, as ações são planejadas para alcançar com a maior precisão e efetividade possível os beneficiários da política da infância e juventude. A seguir, estão alguns exemplos de planos e programas de políticas públicas na área.

4.4.3.1. Legislações vigentes pós Constituição Federal e promulgação do ECA

O Estatuto da Criança e Adolescente atribuiu às crianças e adolescentes a característica de sujeitos de direito, constituindo-se em um arcabouço de normas de proteção que, em seu artigo 3º, assegura, ao público compreendido entre zero e dezoito anos, o acesso a “direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade” (BRASIL, 1990).

Desde a sua edição em 1990, diversas legislações foram sancionadas para adequar a perspectiva protecionista do Estatuto à realidade de muitas crianças e adolescentes que se encontravam e ainda se encontram em situação de risco e vulnerabilidade social. Algumas dessas legislações, por terem maior destaque no âmbito da proteção infanto-juvenil, serão mencionadas a seguir.

Em 2008, foi sancionada a lei 11.829 que ampliou a proteção e responsabilização penal em relação à pedofilia e pornografia infantil e acrescentou alguns crimes ao Estatuto, já alinhado com a possibilidade de alcance das crianças e adolescentes por meio das mídias digitais (BRASIL, 2008).

Em 2009, entrou em vigor a lei nº 12.010 que estabelece, em síntese, o aperfeiçoamento da sistemática de convivência familiar e comunitária, esclarecendo e ressaltando a prevalência da família natural para o exercício dos direitos de maneira mais efetiva (BRASIL, 2009).

Ainda no mesmo ano, a Emenda Constitucional nº 59 trouxe a ampliação da obrigatoriedade do ensino em todas as etapas da educação básica, ou seja, dos 04 aos 17 anos de idade. A partir dessa inovação legislativa, vários municípios precisaram se organizar para propiciar às crianças o acesso à educação infantil pública com a criação de novas vagas e disponibilização de recursos de transporte, alimentação e livros didáticos (BRASIL, 2009).

A lei do SINASE, nº. 12.594/2012, reelaborou a organização do sistema socioeducativo, alicerçando o caráter pedagógico e não repressivo da medida e incluindo a família como importantes agentes desse sistema (BRASIL, 2012).

A edição da lei nº. 12.696/2012 trouxe importantes inovações no âmbito de atuação do Conselho Tutelar, reforçando o seu caráter de órgão de proteção dos direitos da criança e do adolescente e do conselheiro tutelar como agente público representante dos interesses de uma comunidade. Além disso, tratou da imprescindibilidade do processo eleitoral para escolha dos conselheiros tutelares, que são investidos de um mandato de quatro anos, e das condições de exercício do cargo, atribuindo-lhes parcela da função jurisdicional e destaque na elaboração de políticas públicas da infância e juventude (BRASIL 2012).

No ano de 2014, sancionou-se a lei nº. 13.010, denominada “Lei Menino Bernardo” ou “Lei da Palmada”, que alterou o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente e inseriu os artigos 18-A, 18-B e 70-A. O referido dispositivo legal visou coibir todas as formas de castigo físico, crueldade e opressão na educação e exercício

dos deveres inerentes ao poder familiar. Além disso, visou difundir a ideia de que a educação é efetivada e exercitada a partir da garantia de direitos e não por meio da violência (BRASIL, 2014).

O marco legal para a primeira infância foi instituído dois anos depois, com a lei nº. 13.257/2016, que alterou não só o ECA, mas também a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o Código de Processo Penal (CPP). O referido dispositivo visou estender a proteção legal às gestantes e à mãe, assim como, destacou a importância do núcleo familiar e da função paterna no desenvolvimento saudável da infância, trazendo inúmeras inovações, dentre elas, a ampliação da licença maternidade e paternidade e concessão de prisão domiciliar, a qualquer tempo, às detentas grávidas. Ainda, faz-se menção ao estímulo precoce da criança, prioritariamente nos 06 (seis) primeiros anos de vida, para que seu desenvolvimento seja pleno e integral, bem como enfatiza o repúdio a qualquer forma de discriminação da criança e adolescente em decorrência de sua origem, raça e cor, quer na execução das políticas públicas infantojuvenis, quer na realização dos atendimentos necessários. Não bastasse isso, a lei reforçou a relevância da educação infantil e a proteção ao apelo mercadológico ao verificar que crianças de tenra idade são facilmente capturadas por ações publicitárias e de marketing (BRASIL, 2016).

A lei nº. 13.431/2017, também denominada “lei do depoimento especial”, instituiu o sistema de escuta judicial que busca prestar um serviço técnico especializado que faz a oitiva da criança/adolescente em um espaço próprio, protegido e especialmente projetado para o delicado momento do depoimento infanto-juvenil. O objetivo desse sistema é justamente esclarecer se fatos investigados pela justiça ocorreram ou não, no que eles se constituem, se são ou não reprováveis ao olhar da lei, bem como quem os praticou, da forma mais verossímil possível, sem causar a revitimização da vítima (BRASIL, 2017).

A referida lei foi sancionada, ainda, com vistas a garantir os direitos de crianças e adolescentes vítimas e testemunhas de crimes, abordando as modalidades de violência praticadas contra esse público e esclarecendo as expressões que a violência física, psicológica, sexual e também institucional podem assumir. Não somente isso, a lei estabelece formas de combate e amenização dos efeitos da violência, sobretudo quando o próprio sistema constituído para a sua proteção não presta o serviço ou atendimento de forma adequada (BRASIL, 2017).

Por conseguinte, o Decreto nº. 9.603/2018 regulamentou a lei nº. 13.431/2017 com o fim de organizar a rede de proteção e incluiu o plano individual e familiar de atendimento, concedendo à família, no seu conceito ampliado, uma função de destaque na efetivação dos direitos infantojuvenis. Ainda, considerou o dever indelegável que a família possui na orientação e prestação de cuidados às crianças e jovens, não olvidando a necessidade de criação de mecanismos de apoio aos familiares, sobretudo com menor nível educacional, para que estejam cientes dessas prerrogativas (BRASIL, 2018).

No ano de 2019, a atualização do ECA foi promovida por duas legislações: a lei nº. 13.812/19 e a 13.798/19. Enquanto a primeira dedicou-se a criar a Política Nacional de Busca de Pessoas Desaparecidas e o Cadastro Nacional de Pessoas Desaparecidas, a segunda instituiu a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência (BRASIL, 2019).

Por fim, no ano de 2020, a lei nº. 14.022 foi sancionada para alterar a lei nº. 13.979/2020 e incluir medidas de enfrentamento dos problemas desencadeados pela pandemia no novo COVID-19 em relação à violência doméstica contra mulheres, crianças e adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. A proposta do referido dispositivo foi viabilizar sistemas eletrônicos de comunicação da violência, como as “delegacias virtuais” adotadas, por exemplo, nos estados de Minas Gerais e Santa Catarina, e promover campanhas informativas sobre formas de prevenção. Além da possibilidade de as denúncias serem feitas *online*, a lei previu que os atendimentos, incluindo a análise e deferimento de medidas protetivas de urgência no âmbito da lei Maria da Penha (lei nº. 11.340/06), também sejam realizados sem a presença física da vítima, quando necessário (CALMON, 2020).

Assim, ao longo desses trinta anos, nota-se uma evolução significativa do ponto de vista legislativo com o objetivo de aprimorar e lapidar ainda mais os princípios e fundamentos que derivaram da Constituição Federal. A partir disso, tornou-se bastante clara a importância do reconhecimento dos direitos humanos das crianças e adolescentes e do tratamento condizente com essa fase peculiar de desenvolvimento. Observar essas condições conduz, certamente, à formação de cidadãos plenos e, conseqüentemente, à evolução da sociedade brasileira como um todo.

Torna-se perceptível, desse modo, que a maior carência no âmbito de proteção da criança e do adolescente não subsiste na elaboração de novas normas e

legislações, que são muitas e completas, mas sim na efetivação dos princípios e exercício dos direitos no contexto das políticas públicas.

A proteção integral da criança e do adolescente, por outro lado, também está assentada na confluência dos segmentos do executivo, legislativo, judiciário e membros Ministério Público, os quais são responsáveis, no âmbito de suas atuações, por planejar, implementar, executar e fiscalizar as políticas públicas do setor, conforme se abordará a seguir.

4.4.3.2 Da implementação da política pública pelos órgãos de proteção da infância e juventude

Conforme abordado anteriormente, o Estatuto da Criança e do Adolescente buscou explicitar os direitos mencionados pelo texto constitucional e, para tanto, adotou uma política de descentralização político-administrativa em relação à proteção à infância e à juventude em oposição à antiga política centralizadora proposta pelo Código de Menores (SARTORI; LONGO, 2007).

Isso significa que, além de conceder destaque à Justiça da Infância e Juventude, ao Ministério Público e à Defensoria Pública dos estados, cuja atuação abrange a proteção dos direitos da criança e adolescente na esfera administrativa e judicial, o ECA propôs a formulação de uma nova política voltada à valorização da participação popular. Essa inovação veio a contar com a existência de espaços de democracia participativa e engajamento de diferentes setores da sociedade civil organizada para formulação das políticas e controle das ações governamentais, sob a perspectiva do artigo 204, inciso II, da Constituição Federal⁴ (BRASIL, 1988). Do ponto de vista institucional, esses comandos legais foram concretizados na figura dos Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente, dos Conselhos Tutelares municipais e os Conselhos de Direitos da Criança e Adolescente enquanto órgãos deliberativos da Política de Atendimento à Infância em todos os níveis e esferas de governo (IANDOLI; PIMENTEL, 2018).

⁴ Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

Nesse contexto, o Juiz de Direito tem a atribuição de cumprir a lei e decidir em prol do melhor interesse da criança e do adolescente nas demandas que chegam ao seu conhecimento (ALVES, 2007).

O Defensor Público e/ou o advogado representam os interesses da criança e do adolescente nas ações e procedimentos, sejam eles judiciais ou administrativos, conforme disposição dos artigos 206 do ECA (BRASIL, 1990).

O Promotor de Justiça, por sua vez, enquanto representante do Ministério Público, está imbuído da função legal de fiscalizar o efetivo cumprimento da lei e determinar ações de proteção à infância e juventude, nos termos do artigo 201, incisos I a XII do ECA (BRASIL, 1990).

Ressalta-se que os Promotores de Justiça do Estado do Paraná, no âmbito de atuação na infância e juventude, dispõem do auxílio e orientação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente e da Educação (CAOPCAE), órgão interno do Ministério Público do Estado do Paraná (MPPR). Nos termos dos artigos 74 a 76 da Lei Orgânica do Ministério Público do Estado do Paraná (LOMP), o CAOPCAE tem a função de apresentar propostas e sugestões, para elaboração de política institucional e programas específicos, alterações legislativas, edição de atos ou instruções normativas, realização de convênios, entre outras ações voltadas à melhoria da prestação do serviço às crianças e adolescentes em todo o estado (PARANÁ, 2018).

O Conselho Tutelar foi concebido pelo ECA, em seu artigo 131, como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 1990). Isso significa que é uma instituição democrática colegiada que atua na esfera administrativa e é composta por 5 membros, preferencialmente de pessoas da comunidade, escolhidos pela população para realizarem diretamente o atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal, familiar ou social. A ideia da lei é que o órgão não seja subordinado a qualquer outra instituição e autoridade pública, incluindo o chefe do executivo municipal, devendo, contudo, prestar contas e justificar suas ações a partir de um sistema de fiscalização. Ressalta-se que a autonomia não é do conselheiro propriamente e sim do colegiado que, mediante reunião, deve discutir as prioridades e as linhas de atuação a serem seguidas por seus integrantes (DIGIÁCOMO, 2009).

A estratégia do legislador, ao estabelecer a atuação do Conselho Tutelar, foi criar mecanismos de implementação e formulação de uma política de atendimento não linear que se atentasse à realidade do público infante-juvenil em cada localidade, observando as suas especificidades. Vale dizer, a atuação dos conselheiros tutelares deve estar mais centrada em ações de prevenção no âmbito coletivo do que no individual, em busca de uma adequada estruturação do município para que este desenvolva programas e serviços que sejam especializados no atendimento à infância e adolescência (DIGIÁCOMO, 2009).

Paralelamente à atribuição elementar de atender casos individuais de ameaça ou violação de direitos de crianças e adolescentes, quis o legislador que o Conselho Tutelar agisse também no plano coletivo, na busca de uma adequada estruturação do município para o atendimento de sua população infante-juvenil (DIGIÁCOMO, 2009).

Tendo em vista a autoridade que foi concedida pelo estatuto ao Conselho Tutelar, a intenção é que este não precise recorrer ordinariamente à intervenção do poder judiciário e possa, autonomamente, aplicar medidas legais, fazer encaminhamentos e, principalmente, dialogar com os órgãos públicos responsáveis por atender a demanda pretendida, requisitando soluções aos problemas verificados nos atendimentos individuais (DIGIÁCOMO, 2009). A título exemplificativo, o artigo 136, inciso III, alínea “a”, e inciso IX do ECA atribuem, respectivamente, como prerrogativa do Conselho Tutelar a requisição “de serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança” e o assessoramento do “Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 1990).

Ainda sob a perspectiva de participação popular democrática, os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente foram criados com o fim de viabilizar a formulação e execução de políticas públicas voltadas à proteção da infância e juventude e garantir o exercício e acesso dos direitos constitucionais e infracionais às crianças e adolescentes de maneira universal. Conforme preceitua o artigo 88, inciso II, do ECA⁵, os conselhos estão estabelecidos nos três níveis de governo, federal,

⁵ Art. 88. São diretrizes da política de atendimento:

II - criação de conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais;

estadual e municipal, e são órgãos deliberativos e permanentes, compostos por membros do Poder Executivo e da sociedade civil organizada (BRASIL, 1990). O principal deles é o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) que, dada a sua abrangência, é responsável por definir diretrizes aos Conselhos Estaduais dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA) e aos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) nos seus contextos de atuação (VARALDA, 2008).

Destaca-se que tanto o Conselho Tutelar quanto os CMDCAs têm a prerrogativa e a legitimidade de discutir e fazer proposições no processo de elaboração da lei orçamentária dos municípios nos quais atuam.

Conselho Tutelar e Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente devem agir em regime de parceria e proximidade, até porque as informações fornecidas por aquele quanto as maiores demandas e deficiências estruturais do município serão fundamentais para que este possa cumprir sua missão (diga-se, também um poder-dever) jurídico-constitucional elementar de deliberar políticas públicas a elas correspondentes, que por sua vez irão se materializar em ações, programas de atendimento e serviços público, para onde serão encaminhados os casos de ameaça ou violação de direitos infanto-juvenis doravante detectados (DIGIÁCOMO, 2009).

Além disso, para que os projetos e políticas de atendimento à infância e juventude sejam financeiramente possíveis e executáveis, os Conselhos dispõem do Fundo da Infância e Adolescência (FIA), instituído no artigo 88, inciso IV, do Estatuto (BRASIL, 1990)⁶. O fundo funciona como uma instância de captação e aplicação de recursos para a área da infância e juventude nas três esferas governamentais. Os recursos são provenientes de diversas fontes, dentre elas a transferência de recursos públicos, pagamentos de multas por infrações administrativas previstas no ECA, doações, rendimentos de aplicações financeiras e deduções ou destinações de recursos por meio da declaração do Imposto de Renda das pessoas físicas e jurídicas (SARTORI; LONGO, 2007).

O FIA não serve, contudo, para fazer o custeio das políticas sociais básicas, como de educação, saúde e assistência social, as quais, legalmente, são de responsabilidade dos gestores dos Municípios, dos Estados e da União a partir dos recursos do orçamento público. A sua função é complementar o que é já previsto como

⁶ IV - manutenção de fundos nacional, estaduais e municipais vinculados aos respectivos conselhos dos direitos da criança e do adolescente;

obrigação de cada um desses entes, com a realização de projetos inovadores e complementares, bem como capacitação da rede de proteção da criança e do adolescente, importando na maior qualidade dos serviços prestados (PEREIRA JUNIOR, 2016).

A fiscalização da aplicação dos recursos do FIA é possível por meio do acompanhamento presencial das sessões e reuniões dos CMDCA's pelos cidadãos, acesso ao Portal da Transparência que reúne os gastos públicos e aos relatórios dos Tribunais de Contas, Controladorias Internas dos municípios e Ministério Público estadual (PEREIRA JUNIOR, 2016).

A jurisprudência dos Tribunais Superiores é pacífica no sentido de que as decisões deliberadas nos Conselhos de Direitos vinculam o administrador que é obrigado a canalizar os recursos necessários para a implementação dos programas e ações, não podendo alegar como escusa a falta de orçamento. Diante do princípio da prioridade absoluta que significa preferência na formulação e execução de políticas públicas e destinação privilegiada de recursos para a área da infância, o legislador não pode implementar uma outra política não preferencial enquanto existir a necessidade de implementação da política para infância e juventude, em que pese a administração pública seja regida pelo princípio da discricionariedade (VARALDA, 2008). A primazia na consecução de políticas públicas, consectária do princípio da prioridade absoluta previsto na Constituição Federal, está descrita no artigo 4º do ECA, segundo o qual:

Art. 4º. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de primazia compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas;**
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.**

Na ausência dessas políticas, cabe ao Ministério Público a propositura de ações civis públicas para a prestação da tutela jurisdicional e à justiça da infância e da juventude deliberar formas de impelir a gestão pública a tomar decisões, como já ocorreu em situações concretas, em que houve o bloqueio dos orçamentos e recursos

necessários pelo judiciário na perspectiva de universalização de direitos que é a essência do ECA. É o que se verifica na seguinte decisão do Superior Tribunal de Justiça, cuja ementa transcreve-se a seguir (STJ):

ADMINISTRATIVO E PROCESSO CIVIL - AÇÃO CIVIL PÚBLICA ATO ADMINISTRATIVO DISCRICIONÁRIO: NOVA VISÃO. 1. Na atualidade, o império da lei e o seu controle, a cargo do Judiciário, autoriza que se examinem, inclusive, as razões de conveniência e oportunidade do administrador. 2. Legitimidade do Ministério Público para exigir do Município a execução de política específica, a qual se tornou obrigatória por meio de resolução do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. 3. Tutela específica para que seja incluída verba no próximo orçamento, a fim de atender a propostas políticas certas e determinadas. 4. Recurso especial provido. (STJ. 2ª T. RESP. nº 493811. Rel. Min. Eliana Calmon. J. 11/11/03, DJ 15/03/04).

Além disso, o Supremo Tribunal Federal (STF) já proferiu decisão confirmando a obrigação do município de manter programa destinado ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência:

CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO E/OU EXPLORAÇÃO SEXUAL. DEVER DE PROTEÇÃO INTEGRAL À INFÂNCIA E À JUVENTUDE. OBRIGAÇÃO CONSTITUCIONAL QUE SE IMPÕE AO PODER PÚBLICO. PROGRAMA SENTINELA-PROJETO ACORDE. INEXECUÇÃO, PELO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS/SC, DE REFERIDO PROGRAMA DE AÇÃO SOCIAL CUJO ADIMPLENTO TRADUZ EXIGÊNCIA DE ORDEM CONSTITUCIONAL. CONFIGURAÇÃO, NO CASO, DE TÍPICA HIPÓTESE DE OMISSÃO INCONSTITUCIONAL IMPUTÁVEL AO MUNICÍPIO. DESRESPEITO À CONSTITUIÇÃO PROVOCADO POR INÉRCIA ESTATAL (RTJ 183/818-819). COMPORTAMENTO QUE TRANSGRIDE A AUTORIDADE DA LEI FUNDAMENTAL (RTJ 185/794-796). IMPOSSIBILIDADE DE INVOCAÇÃO, PELO PODER PÚBLICO, DA CLÁUSULA DA RESERVA DO POSSÍVEL SEMPRE QUE PUDER RESULTAR, DE SUA APLICAÇÃO, COMPROMETIMENTO DO NÚCLEO BÁSICO QUE QUALIFICA O MÍNIMO EXISTENCIAL (RTJ 200/191-197). CARÁTER COGENTE E VINCULANTE DAS NORMAS CONSTITUCIONAIS, INCLUSIVE DAQUELAS DE CONTEÚDO PROGRAMÁTICO, QUE VEICULAM DIRETRIZES DE POLÍTICAS PÚBLICAS. PLENA LEGITIMIDADE JURÍDICA DO CONTROLE DAS OMISSÕES ESTATAIS PELO PODER JUDICIÁRIO. A COLMATAÇÃO DE OMISSÕES INCONSTITUCIONAIS COMO NECESSIDADE INSTITUCIONAL FUNDADA EM COMPORTAMENTO AFIRMATIVO DOS JUÍZES E TRIBUNAIS E DE QUE RESULTA UMA POSITIVA CRIAÇÃO JURISPRUDENCIAL DO DIREITO. PRECEDENTES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DELINEADAS NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA (RTJ 174/687 - RTJ 175/1212-1213 - RTJ 199/1219-1220). RECURSO EXTRAORDINÁRIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL CONHECIDO E PROVIDO. (STF. 2ª T. R. E. nº 482.611. Rel. Min. Celso de Mello. J. em 23/03/2010).

Em relação à responsabilização do poder público pela omissão na prestação de uma proteção eficiente, o artigo 208 do ECA elenca um rol exemplificativo de

direitos que, se não ofertados ou oferecidos de maneira irregular, resultam em ações de responsabilidade aos gestores⁷ no âmbito coletivo. Além disso, o artigo 216 fala que uma vez transitada em julgado uma sentença que impõe condenação ao poder público, torna-se obrigatória a remessa de cópias desta decisão aos órgãos competentes para apurar a responsabilidade civil e administrativa do agente a que se atribui a ação ou omissão, sob pena de incorrer em improbidade administrativa (BRASIL, 1990).

A motivação desses dispositivos é de que a proteção seja feita pelo poder público de forma coletiva, por meio de políticas públicas deliberadas pelos conselhos de direitos, planos decenais e uma rede de proteção estruturada, de modo a tornar a judicialização a última medida a ser tomada. Ao judiciário, caberia apenas a responsabilização daquele que violou o direito, incluindo o próprio Estado, quando insistir em omitir-se quanto ao cumprimento de seu papel, sob pena de que o acesso aos direitos seja realizado de maneira individual, restritos às crianças e adolescentes que têm a oportunidade de recorrer às instâncias judiciais (DIGIÁCOMO, 2014).

DIGIÁCOMO (2014) pondera que a solução encontrada para minimizar a centralização da autoridade judiciária, enquanto agente resolutivo dos problemas atinentes à infância e juventude, foi a concepção do “Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente” por meio da Resolução nº. 113/ 2006 do CONANDA. Esse sistema surgiu da reunião e articulação de órgãos, agentes, autoridades e entidades governamentais e não governamentais com o fim de operacionalizar os

⁷Art. 208. Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados à criança e ao adolescente, referentes ao não oferecimento ou oferta irregular:

I - do ensino obrigatório;

II - de atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência;

III - de atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade;

III – de atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a cinco anos de idade;

IV - de ensino noturno regular, adequado às condições do educando;

V - de programas suplementares de oferta de material didático-escolar, transporte e assistência à saúde do educando do ensino fundamental;

VI - de serviço de assistência social visando à proteção à família, à maternidade, à infância e à adolescência, bem como ao amparo às crianças e adolescentes que dele necessitem;

VII - de acesso às ações e serviços de saúde;

VIII - de escolarização e profissionalização dos adolescentes privados de liberdade.

IX - de ações, serviços e programas de orientação, apoio e promoção social de famílias e destinados ao pleno exercício do direito à convivência familiar por crianças e adolescentes.

X - de programas de atendimento para a execução das medidas socioeducativas e aplicação de medidas de proteção.

XI - de políticas e programas integrados de atendimento à criança e ao adolescente vítima ou testemunha de violência.

direitos da criança e do adolescente, assegurando e fortalecendo a implementação do ECA. Idealizado como uma “rede de proteção” interinstitucional a ser efetivada no âmbito municipal, o referido sistema opera a partir de três eixos estratégicos ou áreas de atuação, quais sejam, promoção de direitos, defesa e controle.

O eixo da promoção visa efetivar, de fato, os direitos por meio da elaboração e execução das políticas públicas voltadas à educação, saúde, lazer, moradia e segurança. Além disso, esse eixo visa a aplicação de medidas protetivas quando há ofensa às garantias e prerrogativas das crianças e adolescentes previstas em lei, assim como de medidas socioeducativas nos casos de adolescentes em conflito com a lei. O eixo da defesa, por sua vez, possui íntima relação com o acesso à justiça e sua atuação se desenvolve no sentido de cessar ou interromper violações de direito e punir eventuais agressores. Os principais atores desse eixo são a autoridade judicial, o promotor de justiça, o defensor público, os conselheiros tutelares, os agentes da segurança pública e os centros de defesa. Por fim, o eixo do controle da efetivação atém-se à responsabilidade de acompanhar, avaliar e monitorar as políticas de atendimento às crianças e adolescentes. A participação popular possui destaque nesse eixo cuja intervenção se dá, principalmente, por intermédio dos conselhos de direito e dos conselhos setoriais deliberativos de políticas públicas (DIGIÁCOMO, 2014).

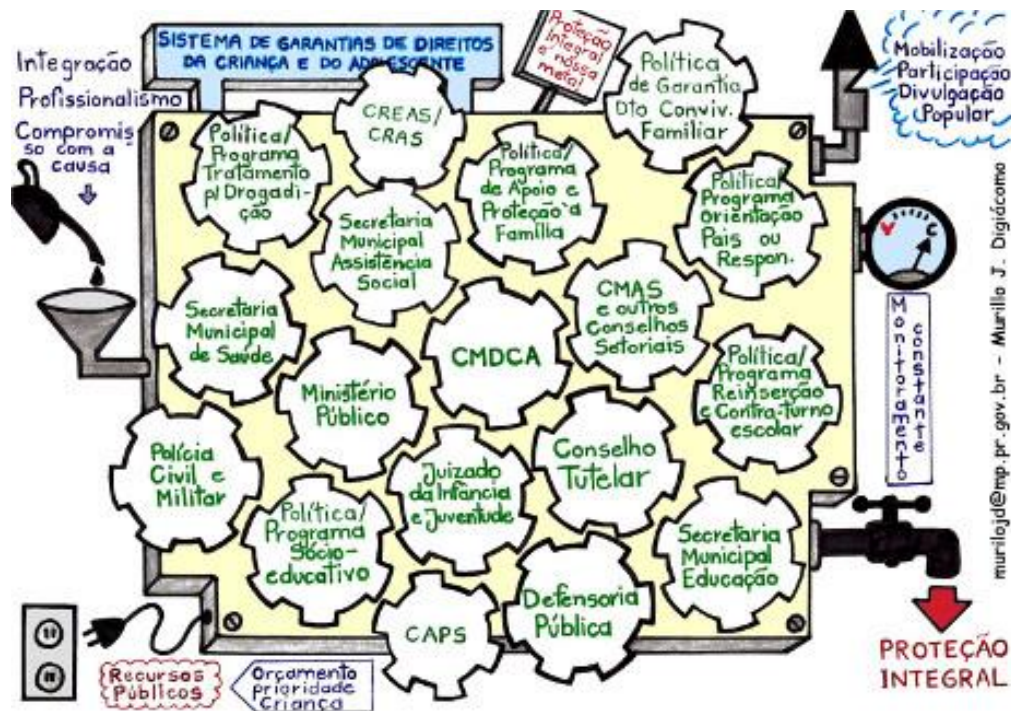
A representação a seguir, elaborada por DIGIÁCOMO, diz respeito ao Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente, sendo que cada “engrenagem” corresponde a uma entidade, órgão, programa ou serviço que atua conjuntamente assegurando o funcionamento dos eixos acima mencionados, nos termos do artigo 86 do ECA⁸.

O manômetro da “máquina” tem a função de realizar o monitoramento constante do seu funcionamento e a “fonte de energia” está representada pelos recursos públicos provenientes do orçamento e dos fundos da infância e juventude, os quais são destinados à operacionalização, formulação e implementação de cada política pública de atendimento. O óleo que “lubrifica o maquinário” está descrito como a integração, o profissionalismo e o compromisso com a causa e o “alarme” simboliza

⁸ Art. 86. A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

a mobilização, participação e divulgação popular que devem se destacar quando o funcionamento do equipamento não estiver adequado ou aquém do necessário.

Figura 03: Representação gráfica do Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente



Fonte: Ministério Público do Estado do Paraná (MPPR). Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1171>.

O sistema de garantias, em que pese possa operar sob um viés repressivo, concentra-se sobretudo na perspectiva preventiva, a fim de identificar as situações de violação de direito antes mesmo que elas ocorram. Mais que isso, busca uma atuação compartilhada e coordenada com a sociedade e a opinião pública para compreender as necessidades de cada sociedade e, com isso, encontrar soluções hábeis para os problemas que enfrenta no âmbito da infância e juventude (DIGIÁCOMO, 2014).

Tem-se, portanto, que a lei, por si só, não modifica a realidade social cuja transformação depende, de fato, do exercício dos direitos nela previstos que, por sua vez, dependem da cooperação da rede de proteção da criança e do adolescente. Pouco valem os melhores discursos a favor da infância e juventude e as políticas formuladas pelos Conselhos de Direito nos âmbitos municipais, se as leis orçamentárias não destinarem parte dos recursos públicos para a implementação dos programas e ações definidos como indispensáveis. Existem inúmeras crianças e adolescentes que ainda estão afastados da possibilidade de exercício dos direitos fundamentais que, por não terem acesso ao judiciário, dependem da formulação de

políticas públicas. E mais que isso, depois de formulada a política, é necessário acompanhar a canalização dos recursos para implementação dessas políticas, conforme proposto pelo Sistema de Garantias dos Direitos da Criança e do Adolescente.

4.1.3.3. Outras políticas públicas voltadas à infância e juventude

Ao longo dos 30 anos de existência da Constituição Federal e das legislações que dela derivaram, apesar das inúmeras dificuldades encontradas para a sua implementação com excelência, muitos avanços na garantia de direitos das crianças e adolescentes foram concebidos e alguns, por serem notórios, merecem ser ressaltados.

A proteção da criança e do adolescente, enquanto nascituro, é garantida desde a sua gestação, estando aliada, ainda, à assistência das genitoras que têm o direito de serem atendidas, gratuitamente, pelos profissionais do SUS por meio das consultas de pré-natal e de serem acolhidas também no pós-parto. O acompanhamento periódico e qualificado da gestante, resultando do princípio do cuidado integral, é, inclusive, um fator determinante para a redução da taxa de mortalidade infantil (UFMG, 2020).

Salienta-se que, de acordo com os dados fornecidos pelo Relatório 2020 de Mortalidade Infantil do UNICEF⁹, o índice de mortalidade infantil no Brasil seguiu em declínio, sobretudo, nas últimas décadas, com queda de 56,11% nas mortes de recém-nascidos e 59,8% para crianças de até cinco anos desde 1990 até 2019 (KURTZ, 2020).

Conquanto o índice ainda não seja o ideal, comparativamente a outros países, conforme relatório elaborado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) “30 Anos de SUS - Que SUS para 2030?”, a melhoria significativa da taxa de mortalidade infantil foi possível em razão da valorização da rede de atenção primária da saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família. Ademais, o relatório destaca a alocação de médicos em regiões mais afastadas do Brasil pelo programa “Mais Médicos” que contribuiu com o aumento de

⁹ Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>

acesso à saúde pela população brasileira por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (OPAS e OMS, 2018).

O relatório cita os “Pactos pela saúde”, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como imprescindíveis para o fortalecimento de estratégias que resultaram na redução da mortalidade infantil, além de afirmar a relevância da redução de iniquidades sociais e de renda para o progresso nos índices:

As razões por trás dessas conquistas estão relacionadas, também, ao crescimento econômico; à redução das disparidades de renda; à urbanização; à melhoria da educação das mulheres; à diminuição das taxas de fertilidade; aos programas de transferência de renda, a exemplo do Programa Bolsa Família, bem como às melhorias no saneamento básico e o tratamento da água (p. 76).

Além das ações práticas, o referido documento não deixa de indicar a Constituição Federal e as leis orgânicas, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, como diretrizes de promoção da saúde dos brasileiros, incluindo crianças e adolescentes.

Nesse contexto, a Política Pública Nacional de Promoção da Saúde, que foi reformulada no ano de 2014 sob o conceito ampliado de saúde, serve de diretriz para toda a rede de atenção à saúde da população e objetiva promover a qualidade de vida dos cidadãos, no âmbito individual e coletivo, destacando as crianças e jovens como os grupos de maior vulnerabilidade. A título exemplificativo, uma das ações fomentadas pela referida política, como desdobramento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), é “desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional das crianças, com ênfase no desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e educação nutricional” (BRASIL, 2014).

Outra medida importante que contribuiu com a erradicação de enfermidades graves, como a poliomielite, paralisia infantil e o sarampo, dentre o público infantil foi a previsão da obrigatoriedade da vacinação pelo ECA que no §1º do artigo 14 dispõe que é “obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias” (BRASIL, 1990). A disponibilização gratuita das vacinas às crianças e adolescentes dentro das faixas etárias indicadas é feita pelo SUS, conforme o Plano Nacional de Imunização (PNI), e a abstenção ou negativa dos responsáveis em cumprir com o cronograma de vacinação pode resultar em sanções

de natureza administrativa e penal, como aplicação de multa¹⁰ e sujeição às penas dos crimes de abandono e maus tratos¹¹ (MODELLI, 2018).

De acordo com a reportagem da BBC Brasil, fundamentada nos dados do DATASUS, desde o ano de 2015 a cobertura vacinal não tem atingido a meta esperada pelos órgãos da saúde, sendo que, das 10 vacinas que são obrigatórias no primeiro ano de vida, consta que 9 estão abaixo do índice assinalado como ideal pela OMS. Os dados são preocupantes e demandam uma atenção especial das autoridades competentes e profissionais da área que têm se mobilizado para prestar informação de qualidade à população. Apesar da queda da cobertura vacinal, é inegável o avanço que o Programa Nacional de Imunização promoveu para a garantia dos direitos das crianças e adolescentes (MODELLI, 2018).

A promoção da atenção à saúde no SUS para prevenção de doenças e as campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos, estabelecidos pelo ECA¹², são políticas sanitárias que, aliadas à vacinação, tornam a observância do princípio da proteção integral e o acesso à saúde ainda mais factível (UFMG, 2020).

Na área da educação, diversos programas foram criados no decorrer dos anos para proporcionar a inserção e manutenção de crianças e adolescentes no ambiente escolar, tais como o Programa Nacional do Livro e do Material Didático (PNLD), Programa Nacional de Apoio ao Transporte Escolar (PNATE), Programa de Saúde nas Escolas (PSE) e Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

O Programa Nacional do Livro e do Material Didático (PNLD) é destinado a avaliar e a disponibilizar obras didáticas, pedagógicas e literárias, entre outros materiais de apoio à prática educativa, de forma sistemática, regular e gratuita, às escolas públicas de educação básica das redes federal, estaduais, municipais e distrital e também às instituições de educação infantil comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos e conveniadas com o Poder Público (BRASIL, 2017).

¹⁰Art. 249, ECA. Descumprir, dolosa ou culposamente, os deveres inerentes ao poder familiar ou decorrente de tutela ou guarda, bem assim determinação da autoridade judiciária ou Conselho Tutelar: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

¹¹Art. 136, Código Penal - Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina: Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

¹² Art. 14, *caput*, ECA. O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.

No mesmo sentido, o PNATE visa assegurar transporte gratuito aos estudantes que frequentam a educação básica nas escolas públicas e residem nas regiões rurais (BRASIL, 2004).

Numa perspectiva intersetorial e transversal e de promoção, prevenção e atenção à saúde, o PSE foi criado para prestar assistência aos alunos da rede pública de ensino, visando enfrentar as vulnerabilidades que comprometem o seu desenvolvimento escolar (BRASIL, 2007).

O PNAE, por sua vez, consiste no repasse de recursos aos municípios e estados para complementar os valores destinados às ações de alimentação escolar dos estudantes da educação básica (BRASIL, 2015).

Destaca-se que esses programas, dentre outros destinados ao desenvolvimento e melhoria da educação, são financiados pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), “composto por recursos provenientes de impostos e das transferências dos Estados, Distrito Federal e Municípios vinculados à educação, conforme disposto nos arts. 212 e 212-A da Constituição Federal” (BRASIL, 2020).

O objetivo maior das políticas públicas nessa área é enfrentar os problemas decorrentes da falta de permanência e conclusão dos estudos na idade adequada de crianças e adolescentes em situação de pobreza e vulnerabilidade social. A maioria dos jovens que estão fora da escola ou em risco de exclusão pertencem às classes menos favorecidas, já que, dentre as razões possíveis para a evasão escolar, a principal é a necessidade de trabalhar, correspondendo a 39,1 % do total de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020).

Ainda conforme o referido estudo, “das 50 milhões de pessoas de 14 a 29 anos do país, 20,2% (ou 10,1 milhões) não completaram alguma das etapas da educação básica, seja por terem abandonado a escola, seja por nunca a terem frequentado”. Apesar disso, “a taxa de escolarização foi de 35,6% (3,6 milhões) para crianças de 0 a 3 anos, 92,9% (5 milhões) na faixa de 4 e 5 anos, 99,7% (25,8 milhões) dos 6 aos 14 anos – percentual próximo à universalização –, 89,2% (8,5 milhões) de 15 a 17 anos”, o que demonstra um certo progresso das políticas públicas na área.

No âmbito da assistência social, o Programa Criança Feliz foi instituído por meio do Decreto nº 8.869/2018 com o fim de assegurar a implementação da lei 13.257/2016, conhecida como “Marco Legal da Primeira Infância”. O programa tem o “objetivo de apoiar e acompanhar o desenvolvimento infantil integral na primeira

infância (crianças de 0 a 6 anos de idade) e facilitar o acesso da gestante, das crianças na primeira infância e de suas famílias às políticas e aos serviços públicos que necessitam”. Ressalta-se que o referido plano está consubstanciado na materialidade do Programa Primeira Infância que havia sido criado no ano de 2016 pelo SUAS - Sistema Único de Assistência Social (BRASIL, 2019).

Nessa linha, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), também vinculado ao Ministério da Cidadania, “tem como objetivo acelerar as ações de prevenção e erradicação do trabalho infantil de acordo com o Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador e com a Carta de Constituição de Estratégias em Defesa da Proteção Integral dos Direitos da Criança e do Adolescente.” Com a contribuição da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a integração ao Programa Bolsa Família, adotou um viés de gestão social de transferência de renda e de cobertura em todo o território brasileiro (BRASIL, 2020).

O conceito de trabalho infantil abrange toda forma de atividade laboral exercida por crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos, excetuando os menores aprendizes, com faixa etária maior de 14 anos (BRASIL, 2020).

Conforme dados divulgados pelo portal “Observatório do Terceiro Setor”, baseados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 1,8 milhão de crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos trabalhavam no Brasil no ano de 2016, sobretudo nas zonas rurais. “Deste total, 54,4% (998 mil) estavam em situação de trabalho infantil, sendo 190 mil por terem de 5 a 13 anos, e outros 808 mil entre 14 e 17 anos por trabalharem sem registro na carteira” (LIMA, 2019).

Em que pese tenha havido uma diminuição significativa no índice, comparativamente aos dados disponibilizados pelo IBGE entre 2004 e 2015, a redução não ocorreu de forma uniforme e proporcional em todas as regiões brasileiras, havendo estados em que foram perceptíveis alguns retrocessos no combate ao trabalho infantil (TAU, 2017).

Os números preocupam e despertam a atenção das autoridades no tema, dado os efeitos deletérios que o trabalho infantil pode acarretar às crianças e adolescentes que estão nessa condição, como exploração sexual e da mão de obra, exposição à violência, aliciamento para o tráfico de drogas, evasão escolar e problemas de saúde decorrentes da atividade desempenhada (LIMA, 2019).

Além das proibições e permissões ao trabalho infantil explicitadas pela CF e pelo ECA, a OIT editou a Convenção nº 138 que dispõe uma série de regras para regulamentar o trabalho infantil ilícito, disponibilizando uma lista das piores atividades, e também o lícito ao permitir a ocupação artística e a esportiva, permitidas atualmente pela Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT (LIMA, 2019).

Em relação aos direitos humanos, o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) foi criado em 1996 e reformulado cerca de treze anos depois pelo Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009 para universalizar os direitos humanos nos contextos de desigualdades por meio da interação democrática do Estado e da sociedade civil. Dentre as diretrizes da citada política estão a promoção dos direitos da criança e do adolescente de forma não discriminatória, a erradicação do trabalho e da desnutrição infantil, garantindo-se a segurança alimentar e nutricional, o atendimento de crianças e adolescentes vítimas ou autores de violência e exploração sexual, a inclusão social de crianças e adolescentes de diferentes etnias e deficientes físicos ou mentais (BRASIL, 2009).

Salienta-se que, além dos programas governamentais no âmbito federal, que são inúmeros e não se esgotam nos que foram mencionados anteriormente, há também os desenvolvidos nas esferas estaduais e municipais para adequar os planos nacionais e, com isso, atender as demandas específicas de cada região.

No Paraná, o Programa Leite das Crianças foi elaborado com o objetivo de diminuir as iniquidades e vulnerabilidades sociais decorrentes da renda no estado, visando o combate à fome e à pobreza. Foi instituído pela Lei nº 16.385 de 25 de janeiro de 2010 e regulamentado pelo Decreto Estadual nº 3.000/2015 e constituiu-se em um programa intersetorial que conta com o apoio da Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento (SEAB), Secretaria de Estado da Educação (SEED), Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e Secretaria de Estado do Trabalho e Desenvolvimento Social (SEDS) (PARANÁ, 2015).

De acordo com o artigo 1º do Decreto 3.000/2015, o programa:

compreende o conjunto de ações voltadas à suplementação da nutrição das crianças de 6 a 36 meses e das mães gestantes e nutrízes, pelo fornecimento diário e gratuito de 1,0 (um) litro de leite tipo pasteurizado, integral ou padronizado com no mínimo 3,0% (três por cento) de gordura, enriquecido com Ferro Quelato e Vitaminas "A" e "D", pelo Poder Executivo do Estado do Paraná.

No âmbito da segurança e justiça, o Programa Criança e Adolescente Protegidos no Estado do Paraná foi criado em 2016 e instituído em 2018 pela lei estadual nº 19.634. O programa foi executado pela Secretaria da Justiça, Família e Trabalho (SEJU) em parceria com outras secretarias e com o Tribunal de Justiça do Paraná (TJPR) e o Instituto de Identificação do Paraná (IIPR), com o seguinte propósito:

(...) garantir a carteira de identidade, por meio da coleta de impressões digitais por biometria, a todas as crianças e adolescentes matriculados em escolas da rede pública estadual e municipal do Estado do Paraná, assegurando os direitos de cidadania e fortalecendo a rede de segurança pública contra desaparecimentos. Estão incluídos no Projeto, adolescentes que cumprem medida socioeducativa e recém-nascidos em maternidades do Estado (PARANÁ, 2018).

No tocante à assistência social, no ano de 2016, por meio do Decreto nº 8.869, foi elaborado o Programa Criança Feliz Paranaense, cuja finalidade é “promover um desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos, incentivando e orientando as famílias, por meio de visitas técnicas periódicas, a cuidarem melhor de suas crianças”. Além da assistência social, o programa está vinculado aos setores da cultura, educação, justiça e saúde para melhor atender os seus assistidos e “potencializar a proteção das crianças e suas famílias e contribuir para a redução da ocorrência de vulnerabilidades e riscos sociais a que estão expostos” (PARANÁ, 2016).

Além desses programas, o Centro Marista de Defesa da Infância, em parceria com o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA/PR), criou no ano de 2010 a plataforma denominada “CADÊ”, cujo lançamento ocorreu somente em maio de 2019.

Inspirado no “CADÊ? Brasil”, o CADÊ Paraná é uma Plataforma digital que reúne informações sobre a situação dos direitos humanos de meninos e meninas dos 399 municípios do Estado do Paraná. Com a ferramenta é possível visualizar, comparar e analisar dados oficiais sobre Saúde, Educação, Legislação, Habitação, Cidadania, Demografia, Economia e Justiça. A partir do conhecimento e utilização destes dados, os profissionais responsáveis pela gestão e execução das políticas de atendimento terão melhores condições para avaliar, planejar e desenvolver ações que beneficiem a população infanto-juvenil conforme suas reais prioridades (MPPR, 2019).

Nota-se que algumas instituições não governamentais e empresas privadas também desenvolvem projetos sociais na área a fim de contribuir com o poder público para a promoção dos direitos da criança e do adolescente, como o Centro Marista de Defesa da Infância que faz parte da iniciativa da Rede Marista de Solidariedade na

luta pela defesa dos direitos de crianças, adolescentes e jovens do Paraná (MPPR, 2019).

Outro exemplo é o Programa Empresa Amiga da Criança, vinculado à fundação Abrinq, que visa, por meio da concessão de um selo de comprometimento, angariar o apoio das instituições, sociedades e empreendimentos para que se responsabilizem com a causa da infância e juventude (ABRINQ).

Por fim, na esfera municipal, mais especificamente em Curitiba, destaca-se o Programa Mãe Curitibana que tem por propósito acompanhar as gestantes desde a concepção até o pós-parto, atendendo-a durante toda a gestação e promovendo cuidados à mãe e ao recém-nascido. O programa foi lançado, oficialmente em março de 1999 e desde então tornou-se referência para outros projetos a nível nacional e estadual (CARVILHE, 2007).

Conforme dados da Secretaria de Saúde de Curitiba, a taxa de mortalidade infantil na cidade, em 2019, foi uma das menores desde que se tem registro. “A redução da taxa chegou a 25,3%, considerando o período desde 2016, último ano da gestão anterior, quando a mortalidade infantil estava em 8,7 óbitos a cada 1 mil nascidos vivos”. O alcance desse índice, segundo o mesmo órgão, deveu-se, principalmente, às ações implementadas pela “Rede Mãe Curitibana Vale a Vida” (PARANÁ, 2020).

Além disso, o programa “Sinais de Alerta: a educação e o cuidado permanente das crianças” funciona como uma solução importante de prevenção e promoção de educação e saúde das crianças na capital paraense, visando desenvolver os processos de aprendizagem e bem-estar infantil. Trata-se de uma proposta de sensibilização dos profissionais da educação infantil, entre professores, coordenadores e diretores das escolas, para que saibam identificar “possíveis sinais que possam comprometer o desenvolvimento integral das crianças em seus aspectos físico, afetivo, social, intelectual e linguístico” (SME, 2017).

Verifica-se, portanto, que desde a criação do ECA e, mesmo antes, diversos programas, políticas e projetos foram discutidos, implementados e reelaborados, por atores públicos e privados no âmbito federal, estadual e municipal, para concretizar, na prática, os direitos previstos nas legislações.

4.4.4. Monitoramento e avaliação da política pública

A avaliação ou monitoramento de uma Política Pública é realizada com base nos princípios e diretrizes que a orientaram desde a origem e também na lei que a preconiza. No Brasil, os direitos fundamentais e sociais previstos na Constituição Federal constituem-se em uma série de compromissos e valores públicos que orientam não só a formulação e implementação da política pública, mas também a sua avaliação. Tanto que, dos fundamentos da Federação Brasileira mencionados no artigo 1º da Carta Magna, a promoção da cidadania e da dignidade humana tornaram-se um fator importante na construção e elaboração de programas e planos governamentais e na avaliação de sua efetividade e eficiência (BRASIL, 1988).

A observância desses conceitos não é ignorada pelos gestores que atuam na área da infância e juventude. Apesar das proporções que o ECA atingiu em benefício de muitas crianças e adolescentes, é inegável que há ainda muitos déficits de implementação de seus dispositivos que tornam necessárias revisões e atualizações regulares para adequá-lo às mudanças socioeconômicas, assim como aos reclamos dos setores da sociedade civil para o aperfeiçoamento dos direitos já conquistados.

Para tanto, a avaliação ou monitoramento, seja das legislações de proteção à infância e adolescência, seja das políticas transversais e intersetoriais que delas derivam, é indispensável para alinhar os discursos e alcançar os objetivos pretendidos. A avaliação busca verificar não só o comprometimento da política pública com os princípios fundantes de um Estado Democrático de Direito, como analisar o impacto de suas ações no contexto em que se propôs a atuar.

Nesse contexto, os indicadores sociais avultam-se como um dos principais critérios de avaliação dos efeitos da gestão pública e sua emergência, enquanto bases quantitativas e qualitativas, tem promovido a democratização e popularização das informações e dos programas ou atividades públicas efetivadas. Vale dizer, a utilização dos indicadores sociais que outrora estavam restritos unicamente ao controle da administração pública e ao conhecimento especializado, no presente momento passam a ser de domínio público, conferindo maior transparência às informações pertinentes à coletividade (JANNUZZI, 2012).

A atualidade e pertinência de sua utilização são perceptíveis nos debates acadêmicos e midiáticos, a respeito, por exemplo, das taxas de mortalidade e trabalho

infantil, mencionados no tópico anterior, e índices de violência entre crianças e adolescentes, objeto do presente trabalho.

Apesar da existência de um sistema de monitoramento não necessariamente implicar no zelo pela qualidade das ações, é um instrumento de acompanhamento e controle que contribui para a avaliação das políticas sociais. Sendo assim, uma das formas de garantir os direitos fundamentais da criança é a presença de indicadores que mostrem a importância da eliminação dos impedimentos ao desenvolvimento da criança e do desenvolvimento pleno de suas capacidades, tais como indicadores de mortalidade infantil, evasão escolar, cobertura vacinal, desenvolvimento cognitivo, habilidades emocionais e de comunicação (CAMPOS, 2017).

Nota-se que a difusão dos indicadores sociais, mais especificamente em sua dimensão político-social, contribui como alicerce para os diagnósticos governamentais e programas orientados à promoção da democratização e de acesso aos direitos pela população. A PNAD é instrumento importante para essa averiguação, já que produz resultados em todas as esferas da federação e realiza pesquisas “de forma permanente, acerca de características gerais da população, educação, trabalho, rendimento e habitação, e, com periodicidade variável, outros temas, de acordo com as necessidades de informação para o País, tendo como unidade de investigação o domicílio” (BRASIL, 2016).

A PNAD foi importante, por exemplo, na avaliação das medidas adotadas pelo Programa Brasil Carinhoso, criado em 2012 por meio da lei nº 12.722, para ampliação da oferta da educação infantil (BRASIL, 2012).

Isso porque, de acordo com a pesquisa realizada no ano seguinte à implementação do programa, a “pobreza na Primeira Infância era duas vezes a média brasileira e que a frequência em creches dos 10% mais ricos era três vezes maior que a taxa de frequência em creches dos 10% mais pobres”. A observância desses fatores foi fundamental para que houvesse a reedição do programa que passou a estabelecer a transferência obrigatória de recursos financeiros para as famílias mais pobres e apoio suplementar das crianças desse círculo familiar ao serem matriculadas nas creches (CAMPOS, 2017).

Ressalta-se, contudo, que no ano de 2016, a Medida Provisória nº 705, de 23 de dezembro de 2015 que instituiu o apoio financeiro suplementar foi extinta por decurso do prazo de sua vigência.

Recentemente, em outubro de 2020 durante as eleições municipais, a RNPI – Rede Nacional Primeira Infância lançou a plataforma digital denominada “OBSERVA”

(Observatório do Marco Legal da Primeira Infância) que foi criada para promover o monitoramento de políticas públicas brasileiras voltadas às crianças de 0 a 6 anos de idade, com destaque aos indicadores sociais dessa faixa etária e aos planos em prol da primeira infância. O objetivo, ainda, é “promover a capacitação de gestores públicos, jornalistas e atores da sociedade civil, visando a promoção dos direitos das crianças nessa faixa etária” (RNPI, 2020).

Para a efetividade das políticas públicas em prol do desenvolvimento na Primeira Infância é absolutamente fundamental contar com um sistema de monitoramento. O marco legal nos diz quais são os direitos das crianças, quem tem a responsabilidade de garantir esses direitos e, de alguma maneira, como esses direitos devem ser garantidos. Planos e programas apresentam ações e serviços que precisam ser implementados, mas nada disso garante que cada uma das pessoas tenha os serviços de que mais necessita. Para termos certeza de que as crianças realmente receberam os serviços de que elas necessitam precisamos de um sistema de monitoramento que avalie em que medida esses direitos estão realmente sendo garantidos ou se estão sendo negligenciados. Só com um sistema de monitoramento vamos saber exatamente quais são as verdadeiras necessidades de diferentes comunidades, grupos sociais e crianças e, portanto, seremos capazes de adequar a política social às necessidades da Primeira Infância (BRASIL, 2016).

Além dos índices mais populares como a mortalidade infantil, taxas de frequência à escola e imunização, outras medidas são igualmente importantes para avaliar o bem-estar e a qualidade de vida da população infanto-juvenil, como a medição do nível de desenvolvimento cognitivo e as habilidades de comunicação de crianças e adolescentes (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, o protocolo IRDI foi proposto por um grupo de pesquisadores brasileiros da área de psicologia para ser usado por profissionais da saúde, com o fim de observar sinais de risco psíquico para o desenvolvimento infantil, psicomotricidade, domínio da linguagem, aprendizagem, hábitos, socialização, enurese, hiperatividade, inibição escolar, entre outros. O instrumento consiste em 31 indicadores que são observados durante a interação da criança com a mãe nos seus primeiros 18 meses de vida e pode detectar alguns transtornos como depressão e o do espectro autista (MACHADO, 2014).

Todo esse sistema de monitoramento é importante para se desenhar uma política de promoção do desenvolvimento da primeira infância que vá muito além de eliminar impedimentos ao desenvolvimento da criança e passe, na verdade, a promover o desenvolvimento pleno das capacidades de cada uma delas.

Esses são apenas alguns exemplos de instrumentos e índices de desenvolvimento que são utilizados para medir os impactos e resultados das políticas públicas que se destinam ao público infantil e juvenil. Não restam dúvidas da importância que a abordagem do tema incita, principalmente em razão da distinção e relevância com que os indicadores sociais têm integrado os espaços de discussão na sociedade brasileira.

Os indicadores sociais, portanto, têm demonstrado expressão não só para a análise dos avanços e retrocessos das condições de vida da população, mas também para a avaliação da eficácia das políticas públicas no tocante às prioridades sociais

4.4.5. Extinção da Política Pública

Conforme analisado no tópico de formação da agenda e formulação da política pública, diversas políticas públicas foram extintas ao longo dos anos, sobretudo antes da promulgação da CF/88 e edição do ECA, para dar espaço aos projetos, programas e legislações que foram criados sob o viés da doutrina da proteção integral.

Uma das extinções mais emblemáticas foram a Política Nacional do Bem-Estar do Menor (PNBM) e das Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (FEBEMs), ambas criadas pela Fundação do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) durante o regime militar que teve início em 1964. Contudo, na década seguinte, a apuração das condições degradantes e violações de direitos humanos no interior das FEBEMs, que consistiam em um sistema de acolhimento socioeducacional de menores infratores, levaram à instauração da CPI do Menor em 1976 que recomendou a transferência da referida política para outro ministério. A extinção das FEBEMs, por outro lado, ocorreu somente em 1990, com a edição do ECA, e a partir das mobilizações contra a violência institucional e a negação de direitos da criança e do adolescente (MIRANDA, 2020).

Nos estados da Federação, as FEBEMs foram substituídas por instituições diversas com propósitos ressocializadores. Em São Paulo, por meio da Lei Estadual nº 12.469/06, foi instituída a Fundação CASA (Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente), com o fim de adequar o seu funcionamento com os ditames legais de proteção da infância e adolescência e a lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE (SÃO PAULO, 2006). No Paraná, os Centros de Socioeducação (Censes) e Casas de Semiliberdade do Paraná foram as alternativas

encontradas pela Secretaria da Justiça, Família e Trabalho (Sejuf) para compor o sistema socioeducativo do estado (PARANÁ, 2019).

No mesmo sentido de adequação da legislação com os preceitos do Estado Democrático de Direito propostos pela Constituição Federal, em 1990 o Código de Menores de 1979 foi substituído pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. A extinção do Código de Menores trouxe uma mudança significativa da proteção das crianças que eram inseridas em unidades de acolhimento e afastadas do convívio familiar unicamente por questões financeiras e também dos adolescentes que eram internados em centros de socioeducação, mesmo não sendo verificada a prática de ato infracional. A destituição do poder familiar dos pais em situação de pobreza e a internação dos jovens por atitudes consideradas “desvios de conduta”, em vez de proporcionar a garantia da dignidade e integridade das crianças e adolescentes, desencadeou resultados pouco efetivos no âmbito das políticas públicas da infância e juventude, tornando necessária uma mudança de paradigma (MPPR, 2018).

Em abril de 2019, no início da atual gestão do governo federal, foi publicado o decreto nº 9.759 que extinguiu e estabeleceu “diretrizes, regras e limitações para os colegiados da administração federal direta, autárquica e fundacional” criados por atos normativos infralegais. No conceito de colegiado foram incluídos os Conselhos, Comitês, fóruns, entre outros, cuja função é promover a participação popular nas decisões da gestão e na criação de políticas públicas (BRASIL, 2019). Dentre os conselhos que seriam extintos pelo referido decreto estava o Conselho Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil (Conaeti) que tem como atribuição “o acompanhamento da execução do Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil, por ela elaborado em 2003” (BRASIL, 2015).

As medidas que entrariam em vigor em junho, contudo, não chegaram a ser efetivadas, eis que, antes disso, o Supremo Tribunal Federal (STF), por maioria dos votos, concedeu uma liminar na ADI (ação direta de inconstitucionalidade) proposta pelo Partido dos Trabalhadores (PT), limitando o alcance do decreto supracitado. Alguns meses depois, em setembro, a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Decreto Legislativo (PDL) nº 113/19 que suspendeu o decreto presidencial, por desrespeito aos princípios constitucionais da publicidade, da legalidade e da transparência (BRASIL, 2019).

Nota-se, a partir desses casos exemplificativos, que tanto a manutenção quanto a extinção das políticas públicas dependem de uma série de fatores temporais

e ideológicos como contexto histórico, grau de participação da população e opção política, poder e influência dos gestores públicos. A política da infância e juventude, ainda que busque resgatar e manter as suas bases normativas e principiológicas iniciais, continua em constante transformação e dando início a novos ciclos.

5) RESULTADOS E DISCUSSÃO

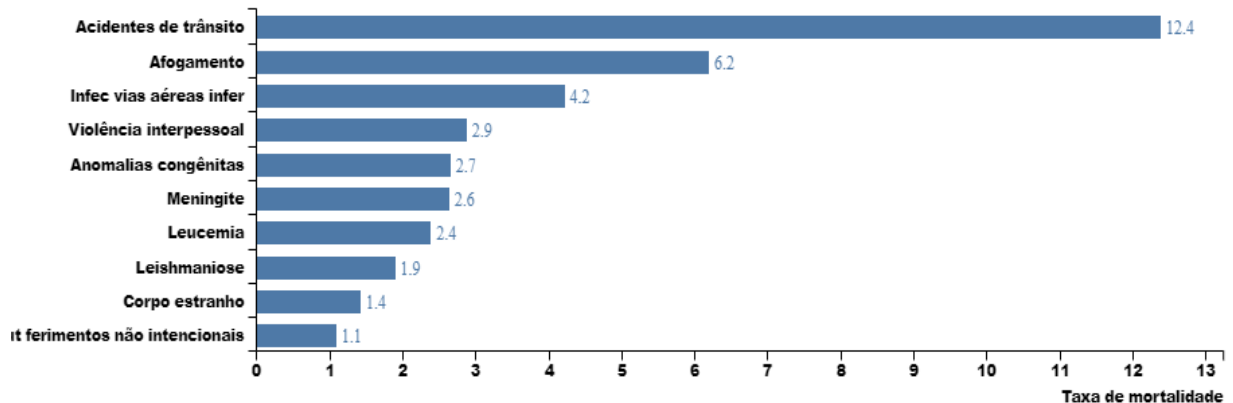
Conforme abordado anteriormente, as estatísticas e dados produzidos por órgãos competentes são essenciais para mapear, no Brasil e em suas regiões, o perfil epidemiológico e a incidência da violência praticada contra crianças e adolescentes. A informação e o conhecimento são aliados importantes para a prevenção, a promoção e controle desse agravo que constitui uma das principais causas de mortalidade não só no Brasil, como no estado do Paraná, entre o público de 5 a 14 anos.

A percepção da gravidade do problema é notável quando se analisa que no período compreendido entre os anos de 1990 a 2017, ou seja, em menos de 30 anos, as mortes decorrentes da violência interpessoal ascenderam duas posições no ranking das principais causas de morte brasileira entre crianças e adolescentes. Embora os acidentes de trânsito ainda se constituam o problema que mais ocasiona o óbito dos jovens brasileiros na atualidade, é perceptível que a violência, enquanto causa externa de mortalidade, superou as mortes decorrentes de afogamentos e infecções das vias aéreas, antes prevalentes.

Os gráficos 1 e 2 apresentam um comparativo das principais causas de mortalidade, entre crianças e adolescentes, no contexto nacional entre os anos de 1990 e 2017, último ano de atualização dos dados disponibilizados pelo Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Gráfico 1: Principais causas de mortalidade na faixa etária de 5 a 14 anos em 1990 no Brasil

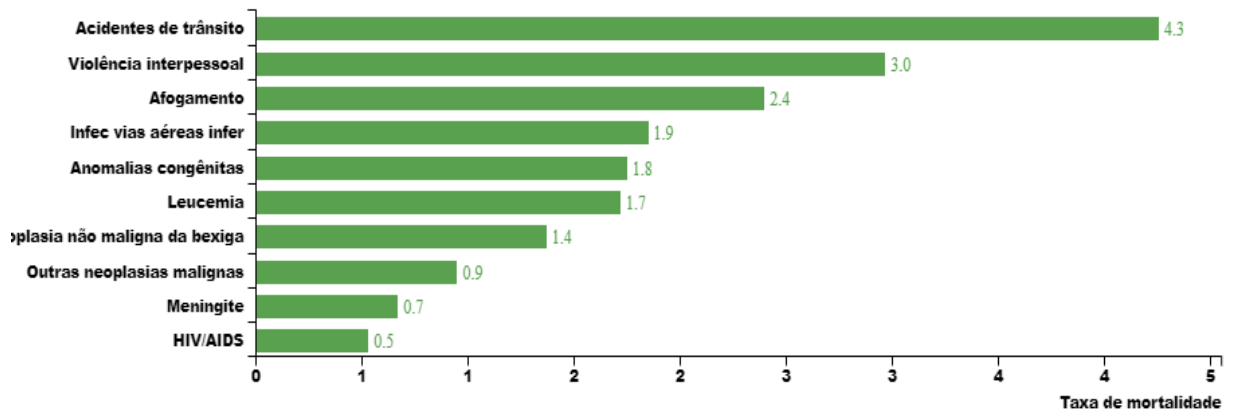
10 principais causas de mortalidade em Brasil, ambos 5-14 anos, 1990



Fonte: Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>.

Gráfico 2: Principais causas de mortalidade na faixa etária de 5 a 14 anos em 2017 no Brasil

10 principais causas de mortalidade em Brasil, ambos 5-14 anos, 2017



Fonte: Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>.

Nota-se, portanto, que no intervalo de menos de trinta anos, a violência interpessoal ascendeu da quarta para a segunda posição das principais causas de mortalidade no Brasil, sendo que atualmente não é superior apenas aos acidentes de trânsito.

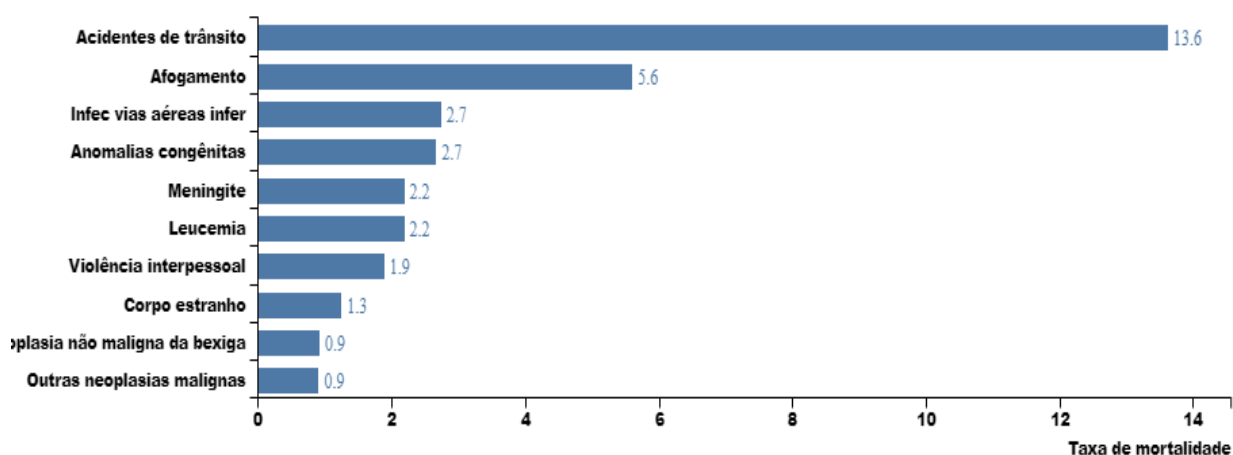
A situação é ainda mais preocupante a nível estadual, já que, em relação ao mesmo grupo etário, utilizando-se anos iguais de referência, a ascensão da violência interpessoal como causa de mortalidade dos jovens no Estado do Paraná foi ainda maior que no Brasil. Isso porque, no ano de 1990, a violência ocupava a sétima

posição no *ranking* das causas de mortalidade, subindo para segunda colocação do gráfico no ano de 2017.

Os gráficos 3 e 4 apresentam o mesmo comparativo, em período equivalente, em relação ao Estado do Paraná.

Gráfico 3: Principais causas de mortalidade na faixa etária de 5 a 14 anos em 1990 no Paraná

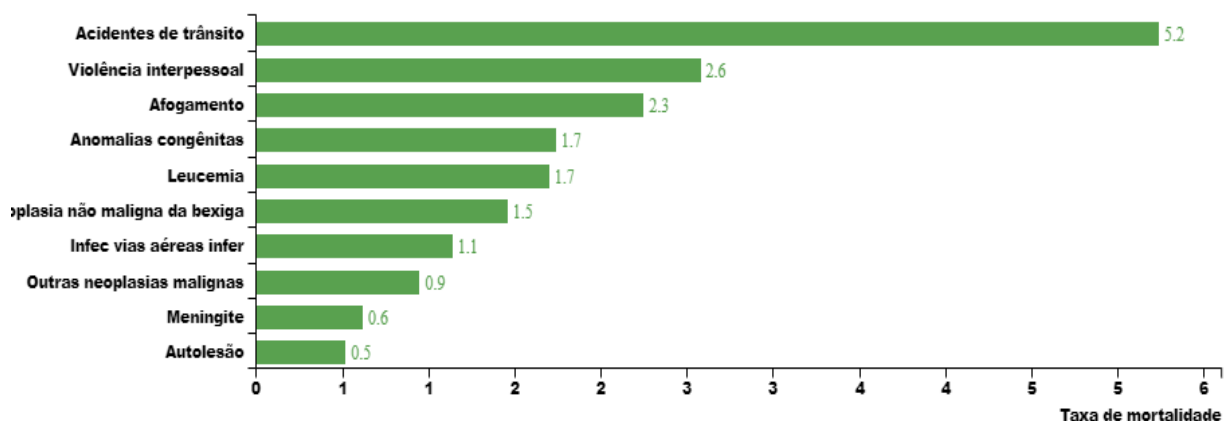
10 principais causas de mortalidade em Paraná, ambos 5-14 anos, 1990



Fonte: Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>.

Gráfico 4: Principais causas de mortalidade na faixa etária de 5 a 14 anos em 2017 no Paraná

10 principais causas de mortalidade em Paraná, ambos 5-14 anos, 2017



Fonte: Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>.

A discrepância nas posições evidencia um aumento substancial no registro do número de casos violentos, já que, anteriormente ao ano de 2017, as causas

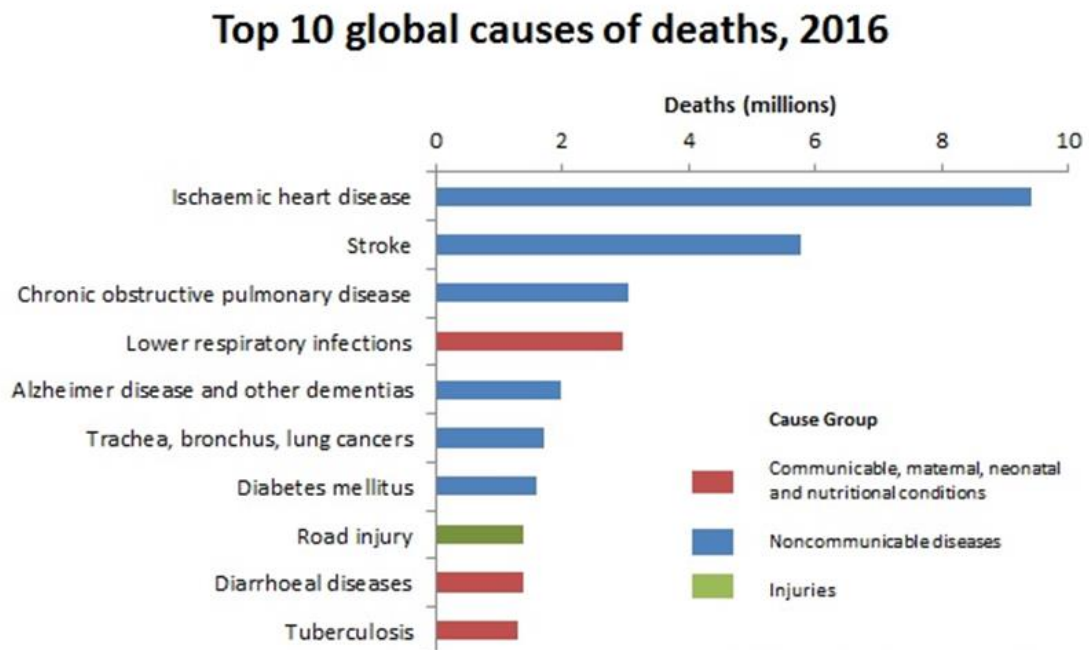
relativas a afogamento, infecções de vias aéreas, anomalias congênitas e leucemia eram mais preponderantes.

Causa estranha, por outro lado, que, a nível mundial, a violência sequer avulta na lista das principais causas de morte que, no ano de 2016, foi liderada pelos acidentes de trânsito, infecções respiratórias (pneumonia), suicídio, infecções intestinais (diarreia) e afogamentos, conforme dados da OMS (WENTZEL, 2017).

O gráfico de nº 5, abaixo representado, apresenta o ranking das principais causas de mortalidade no mundo. São elas: 1ª) Cardiopatia isquêmica; 2ª) Acidente vascular cerebral (AVC); 3ª) Doença pulmonar obstrutiva crônica; 4ª) Infecções das vias respiratórias inferiores; 5ª) Alzheimer e outras demências; 6ª) Câncer de pulmão, traqueia e brônquios; 7ª) Diabetes mellitus; 8ª) Acidentes de trânsito; 9ª) Doenças diarreicas e 10ª) Tuberculose.

Os dados compilados revelam que a incidência da violência varia de uma localidade para outra e está intimamente atrelada a questões de caráter socioeconômico, tanto que sequer desponta como causa de mortalidade a nível mundial.

Gráfico 5: Principais causas de mortalidade no mundo



Fonte: Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2016. Geneva, World Health Organization

A respeito da mortalidade na cidade de Curitiba, destaca-se o resultado do Mapa da Violência de 2012 que, com base nos registros disponibilizados pelo SIM/MS, analisou o número e a taxa de homicídios ocorridos nas capitais brasileiras que vitimaram crianças e adolescentes de 0 a 19 anos no período de 2000 a 2010 (BRASIL, 2012). A partir dos registros, infere-se que o número de homicídios teve uma variação percentual de 82,8 e a taxa de homicídios a cada 100 mil crianças e adolescentes foi de 104,8 no intervalo de dez anos, conforme tabela 1.

Tanto que comparativamente ao ano de 2000, em que Curitiba ocupava a 17ª posição no *ranking* das capitais com maior taxa de homicídio de crianças e adolescentes, no ano de 2010 o município paranaense passou a figurar na 8ª colocação, subindo quase dez posições (BRASIL, 2012).

Tabela 1: Número e taxa de homicídios de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos em Curitiba (2000-2010).

Ano	Número de Homicídios	Taxa de homicídio (em 100 mil)
2000	99	18,1
2001	75	13,4
2002	106	18,7
2003	119	20,6
2004	125	21,3
2005	169	27,8
2006	183	29,6
2007	189	33,9
2008	200	36,4
2009	171	32,9
2010	181	37,0

$\Delta\%$	82,8	104,8
------------	------	-------

De forma complementar, de acordo com os dados do SINAN, entre 2009 e 2018, Curitiba contabilizou o total de 18 óbitos por violência entre a faixa etária de 0 a 19 anos, sendo que destes 02 são referentes às crianças menores de 01 ano, 02, às crianças entre 05 e 09 anos, 4 aos adolescentes entre 10-14 anos e 10 entre adolescentes de 15 a 19 anos.

Ressalta-se que as diferenças de níveis ocupadas pela violência nos referidos *rankings*, bem como os números e taxas de homicídios não estão diretamente relacionados ao aumento do número de casos. Conforme abordado nos tópicos anteriores, a notificação da violência pelos profissionais da saúde somente se tornou compulsória a partir do ano de 2011, por meio Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, o que concorreu para a alteração da proporção e do fluxo de registros nas unidades de atendimento.

Sendo assim, da análise dos gráficos, não há como inferir que o aumento dos casos é o único elemento a ser considerado, já que os registros não levam em consideração as subnotificações.

O mesmo pode-se afirmar em relação aos dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que também esbarra nas limitações inerentes às subnotificações. Isso não desvalida, contudo, a importância do sistema como ferramenta de mapeamento do perfil epidemiológico de diversos agravos. Embora não se possa apostar na total fidedignidade dos dados em análise com a realidade, as informações extraídas desse sistema são mais que suficientes para compor o contexto e as circunstâncias em que a violência contra crianças e adolescentes se desenvolve (ROLIM et al., 2014).

Ainda, é extremamente viável conceber um material que contribua com a compreensão desse problema na esfera municipal, mais precisamente na cidade de Curitiba, nos últimos dez anos.

Ressalta-se, inicialmente, que os dados que serão analisados a seguir são de caráter secundário e foram obtidos por meio do endereço eletrônico vinculado ao SINAN/NET, estando adstritos à categoria interpessoal, que abarca a violência intrafamiliar e comunitária, e autoprovocada. Como mencionado no capítulo dedicado à revisão da literatura, a violência intrafamiliar é aquela que atinge os membros da

família, como crianças, adolescentes, parceiros e idosos que venham a coabitar ou não, enquanto a comunitária ocorre no ambiente social em geral, entre pessoas conhecidas ou desconhecidas, ressalvadas as interações de origem familiar. A autoprovocada, por sua vez, compreende os suicídios e as ideações suicidas.

Feitas essas observações, evidencia-se que, no período de 2009 a 2018, nas Instâncias que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Paraná, foram registrados ao todo 82.028 casos de violência entre crianças e adolescentes, entre a faixa etária de 0 a 19 anos de idade, conforme Tabela 2.

Salienta-se que, conforme dados da Secretaria de Saúde, entre os anos de 2010 a 2011, foram notificados no Paraná 8.775 casos de violência, sendo que destes 3.971, ou seja, 45% referem-se às agressões praticadas contra crianças e adolescentes (MPPR, 2012).

Mais uma vez é preciso destacar que a partir de 2011, ano de edição da portaria nº 104, o número de casos se intensificou consideravelmente, sendo que, comparativamente ao ano de 2018, em que foram registrados 17.624 casos de violência contra crianças e adolescentes, a proporção foi oito vezes maior em comparação a 2011, ano que foram contabilizadas 2.485 ocorrências.

Tabela 2: Número de casos de violência entre crianças e adolescentes no Paraná (2009-2018).

Ano	< 10 Anos	10 - 19 Anos	TOTAL
2009	608	556	1.164
2010	825	853	1.678
2011	920	1.565	2.485
2012	1.864	2.908	4.772
2013	2.532	3.893	6.425
2014	4.620	5.266	9.886
2015	4.759	5.882	10.641
2016	5.218	6.776	11.994

2017	6.431	8.928	15.359
2018	7.580	10.044	17.624
TOTAL	35.357	46.671	82.028

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Verifica-se, outrossim, que, à exceção do ano 2009, em todos os demais, o número de casos de violência mostrou-se maior entre os adolescentes (10-19 anos) comparativamente às crianças (<10 anos).

Dentre os fatores que podem estar associados à prevalência do registro de violência entre os adolescentes, um deles diz respeito ao grau de maturidade e discernimento que possuem e que, relativamente aos infantes, os tornam mais propensos a recorrer ao auxílio das autoridades competentes. Ressalta-se que muitos atos violentos, sobretudo os de cunho sexual, ocorrem na clandestinidade e distante da presença de testemunhas oculares, o que pode favorecer o anonimato dos que se aproveitam da vulnerabilidade da vítima.

Além disso, os adolescentes são mais suscetíveis a serem vítimas de atos violentos do que as crianças. De acordo com Minayo (1990), “a etapa da vida humana de maior risco de mortes por causas violentas é a de 10 a 19 anos, portanto a adolescência”.

Segundo os estudiosos, a adolescência é marcada por conflitos de identidade e instabilidade comportamental, tornando-os mais sucessíveis aos riscos e a serem cooptadas por agressores, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e econômica (BRASIL, 2018).

Esse cenário, no entanto, difere-se ao se observar os dados da cidade de Curitiba, cuja incidência dos casos de violência mostrou-se ligeiramente maior entre o público com menos de 10 anos no mesmo período de referência.

A análise dos dados permite a investigação e ponderação de inúmeros fatores que costumam estar associados à ocorrência da violência entre o público infanto-juvenil. Por outro lado, exclui a possibilidade de se efetuar a padronização dos condicionantes desse fenômeno quando em exame localidades distintas, já que cada comunidade, grupo familiar ou região possui especificidades, as quais devem ser avaliadas separadamente.

Verifica-se, inicialmente, que dos 82.028 casos paranaenses (Tabela 2), 26.735 estão concentrados no município de Curitiba (Tabela 3) que, por sua vez, abriga a maior quantidade de habitantes do estado.

De acordo com dados do IBGE, a estimativa de habitantes na capital paraense, em 2020, era de 1.948.626 habitantes, sendo a cidade mais populosa do estado do Paraná que, no mesmo ano, apresentou uma população estimada de 10.444.526 pessoas (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, torna-se justificável que Curitiba comporte cerca de 32% dos casos totais de violência contra crianças e adolescentes verificados no Paraná que reúne, ao todo, 399 municípios.

Tabela 3: Frequência por Ciclo de Vida segundo Ano da Notificação em Curitiba, Paraná (2009-2018)

Ano	< 10 Anos	10 - 19 Anos	TOTAL
2009	339	227	566
2010	344	195	539
2011	309	279	588
2012	893	794	1.687
2013	1.040	1.108	2.148
2014	-	-	-
2015	2.621	2.344	4.965
2016	2.443	2.364	4.807
2017	2.680	2.903	5.583
2018	2.763	3.089	5.852
TOTAL	13.432	13.303	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

A semelhança dessas informações comparativamente às do Paraná é de que, principalmente entre os anos 2011 e 2018, houve uma elevação notável no registro anual de casos que chegou a ser quase dez vezes maior no referido período.

A diferença reside na incidência da violência no público infantil que, em contraposição às estatísticas paranaenses, se mostrou mais acentuada em relação ao juvenil. À exceção dos dois últimos anos, 2017 e 2018, as notificações foram maiores entre os indivíduos com menos de 10 anos do que entre a faixa etária de 10 a 19 anos.

A maior inclusão das crianças no ambiente escolar é um elemento que contribui para o aumento das notificações. A mudança de comportamento de alunos que são vítimas de violência doméstica ou a presença de vestígios físicos decorrentes de maus tratos, por exemplo, muitas vezes são percebidos pelos educadores que tomam as providências cabíveis (PÍNEA et al., 2011).

A evasão escolar, por outro lado, é a mais comum entre os adolescentes que, ao abandonarem os estudos por questões diversas, acabam perdendo um vínculo importante com a rede de proteção, a qual inclui a atuação dos profissionais da educação. De acordo com a PNAD:

(...) a passagem do ensino fundamental para o médio acentua o abandono escolar, uma vez que aos 15 anos o percentual de jovens quase dobra em relação à faixa etária anterior, passando de 8,1%, aos 14 anos, para 14,1%, aos 15 anos. Os maiores percentuais, porém, se deram a partir dos 16 anos, chegando a 18,0% aos 19 anos ou mais (BRASIL, 2020).

Desse modo, por distinguir-se conforme cada faixa etária em estudo, a taxa de escolarização constitui-se em um fator relevante de interferência no quórum de notificações.

Sob uma análise geral dos dados, a incidência da violência é praticamente equivalente entre as faixas etárias, já que corresponde a 50,3% dos casos na infância (de 0 a 10 anos) e 49,7%, na adolescência (de 10 a 19 anos).

Por outro viés, ao se esmiuçar as idades dentro de cada fase de vida, verifica-se que, entre 2009 e 2011, as notificações eram maiores em relação às crianças menores de 1 ano e adolescentes com mais de 15 anos, conforme tabela 4.

Tabela 4: Frequência por faixa etária segundo ano da notificação em Curitiba/PR (2009-2018)

Ano	< 1 ano	01-04	05-09	10-14	15-19	TOTAL
2009	185	92	62	96	131	566
2010	185	84	75	75	120	539

2011	179	65	65	98	181	588
2012	277	260	356	417	377	1.687
2013	415	276	349	617	491	2.148
2014	-	-	-	-	-	-
2015	861	686	1.074	1.203	1.141	4.965
2016	732	760	951	1.187	1.177	4.807
2017	721	886	1.073	1.439	1.464	5.583
2018	699	902	1.162	1.575	1.514	5.852
TOTAL	4.254	4.011	5.167	6.707	6.596	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

O panorama se modificou a partir de 2011, quando, então, os registros passaram a ser maiores entre os jovens de 10 a 14 e os de 15 a 19 anos, aproximando-se mais do contexto paraense em que a prevalência dos casos é maior entre os adolescentes. Novamente, verifica-se que o ano de 2011 se tornou um divisor de águas no cenário das notificações.

No tocante à faixa etária, a mais atingida no período total de dez anos, em números absolutos, é a de 10-14 anos que soma 25,08%, seguida a faixa de 15-19 anos com 24,6%.

Destaca-se que as violências decorrentes do trabalho infantil, como o abuso sexual, e a própria exploração da mão-de-obra em si são mais frequentes a partir da adolescência. Isso porque se caracteriza como um período em que os jovens provenientes das classes mais pobres são impelidos a auxiliar com o sustento do núcleo familiar (BRASIL, 2018).

Superada a análise quanto à idade, as características das vítimas, como sexo e raça, também se mostram relevantes para a avaliação do “risco social” de cada um desses grupos.

Em relação ao sexo, as proporções são semelhantes entre o sexo masculino (46,8%) e o feminino (53,2%), havendo, contudo, uma preponderância deste último, conforme tabelas 5 e 6.

Ainda que os dados se limitem ao “sexo”, aqui entendido tão somente como o atributo biológico do ser humano - excluída a concepção de identidade sexual - a questão de gênero deve ser considerada, uma vez que os registros de violência são maiores entre as mulheres. Como reflexo das desigualdades de gênero que historicamente afetam as mulheres, estas estão significativamente mais propensas à violência doméstica e sexual que já se inicia na infância e adolescência (BRASIL, 2018).

Tabela 5: Frequência por sexo segundo ano de notificação em Curitiba/PR (2009-2018)

Ano	Ignorado	Masculino	Feminino	TOTAL
2009	8	230	328	566
2010	8	228	303	539
2011	1	264	323	588
2012	4	836	847	1.687
2013	6	1.041	1.101	2.148
2014	-	-	-	-
2015	9	2.423	2.533	4.965
2016	10	2.283	2.514	4.807
2017	-	2.534	3.049	5.583
2018	-	2.625	3.227	5.852
TOTAL	46	12.464	14.225	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Verifica-se, ao longo do período em análise, que embora o número de casos da população masculina tenha se aproximado da feminina não chegou a ultrapassá-la em nenhum dos anos de referência.

Tabela 6: Frequência por sexo segundo faixa etária em Curitiba/PR (2009-2018).

Ano	Ignorado	Masculino	Feminino	TOTAL
< 1 ano	46	2.163	2.045	4.254
1-4 anos	46	1.993	2.018	4.011
5-9 anos	-	2.935	2.232	5.167
10-14 anos	-	3.012	3.695	6.707
15-19 anos	-	2.361	4.235	6.596
TOTAL	-	12.464	14.225	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Dentre a população sobressalente, que é a feminina, a faixa etária que mais reuniu registro de casos de violência foi a de 15-19 anos com 29,77%, seguida da faixa de 10-14 anos que somou 25,9%. Outrossim, do total do número de ocorrências no público masculino (12.464) a faixa de 10-14 anos somou 24,1%, enquanto a de 5-9 anos contabilizou 23,5%.

Constata-se, desse modo, que a violência atinge as faixas etárias de formas distintas a depender do sexo da vítima, sendo que, entre as mulheres, as adolescentes são mais afetadas e, entre os homens, as crianças. Isso demonstra que os meninos são mais vulneráveis na infância que na adolescência, ao passo que, para as meninas, o crescimento e o amadurecimento, inerentes ao ciclo progressivo de vida, não interfere significativamente.

De forma semelhante à questão de gênero, as estatísticas relativas à raça também estampam um problema social e estrutural que associa a violência à cor da pele das crianças e adolescentes. No cenário nacional, em 2018, 57,5% das crianças e adolescentes vítimas de violência eram negras/pardas, enquanto 41,6% eram brancas (BRASIL, 2018).

Em Curitiba, esse panorama se inverte, já que 69,9% das crianças e adolescentes vítimas de violência são brancas, enquanto cerca de 20,2% são negras (pretas e pardas), conforme as tabelas 7 e 8.

Tabela 7: Frequência por raça segundo ciclo de vida em Curitiba/PR (2009-2018).

Ciclo de vida	Ign/Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	TOTAL
<10 anos	1.405	9.361	340	47	2.257	22	13.432
10-19 anos	1.049	9.343	462	64	2.358	27	13.303
TOTAL	2.454	18.704	802	111	4.615	49	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Percebe-se que a faixa etária pouco interfere no número de casos por raça, já que comparando o ciclo de indivíduos menores de 10 anos com os de 10-19 anos, a diferença dos registros dentro da própria população, branca, preta, amarela, parda e indígena, é quase irrelevante.

Tabela 8: Frequência por raça segundo ano de notificação em Curitiba/PR (2009-2018).

Ano	Ign/Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	TOTAL
2009	46	416	23	5	75	1	566
2010	33	390	17	1	96	2	539
2011	22	397	28	3	136	2	588
2012	218	1.098	35	8	322	6	1.687
2013	213	1.439	61	10	422	3	2.148
2014	-	-	-	-	-	-	-
2015	634	3.201	137	18	969	6	4.965
2016	573	3.271	140	19	795	9	4.807

2017	642	3.962	153	13	802	11	5.583
2018	73	4.530	208	34	998	9	5.852
TOTAL	2.454	18.704	802	111	4.615	49	26.735

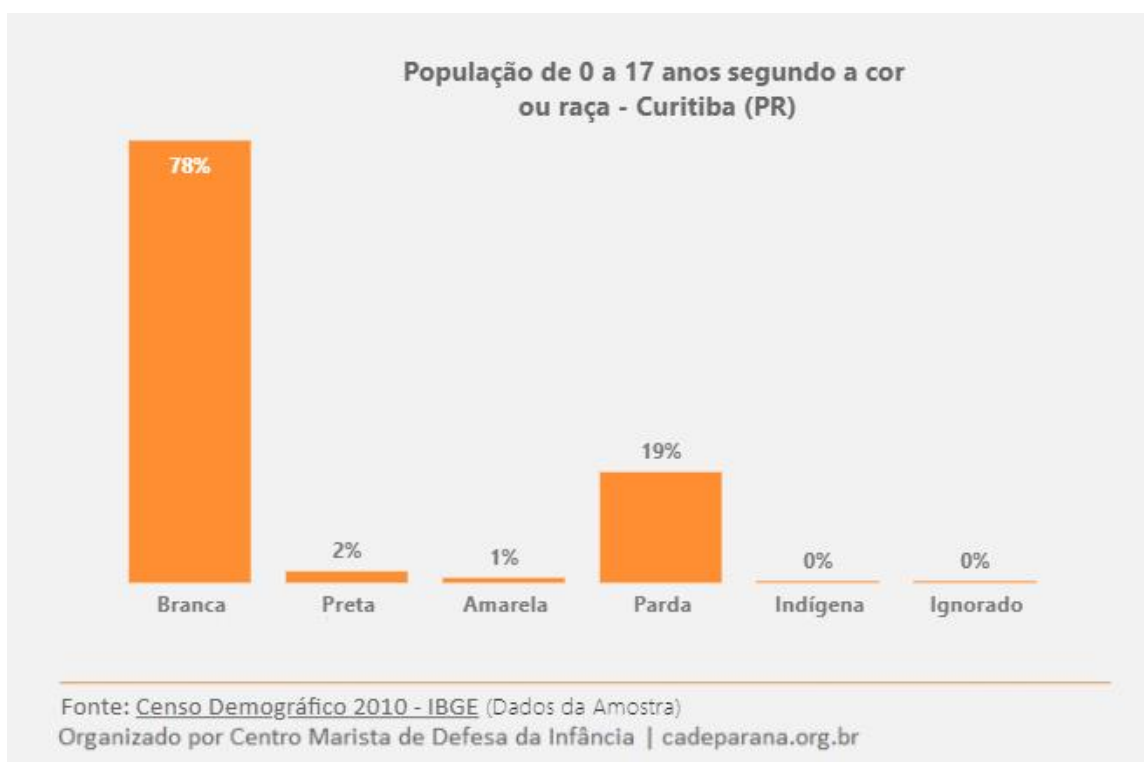
Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

No mesmo sentido, da análise dos registros ao longo dos anos, verifica-se que os aumentos são proporcionais entre todas as raças, não havendo nenhuma que, proporcionalmente, tenha apresentado um aumento ou diminuição mais significativo que a outra.

Salienta-se que, de acordo com o último censo demográfico disponibilizado pelo IBGE, em 2010, 78% das crianças e adolescentes residentes em Curitiba são brancas, 19% são pardas e apenas 2% são pretas, conforme demonstrado no gráfico 5.

Portanto, levando-se em consideração essa proporção, o número de crianças e adolescentes negros (pretos/pardos) que são vítimas de violência mostra-se bastante considerável, mesmo em Curitiba em que a população é majoritariamente branca.

Gráfico 6: Proporção da população de 0 a 17 anos segundo a cor ou raça, em Curitiba-PR



Seguida da população branca e da negra, as crianças e adolescentes amarelas, que integram o grupo de pessoas de origem asiática, correspondem a apenas 0,41% das vítimas de violência e 1% da população curitibana infanto-juvenil.

No tocante às crianças e adolescentes indígenas, que correspondem a menos de 1% da população curitibana, 0,18% são vítimas de violência.

Observa-se, por conseguinte, que o perfil majoritário das crianças e adolescentes vítimas de violência, em Curitiba, é de adolescentes mulheres, de cor branca, e maiores de 10 anos.

Além das crianças e adolescentes, é preciso identificar e conhecer o perfil dos que provocam a violência, os agressores. Dentre os casos notificados com informação sobre o agressor, verifica-se que 97,8% dos casos de violência foram praticados pelos pais; 4,4% por padrastos e madrastas; 0,8 % por namorado (a); 4,7% por conhecidos da vítima; 5,04% por desconhecidos; 0,35% por cuidadores e 0,2% por policiais ou agentes da lei. Vejamos:

Especificamente em relação ao pai, o número de casos registrados corresponde a 37,8% do total, estando incluído tanto o vínculo biológico como o afetivo. O ciclo de vida mais afetado mostrou ser das crianças com menos de 10 anos de idade, conforme tabela 9.

Tabela 9: Número de casos praticados pelo pai segundo Ciclo de Vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<10 anos	5.460	7.645	203	124	13.432
10-19 anos	4.647	8.451	98	107	13.303
TOTAL	10.107	16.096	301	231	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

A mãe, por sua vez, é identificada como a principal perpetuadora do ciclo de violência em 60,03% dos casos notificados. Assim como ocorre com o pai, o registro leva em consideração a relação biológica e a afetiva entre a vítima e o agressor. Mais uma vez, a incidência é maior em relação às crianças com menos de 10 anos de

idade, abarcando os bebês de até dois anos que possuem maior proximidade com a genitora, conforme tabela 10.

Tabela 10: Número de casos praticados pela mãe segundo Ciclo de Vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<10 anos	9.403	3.817	126	86	13.432
10-19 anos	6.647	6.476	77	103	13.303
TOTAL	16.050	10.293	203	189	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Destaca-se que a quantidade de casos de violência que têm a mãe como principal agressora são justificados pela própria estrutura das famílias brasileiras que, histórica e socialmente, reduz a mulher à realização das funções domésticas, delegando-as como principais responsáveis pelos cuidados dos filhos. Não se ignora, ainda, a grande quantidade de famílias monoparentais femininas cuja composição reduzida impõe que as mães sejam as únicas responsáveis pelo sustento e educação das crianças e adolescentes que estão sob sua guarda.

Há, portanto, um fator social, voltado às questões de gênero e ao machismo estrutural, que se mostra indispensável para compreender os determinantes por trás dos referidos números que, se observados friamente e fora do contexto, podem colocar as mães em posições injustas.

Na sequência, os casos em que os padrastos figuraram como agressores somaram 3,9% dos registros. Diferentemente dos genitores, a maior frequência de violência, nesse quesito, está concentrada entre os jovens que contam com mais de 10 anos de idade, conforme tabela 11.

Tabela 11: Número de casos praticados por padrasto segundo Ciclo de Vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
----------------------	-----	-----	----------	-----------	--------------

<10 anos	486	12.664	124	158	13.432
10-19 anos	558	12.532	78	135	13.303
TOTAL	1.044	25.196	202	293	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Com um índice bem inferior em comparação aos padrastos, o número de registros que indicam as madrastas como agressoras correspondem somente a 0,53% do total de casos. Ainda que observada uma diferença ínfima no registro entre crianças e adolescentes, o público com menos de 10 anos aparece como principal vítima, conforme tabela 12.

Tabela 12: Número de casos praticados por madrasta segundo Ciclo de Vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<10 anos	73	10.493	78	2.788	13.432
10-19 anos	69	10.692	58	2.484	13.303
TOTAL	142	21.185	136	5.272	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

A categoria em que a violência é atribuída ao namorado ou namorada da vítima deve se restringir ao público adolescente, em que pese possa se verificar a notificação de alguns casos contra crianças menores de dez anos, conforme dados da tabela 13.

Salienta-se que o ordenamento jurídico põe a salvo a dignidade sexual de crianças e adolescentes ao considerar que a prática de conjunção ou atos libidinosos diversos desta, como beijos e toques lascivos, com menores de quatorze anos, é presumidamente violenta, ainda que consentida pela vítima. O indivíduo imputável que incide nessas condutas e em outras relativas à exploração sexual de crianças e

adolescentes é responsabilizado criminalmente com sanções previstas no ECA e Código Penal, tais como a do artigo no artigo 217-A¹³ (BRASIL, 1940).

Portanto, realizar registros de violências praticadas por namorados (as) contra crianças e adolescentes menores de 14 anos viola preceitos normativos e morais que os impedem de dispor da dignidade sexual.

Nesse sentido, a faixa etária dos 15 aos 19 anos é a única que pode ser considerada para essa categoria, já que os adolescentes nesse ciclo de vida gozam, relativamente, do direito à liberdade sexual.

Tabela 13: Número de casos praticados por namorado(a) segundo Faixa etária em Curitiba/Paraná (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<1 ano	3	4.178	12	61	4.254
1-4 anos	2	3.931	25	53	4.011
5-9 anos	2	5.093	20	52	5.167
10-14 anos	89	6.524	31	63	6.707
15-19 anos	130	6.357	35	74	6.596
TOTAL	226	26.083	123	303	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Os amigos e conhecidos englobam todos aqueles que não mantêm nenhuma relação de parentesco com a vítima, mas que possuem afinidade com ela, podendo ser um vizinho ou um amigo dos pais e da família. Estes, como mencionado anteriormente, são responsáveis por 4,7% dos casos de violência, conforme tabela 14. Observa-se, a partir dos dados, que aproximadamente 70% do total de jovens vitimados contam com mais de 10 anos de idade, estando, portanto, mais vulneráveis às pessoas “conhecidas”.

¹³Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Tabela 14: Número de casos praticados por amigos/conhecidos segundo Ciclo de Vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<10 anos	374	12.702	201	155	13.432
10-19 anos	901	12.148	133	121	13.303
TOTAL	1.275	24.850	334	276	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Os que não possuem nenhum vínculo de parentesco ou de afeto com a criança e adolescente estão identificados como “desconhecidos” e concorrem para 5,04% dos registros, ou seja, mais do que as pessoas definidas como “conhecidas/amigas”. Uma observação que merece destaque é de que cerca de 91,15% dos casos vitimaram jovens de 10 a 19 anos, conforme tabela 15. Isso significa que as ações violentas praticadas por pessoas desconhecidas e verificadas, normalmente, nas ruas e em espaços públicos, alcançam muito mais os adolescentes que as crianças.

Tabela 15: Número de casos praticados por desconhecido segundo Ciclo de Vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<10 anos	119	12.977	178	158	13.432
10-19 anos	1.227	11.847	128	101	13.303
TOTAL	1.346	24.824	306	259	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Os cuidadores compreendem os pais sociais, educadores e as chamadas “babás” que possuem dever de cuidado em relação à criança e ao adolescente vítima da violência e abusam do poder e da confiança depositada pelos responsáveis. Estão identificados em 0,35% do total de casos, conforme tabela 16. Como era de esperar,

a maioria dos registros está concentrada entre as crianças menores de 10 anos que são as que demandam mais cuidados.

Tabela 16: Número de casos praticados por cuidadores segundo Ciclo de Vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<10 anos	76	13.065	127	164	13.432
10-19 anos	20	13.088	53	142	13.303
TOTAL	96	26.153	180	306	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

A violência empregada por policiais ou agentes da lei constitui-se em um registro importante pela própria gravidade do ato em si. Torna-se ainda mais preocupante quando a abordagem se direciona à adolescência. Trata-se de violência institucional resultante da atuação truculenta dos agentes estatais que, ao assumirem a função de garantidores da ordem e da justiça, utilizam-se da força e do poder para se fazerem atendidos e respeitados (BRASIL, 2018). Justificadamente, não há registros de ações violentas praticadas por agentes estatais contra crianças menores de 10 anos. O mesmo não se pode dizer da faixa etária que compreende os jovens de 10 a 19 anos que, em 0,2% dos casos, no período de 10 anos, foram vítimas de violência institucional, conforme observado na tabela 17.

Tabela 17: Número de casos praticados por policiais ou agentes da lei segundo Ciclo de Vida em Curitiba/Paraná (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<10 anos	-	13.235	54	143	13.432
10-19 anos	66	13.077	57	103	13.303
TOTAL	66	26.312	111	246	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Nota-se, portanto, que a grande maioria dos casos de violência (97,8%) praticados contra crianças e adolescentes são perpetrados pelos pais, seguidos das pessoas consideradas “desconhecidas” com 5,04%. Coincidentemente, o cuidador reveste-se da figura de agressor e aquele que deveria proteger a criança ou adolescente é quem mais prejudica o seu desenvolvimento, negando-lhes o direito de serem tratados como sujeitos de direitos e pessoas com dignidade.

(...) na infância e adolescência o abuso sexual é principalmente intrafamiliar. O acesso do violentador à vítima é permanente e a trajetória do abusador difere completamente do que ocorre entre adultos, pois tem ele um alvo frágil, dependente emocionalmente e facilmente subjugável (PFEIFFER, 2006).

Este, inclusive, é um fator relevante quando se fala em subnotificação, já que a provocação dos agentes de saúde e das autoridades competentes é fundamental para que os casos sejam registrados e, com isso, acompanhados pela rede de proteção. Decorre dessa questão a necessidade de que os educadores e demais profissionais atuantes na área de atenção estejam atentos à frequência escolar e aos comportamentos dos alunos, assim como às suas condições físicas e psicológicas (PÍNEA et al, 2011).

Do mesmo modo, compete ao Conselho Tutelar atender às solicitações da escola e prestar os atendimentos que forem cabíveis, seja para restabelecer o vínculo familiar, seja para, em conjunto com o judiciário e o Ministério Público, tomar medidas mais drásticas, como o afastamento do lar, a inserção em família extensa, o acolhimento institucional ou a destituição do poder familiar (BRASIL, 1990).

Feitas as considerações sobre o perfil do agressor, importa conhecer a natureza das violências que acometem e trazem prejuízo à saúde das crianças e adolescentes.

Na análise da natureza da violência, a categoria negligência e abandono foi a mais frequente, correspondendo a 65,1 % dos casos. Na sequência, observa-se que a violência física teve incidência aproximada de 18%; a sexual 12% e a psicológica 11,1% entre o número total de casos. Além da violência interpessoal, a lesão autoprovocada soma 8,8% dos registros e o trabalho infantil. É o que se extrai dos dados a seguir.

Em relação à violência física, nota-se que prepondera entre os adolescentes, público de 10 a 19 anos, constituindo 60,5% dos casos comparativamente ao ciclo de crianças menores de 10 anos que somam os outros 39,5%, conforme tabela 18.

Tabela 18: Frequência por violência física em Curitiba/PR conforme ciclo de Vida (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<10 anos	1.897	11.322	97	116	13.432
10-19 anos	2.917	10.273	72	41	13.303
TOTAL	4.814	21.595	169	157	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Ao se analisar mais detidamente as faixas etárias, verifica-se que os casos aumentam proporcionalmente à idade, de acordo com a tabela 19. Essa progressão se justifica principalmente porque o uso da violência física contra crianças e adolescentes está intimamente atrelado à finalidade de correção educativa pelos responsáveis. Quanto mais avançada a idade, maior a percepção que a criança ou o adolescente deve ser penalizado fisicamente para ser educado e assimilar padrões de conduta.

Tabela 19: Frequência por violência física em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<1 ano	182	4.004	16	52	4.254
1-4 anos	652	3.276	45	38	4.011
5-9 anos	1.063	4.042	36	26	5.167
10-14 anos	1.164	5.469	50	24	6.707
15-19 anos	1.753	4.804	22	17	6.596
TOTAL	4.814	21.595	169	157	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

O mesmo se observa no tocante à violência psicológica que atinge mais incisivamente os adolescentes em 55,75% dos casos, conforme dados da tabela 20. Assim como a violência física, a psicológica/moral é utilizada para a imposição de disciplina e respeito entre os jovens, o que explica a sua preponderância entre o público em questão.

Tabela 20: Frequência por violência psicológica/moral em Curitiba/PR conforme ciclo de Vida (2009-2018)

Faixa etária	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<10 anos	1.323	11.917	56	136	13.432
10-19 anos	1.667	11.468	58	110	13.303
TOTAL	2.990	23.385	114	246	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Além do mais, a violência psicológica exige um grau de consciência e discernimento da vítima para que ocorra e seja efetiva dentro da sua intencionalidade que é causar dano emocional e prejuízo à autoestima de quem a sofre. Portanto, por surtir menos efeito em crianças menores, a sua incidência é menor dentre esse público, conforme dados da tabela 21.

Tabela 21: Frequência por violência psicológica/moral em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)

Faixa etária	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<1 ano	112	4.073	11	58	4.254
1-4 anos	407	3.544	18	42	4.011
5-9 anos	804	4.300	27	36	5.167
10-14 anos	946	5.677	35	49	6.707
15-19 anos	721	5.791	23	61	6.596
TOTAL	2.990	23.385	114	246	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Curiosamente, o cenário se inverte nos casos de violência sexual e as crianças com menos de 10 anos mostram-se como as principais vítimas, somando 51,2% dos registros realizados, conforme informações extraídas da tabela 22.

Tabela 22: Frequência por violência sexual em Curitiba/PR conforme ciclo de Vida (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<10 anos	1.657	11.611	78	86	13.432
10-19 anos	1.574	11.570	94	65	13.303
TOTAL	3.231	23.181	172	151	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Dentro do ciclo de vida que compreende a infância, dos 0 aos 10 anos, observa-se que a maior incidência de registros é dos 5 aos 9 anos de idade que soma 52,3% dos casos comparativamente às faixas “<1 ano” e “1-4 anos”. No público adolescente, a preponderância se dá na faixa dos 10 aos 14 anos de idade que soma 61,7% dos registros em relação ao intervalo de 15-19 anos, conforme tabela 23. Do total de notificações, a faixa que menos teve registros foi a dos recém-nascidos com somente 1,2%

A baixa nos registros entre crianças menores de 4 anos é esclarecida pelo fato de que, nessa idade, em razão do grau de maturidade, as vítimas possuem pouco ou nenhum conhecimento dos atos que caracterizam uma violência sexual, confundindo-os muitas vezes com expressões de carinho e amor. Isso se evidencia, sobretudo, porque os perpetradores desse tipo de violência costumam ser pessoas da convivência, dentro ou próximo do círculo familiar das crianças e adolescentes, que de forma reprovada e se aproveitando da confiança e influência que mantém sobre eles, bem como da dificuldade de oporem resistência, buscam satisfazer sua lascívia.

Assim, quanto maior a idade da vítima, maior a sua consciência sobre o tema e, conseqüentemente, mais suscetível se torna a compartilhar e confidenciar o abuso

sexual sofrido que, dessa forma, chega ao conhecimento da rede de proteção e das autoridades competentes em lidar com o fato.

Tabela 23: Frequência por violência sexual em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)

Faixa etária	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<1 ano	39	4.152	9	54	4.254
1-4 anos	750	3.213	25	23	4.011
5-9 anos	868	4.246	44	9	5.167
10-14 anos	972	5.643	64	28	6.707
15-19 anos	602	5.927	30	37	6.596
TOTAL	3.231	23.181	172	151	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Como analisado nos tópicos anteriores, a violência sexual se desdobra em diversos aspectos e, conforme classificação do SINAN, se subdivide nas seguintes espécies: atentado violento ao pudor, assédio sexual, estupro, exploração sexual e pornografia infantil, cuja incidência em cada de ciclo de vida está descrito na tabela 24.

Importante ressaltar, inicialmente, que a divisão dos crimes sexuais em “atentado violento ao pudor” e “estupro” é antiga e ultrapassada, pois faz alusão à configuração do Código Penal que precede as alterações realizadas pela lei 12.015/2009. Até então, toda a prática de conjunção carnal enquadrava-se no tipo penal de estupro, enquanto a conduta voltada à realização de atos libidinosos era tipificada como atentado violento ao pudor. Após a edição da referida lei, que modificou drasticamente o capítulo dedicado aos crimes sexuais, houve a unificação dos dois delitos em um mesmo artigo, o 213 do CP¹⁴, que passou a concentrar as

¹⁴ Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos. (Redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009)

§ 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

duas condutas. Salienta-se que a subsunção às disposições deste artigo abrange os atos sexuais praticados contra os adolescentes maiores de 14 e menores de 18 anos, sendo que, em relação aos menores de 14 anos incompletos, o tipo penal cabível é o 217-A - estupro de vulnerável (BRASIL, 1940).

O crime de assédio sexual está descrito no artigo 216-A do CP e consiste no ato de “constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função” (BRASIL, 1940).

A exploração sexual constitui em toda prática sexual que utiliza a criança ou adolescente para auferir lucro. No código penal, está previsto como crime no artigo 218-B que proíbe toda forma de submissão, indução ou atração à prostituição ou outra forma de exploração sexual intentada contra menor de 18 (dezoito) anos ou contra quem não tenha discernimento para impedir ou dificultar o ato (BRASIL, 1940).

Por fim, a pornografia infantil, nos termos do artigo 241-E do ECA, “compreende qualquer situação que envolva criança ou adolescente em atividades sexuais explícitas, reais ou simuladas, ou exibição dos órgãos genitais de uma criança ou adolescente para fins primordialmente sexuais” (BRASIL, 1990).

Da análise dos dados contidos na tabela abaixo, verifica-se que o estupro, aqui restrito à prática da conjunção carnal, consiste na modalidade de violência sexual com maior número de registros, totalizando 1.817 casos, com predominância entre o grupo de 10 a 19 anos. Em seguida, o assédio sexual contabilizou 549 registros cujos índices mostraram-se igualmente maiores entre os adolescentes. Subsequentes ao assédio sexual, estão as categorias de atentado violento ao pudor e exploração com 166 e 92 casos, respectivamente. O que difere o atentado violento ao pudor das mais é que a incidência de casos é significativamente maior entre as crianças menores de 10 anos do que entre os adolescentes. Por fim, a pornografia infantil registrou 52 notificações ao todo que prevalecem sobre o grupo de 10 a 19 anos.

A modalidade da pornografia infantil, por predominar no ambiente virtual e ter como prescindível o contato entre a vítima e o agressor, dificilmente torna-se objeto

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)
§ 2º Se da conduta resulta morte: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)
Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

de notificação pelos profissionais da saúde, sendo que o maior registro ocorre nos órgãos segurança e de justiça.

De acordo com o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual de Crianças e Adolescentes o abuso sexual e a exploração sexual são expressões que fazem parte do macroconceito denominado violência sexual. O objetivo da adoção dessas terminologias, difundidas no III Congresso Mundial de EVSCA, é “assumir a existência de características importantes em cada uma delas e entender que essa diferença precisa impactar nas políticas de proteção” (BRASIL, 2018).

Tabela 24: Frequência por tipo de violência sexual em Curitiba/PR conforme ciclo de Vida (2009-2018)

Modalidade de violência sexual	Atentado violento ao pudor	Assédio Sexual	Estupro	Exploração sexual	Pornografia Infantil	TOTAL
<10 anos	106	268	797	14	21	1.206
10-19 anos	60	281	1.020	78	31	1.470
TOTAL	166	549	1.817	92	52	2.676

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

A negligência e o abandono são corolários da falta de zelo e cuidado, os quais são necessários para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, seja na forma de assistência material, ao garantir direitos como educação, alimentação e higiene, seja na forma de assistência afetiva e emocional. No campo da saúde, a negligência pode se desdobrar em atos omissivos, como deixar de proporcionar socorro médico e atendimento farmacêutico ou não observar os critérios de imunização de crianças e adolescentes.

Embora o ECA e a CF não conceituem propriamente a negligência, ambas as legislações dispõem sobre a responsabilidade da família, do Estado e da sociedade de assegurar que crianças e adolescentes não sejam negligenciados. Além disso, preveem sanções àqueles que se omitem em prestar os cuidados necessários às crianças e adolescentes sob sua responsabilidade.

Por sua natureza e por ser mais propensa a ocorrer, é a violência que, em número de registros, se sobressai em relação às outras tipologias e que alcança, principalmente, as crianças menores de 10 anos em 58,6% das notificações, conforme dados da tabela 25.

Tabela 25: Frequência por negligência e abandono em Curitiba/PR conforme ciclo de Vida (2009-2018)

Ciclo de vida	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<10 anos	10.211	3.128	25	68	13.432
10-19 anos	7.197	5.995	30	81	13.303
TOTAL	17.408	9.123	55	149	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Verifica-se que a maior incidência deste tipo de violência ocorre entre as crianças menores de um ano, que contabilizam 23,2% do total de casos, e os adolescentes de 10 a 14 anos que concentram 23,3%. A menor incidência fica a cargo do público de 15 a 19 anos que, por não exigir tantos cuidados como as outras faixas etárias, soma 17,9% dos registros, conforme tabela 26.

Tabela 26: Frequência por negligência e abandono em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)

Faixa Etária	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<1 ano	4.050	187	4	13	4.254
1-4 anos	2.767	1.201	12	31	4.011
5-9 anos	3.394	1.740	9	24	5.167
10-14 anos	4.065	2.593	18	31	6.707
15-19 anos	3.132	3.402	12	50	6.596
TOTAL	17.408	9.123	55	149	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Feita a análise dos dados relativos à violência interpessoal, constatou-se que a sua maior incidência é no contexto familiar e a sua natureza mais predominante é a negligência. A análise dos dados, em sua forma literal, não deve conduzir, contudo, à culpabilização materna, já que muitos dos registros dizem respeito a famílias em situação de vulnerabilidade social, cujo acesso à educação, à alimentação, à habitação, à saúde e outros direitos são precários. As mães, nessas situações, não devem ser penalizadas, mas sim orientadas e assistidas materialmente por programas oficiais de auxílio para atenderem ao melhor interesse da criança ou do adolescente que estão sob seus cuidados.

Tanto que, de acordo com o artigo 23 do ECA, “ a falta ou carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente à perda ou à suspensão do pátrio poder” (BRASIL, 1990). Significa que a pobreza e a violação de direito resultante da falta de recursos, como evasão escolar, insegurança alimentar e irregularidade da carteira de vacinação, não devem conduzir ao afastamento da criança e do adolescente do lar, sendo obrigação do poder público proporcionar aos pais ou ao familiar responsável a possibilidade de suprir essa carência.

Além das modalidades de violência interpessoal, destaca-se, na sequência, a gravidade dos casos de violência decorrente de lesão autoprovocada que contribuem consideravelmente para o adoecimento e mortalidade dos jovens, incluindo situações de autolesão, ideações suicidas e suicídios. Ressalta-se que, de acordo com a OMS, em 2019, o suicídio avultou como a segunda causa de morte que mais prevaleceu entre os jovens brasileiros de 15 a 29 anos (FELIX, 2019).

Assim, como era de se esperar, o ciclo de vida mais afetado por esse agravo, de acordo com o SINAN, é o que abrange os adolescentes, sendo que a faixa dos 15 aos 19 anos corresponde a 64,7% dos registros e a dos 10 aos 14 anos somam 33,6%, conforme dados da tabela 27.

Tabela 27: Frequência por lesão autoprovocada em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)

Faixa Etária	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<1 ano	8	4.160	60	26	4.254
1-4 anos	5	3.979	27	-	4.011

5-9 anos	24	5.130	12	1	5.167
10-14 anos	795	5.741	151	20	6.707
15-19 anos	1.529	4.915	122	30	6.596
TOTAL	2.361	23.925	372	77	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Por fim, os dados sobre trabalho infantil importam para a análise do fenômeno violência e saúde, já que a exploração indevida de mão-de-obra de crianças e adolescentes pode acarretar a sua submissão a atos violentos e gerar agravos de saúde. No Brasil o trabalho é proibido aos menores de 16 anos, ressalvada a possibilidade de ingresso em programas de aprendizagem a partir dos 14 anos (BRASIL, 1988).

Sendo assim, causa estranheza que o maior índice de violência decorrente do trabalho infantil seja entre a faixa etária de 10 a 14 anos que contabiliza 43,4% dos casos, seguida da faixa de 5 a 9 anos com 25,7% dos registros, conforme informações da tabela 28.

Tabela 28: Frequência por violência decorrente de trabalho infantil em Curitiba/PR conforme faixa etária (2009-2018)

Faixa Etária	Sim	Não	Ignorado	Em branco	TOTAL
<1 ano	8	4.178	7	61	4.254
1-4 anos	31	3.917	12	51	4.011
5-9 anos	139	4.963	16	49	5.167
10-14 anos	234	6.371	40	62	6.707
15-19 anos	127	6.382	15	72	6.596
TOTAL	539	25.811	90	295	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Do exposto, concluiu-se que a violência não implica somente o uso de força física, mas também se manifesta na ausência de zelo e proteção, na expressão do dano psicológico que pode provocar autolesões, na violação da dignidade sexual e na exploração do trabalho, comportando tanto a ação quanto a omissão. As formas de abuso e poder sobre o corpo do outro são diversas e tornam-se ainda mais alarmantes ao gerarem prejuízos ao desenvolvimento e à integridade física, moral e psicológica das crianças e adolescentes vitimadas pela violência.

Ainda em relação ao perfil das ocorrências, verifica-se que a maior proporção delas está atrelada ao ambiente domiciliar da vítima, já que 75,6% dos casos ocorrem na residência, de acordo com os dados da tabela 28. Na sequência, contrapondo-se ao ambiente doméstico, as vias públicas representam 8,88% dos lugares em que a violência é praticada.

A propósito, a faixa mais afetada pela violência praticada dentro de casa é das crianças menores de 10 anos que, pela vulnerabilidade e dependência familiar, estão mais propensas a serem vítimas de violência doméstica, somando 51,1% dos casos. Por outro lado, a liberdade e flexibilidade de trânsito dos adolescentes os tornam mais suscetíveis a serem vítimas da violência urbana nas ruas, correspondendo a 76,9% das notificações, conforme tabela 29.

Tabela 29: Frequência por local da ocorrência em Curitiba/PR conforme Ciclo de Vida (2009-2018)

Ciclo de vida	Residência	Habitacão coletiva	Escola	Local de prática esportiva	Bar ou similar	Via pública	Comércio/Serviços	Indústrias/Construção	Ignorados/em branco/outros	TOTAL
<10 anos	10.327	25	476	13	16	548	916	3	1.108	13.432
10-19 anos	9.875	49	537	45	136	1.828	291	14	528	13.303
TOTAL	20.202	74	1.013	58	152	2.376	1.207	17	1.156	26.735

Fonte: Ministério da Saúde/SUS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Tem-se, portanto, que o entendimento dessas diferenciações é importante para otimizar a atuação do profissional da saúde, em casos de violência, bem como proporcionar a melhor solução para o problema, entendendo não só os seus tipos e natureza, mas também traçando um perfil daqueles que recorrentemente se socorrem das unidades de saúde.

A verificação de fatores como sexo, cor, faixa etária, gênero, condição econômica das crianças e adolescentes vítimas de violência pressupõe a compreensão de que determinados grupos estão mais sujeitos a atos violentos que outros e, por isso, adoecem mais facilmente. Os estudos dos determinantes sociais, aliás, contribuem para a compreensão desse processo.

O sistema de saúde é comumente a principal porta de entrada tanto da vítima quanto do agressor nos serviços de assistência, de modo que subsiste como um importante meio de comunicação e notificação dos casos de violência às autoridades competentes, bem como de garantia de acesso a direitos e de proteção social. Além disso, é um importante meio de aferição da atenção que a gestão pública tem concedido às crianças e adolescentes, já que é destinatário de parte dos recursos necessários para a elaboração e execução de políticas públicas que contribuem para a minimização do problema.

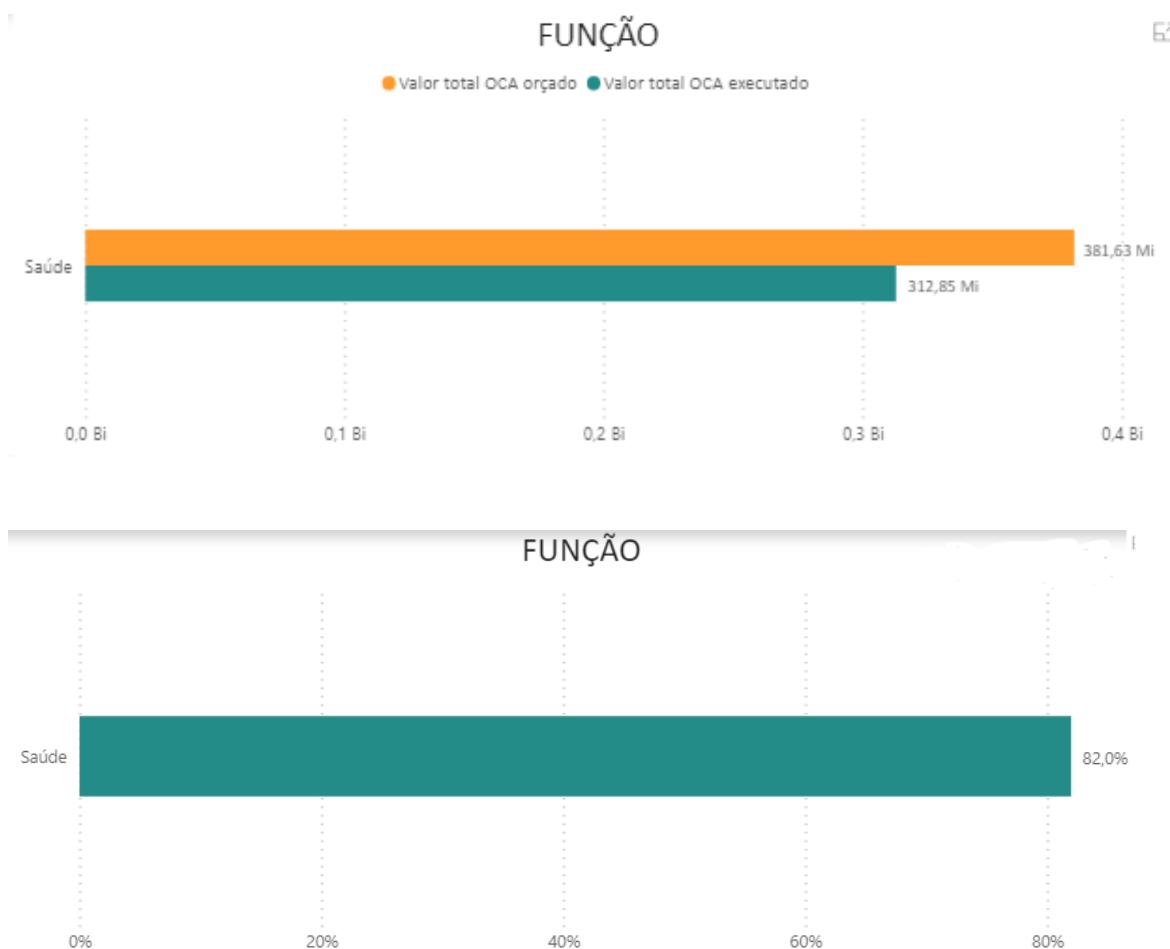
Ainda que as maiores consequências da violência sejam de ordem sanitária, já que impacta diretamente no bem-estar das crianças e adolescentes, não se ignoram os prejuízos de caráter econômico, representados pelos gastos vultuosos com tratamentos e hospitalizações. A propósito, estima-se que cerca de 3,3% do PIB brasileiro é destinado aos custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem gastos indiretos e transferências de recursos (BRICEÑO-LEÓN, 2002).

Nesse contexto, para acompanhar as políticas públicas infanto-juvenis e monitorar os gastos públicos na promoção dos direitos da criança e do adolescente, o Centro Marista de Defesa da Infância e o Ministério Público do Paraná (MPPR) desenvolveram uma plataforma denominada Orçamento destinado à Criança e Adolescente (OCA) que mapeia a quantidade de recursos públicos que são destinados ao setor nos municípios paranaenses. Os dados que alimentam o sistema são fornecidos pelo Tribunal de Contas do Estado do Paraná e dizem respeito aos valores orçados e executados pelos gestores municipais nas áreas de assistência social, educação e saúde, entre os anos de 2013 a 2019.

A título de observação parcial da evolução do orçamento público na cidade de Curitiba, destaca-se, a seguir, os recursos que foram previstos e, de fato, destinados à saúde nos anos de 2013 e 2019, conforme demonstrativo dos gráficos disponibilizados pela referida plataforma.

Em 2013, dos R\$ 381.630.605,08 (trezentos e oitenta um milhões, seiscentos e trinta mil, seiscentos e cinco reais e oito centavos) que foram orçados para serem destinados à saúde em Curitiba (linha laranja), R\$ 312.852.807,66 (trezentos e doze milhões, oitocentos e cinquenta e dois mil, oitocentos e sete reais e sessenta e seis centavos) foram, de fato, utilizados (linha verde). O valor remanescente, portanto, foi de 68,78 milhões de reais e o aproveitamento foi, ao todo, de 82%, conforme informação do gráfico 6.

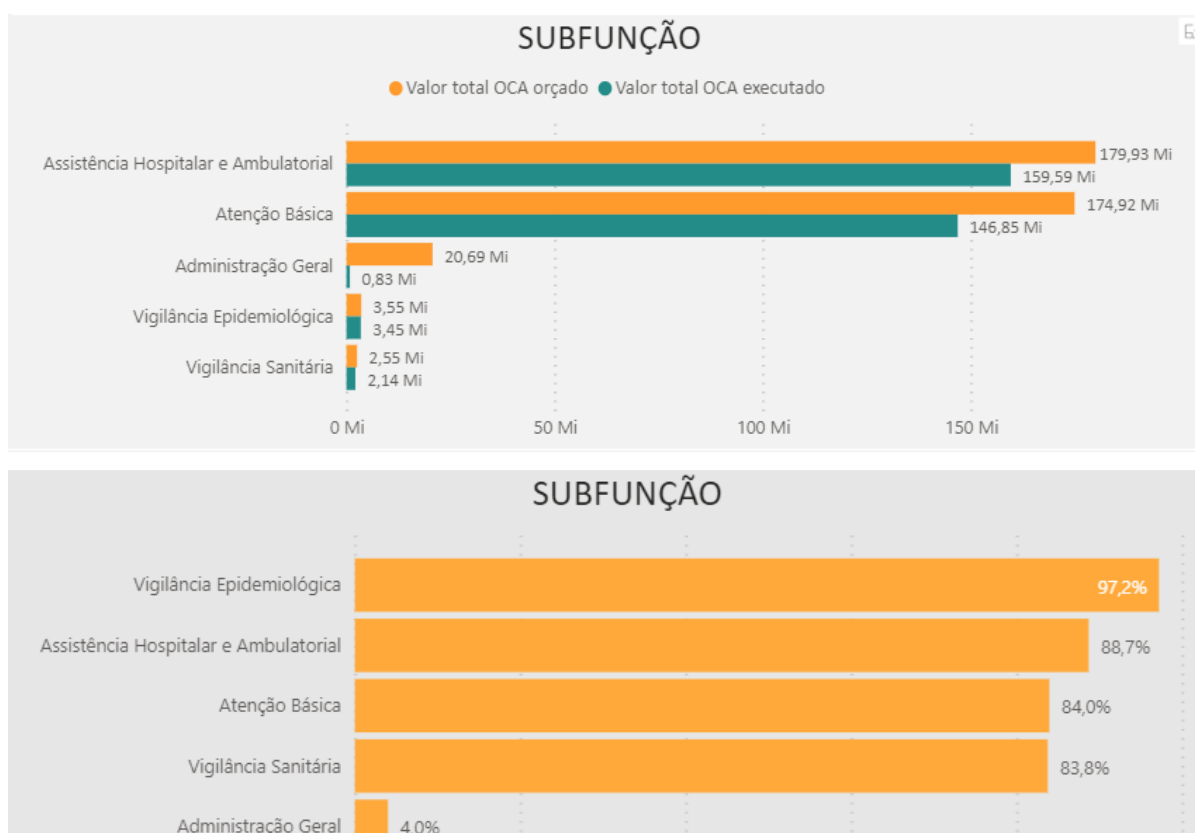
Gráfico 7: Orçamento destinado à Criança e Adolescente (OCA) à saúde no exercício de 2013, em Curitiba-PR



(TCE-PR, 2013)

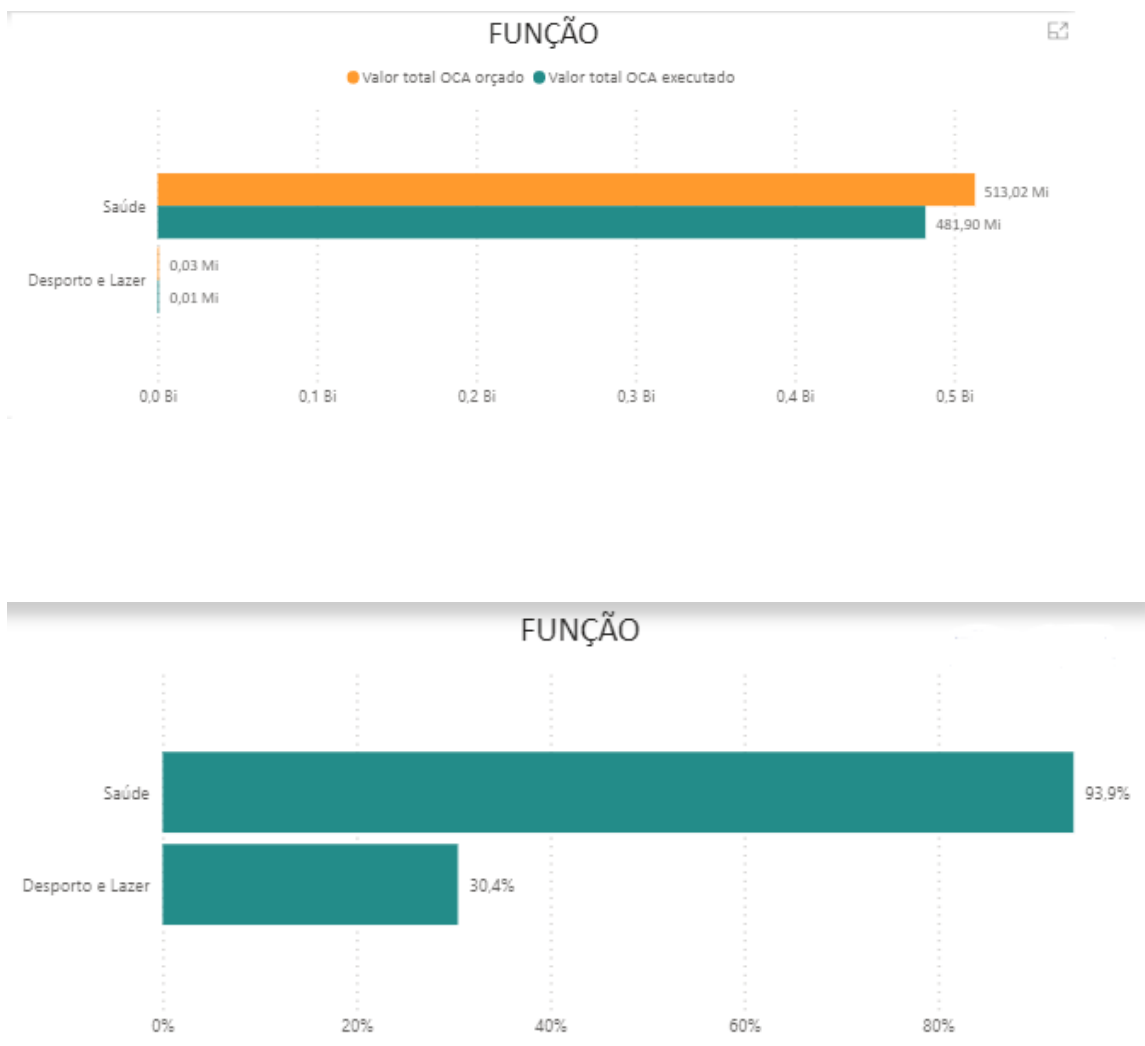
Em relação ao valor executado, nota-se que a maior parte, R\$159 milhões de reais, que corresponde a 97,2% do total, foi destinada à assistência hospitalar. A atenção básica, por sua vez, recebeu aproximadamente R\$146 milhões de reais, o que representa 88,7%. Os numerários auferidos, entretanto, se mostraram aquém do orçamento inicial, conforme demonstrado no gráfico 7.

Gráfico 8: Orçamento destinado à Criança e Adolescente (OCA) na área de saúde no exercício de 2013, em Curitiba-PR, conforme setor beneficiado.



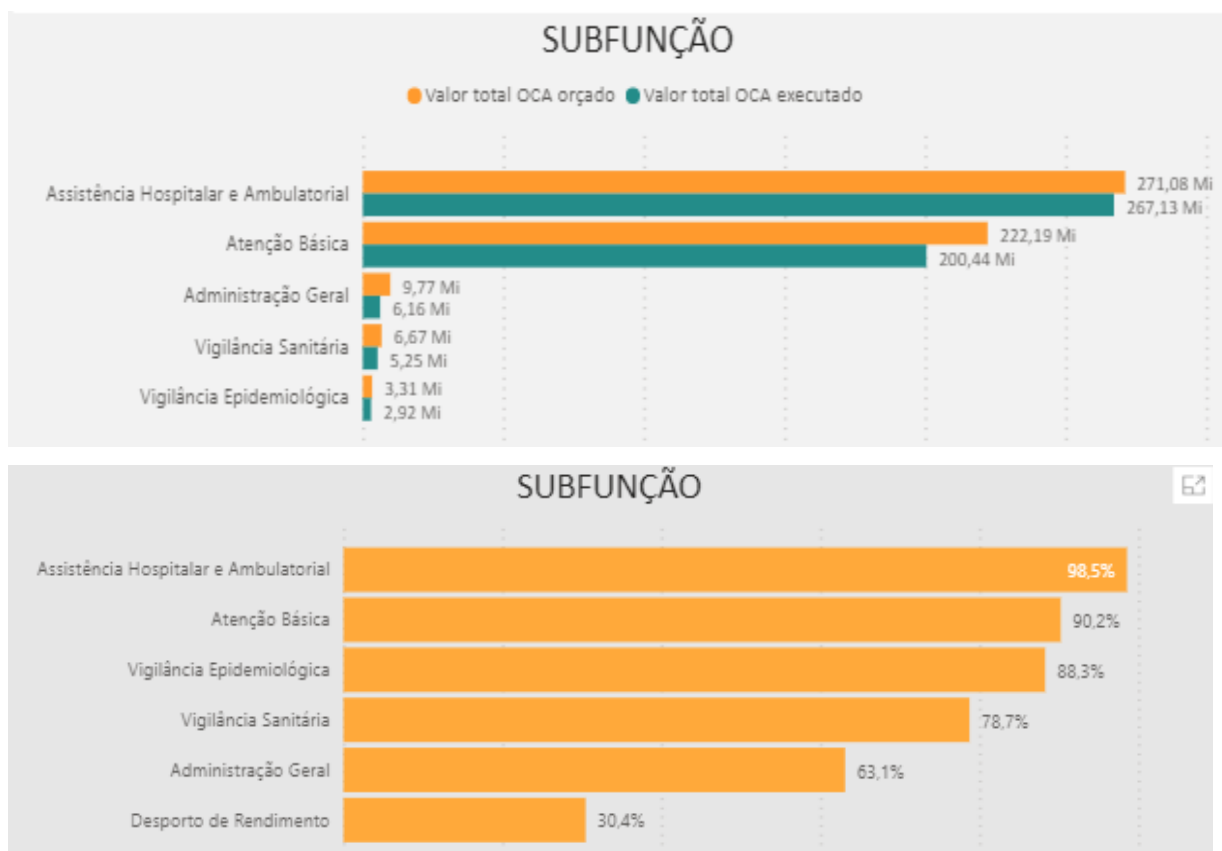
(TCE-PR, 2013)

Após seis anos, em 2019, verificou-se um incremento no orçamento, sendo que do valor orçado, cerca de 513,02 milhões de reais (linha laranja), executou-se aproximadamente 481,90 milhões de reais (linha verde). Do mesmo modo, o aproveitamento do recurso previsto orçamentariamente foi elevado e estabeleceu-se em 93,9%, conforme apresentado no gráfico 8.

Gráfico 9: Orçamento destinado à Criança e Adolescente (OCA) no exercício de 2019, em Curitiba-PR

Conseqüentemente, houve um aumento substancial nos valores destinados à assistência hospitalar e ambulatorial e também à atenção básica que foram beneficiadas com R\$271,08 milhões e R\$222,19 milhões, respectivamente. O aproveitamento também se mostrou proporcionalmente mais elevado, sendo de 98,5% para a assistência hospitalar e 90,2% para a atenção básica, conforme gráfico 9.

Gráfico 10: Orçamento destinado à Criança e Adolescente (OCA) na área da saúde no exercício de 2019, em Curitiba-PR, conforme setor beneficiado.



(TCE-PR, 2019)

Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Paraná (TCE) – Gastos Municipais. Organizado por Centro Marista de Defesa da Infância e Ministério Público do Estado do Paraná. Coleta em 26/03/2020.

Com base no gráfico acima representado, é preciso distinguir, primeiramente, a composição da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que se constitui em um sistema integrado, universal e descentralizado de ações e serviços em saúde na atenção primária, secundária e terciária que visam prestar cobertura ao maior número de usuários do SUS. Para tanto, subdivide-se em Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2019).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências possui “a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna” (BRASIL, 2019). No contexto de

promoção da saúde, abarca o componente da violência, eis que é, por intermédio do setor de urgência e emergência, que muitas vítimas fazem o primeiro contato com o serviço de saúde. A procura pelo serviço demonstra a importância de se promover a qualificação dos profissionais da RUE para atender situações de violência (AVANCI et al., 2017).

Feita essas considerações, observa-se nos dados representados que, a despeito dos valores totais orçados e executados terem sido acrescidos no intervalo compreendido entre os anos de 2013 e 2019, o gasto com vigilância epidemiológica teve uma diminuição nesse período. A respeito dessa área da saúde, a lei nº 8.080/90, em seu artigo 6º, §2º, a define como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

A percepção que se tem é de que as despesas com métodos de prevenção contra agravos no âmbito da saúde pública se tornaram menores em comparação com os gastos relativos à assistência hospitalar, ambulatorial e da atenção básica. Isso demonstra uma propensão da agenda governamental de direcionar a suas políticas mais para a abordagem do tratamento das doenças do que para a concretização de medidas preventivas.

Essa análise, por sua vez, desdobra-se, igualmente, no aspecto da violência contra criança e adolescentes e nas ações que são efetuadas na esfera das políticas públicas em relação à questão, demonstrando a orientação do gestor municipal no setor da saúde em não privilegiar a prevenção.

Assim, em que pese não se pode atribuir aos gestores do setor da saúde a responsabilidade pelo manejo de todas as ações necessárias para prevenir e reagir à violência, tais autoridades têm uma função relevante nesse âmbito que se inicia, precipuamente, pela compreensão do fenômeno.

Nesse sentido, a violência é um problema que segrega e que acentua as desigualdades sociais, porque se expressa de diferentes formas a depender da condição socioeconômica do indivíduo. A sua problematização, desse modo, tem um efeito político e social que atravessa o campo da história, das ciências sociais, do direito e, inclusive, da saúde. Culturalmente e no contexto das instituições, a difusão do pensamento de que uns são mais detentores de privilégios que outros colocou a

infância e juventude sob uma perspectiva de vulnerabilidade. Historicamente, as crianças e adolescentes foram privados da posição de sujeito de direitos e, conseqüentemente, tornaram-se alvos preferenciais de desfechos violentos.

Isso se traduz no fato de que as situações que são consideradas violentas em determinado momento histórico e social, podem não o ser em outro, tomando formas distintas em períodos diversos, como o incentivo à palmatória enquanto método de correção na infância que, a despeito de produzir reações violentas, constituiu-se em uma prática institucional e socialmente aceita.

Mais detidamente, é possível conceber a violência a partir da sua relação com as desigualdades e iniquidades sociais, com os aspectos culturais e comportamentais, como cultura machista, sexista, racista e homofóbica e, conseqüentemente, com os determinantes sociais de saúde. Não só porque interage com os fatores relativos à moradia, distribuição de renda, machismo, mobilidade urbana, condições de trabalho, racismo, saneamento, meio ambiente e sistema macroeconômico, mas também porque se estabelece quando há o desequilíbrio entre o sujeito e essas condições. À medida em que essas variáveis são determinantes sociais da situação de violência, esta torna-se, igualmente, determinante para a situação de saúde.

De acordo com Waiselfisz (2012), os determinantes sociais estariam, nessa perspectiva, classificados em três grandes níveis:

(1) nível estrutural que desde uma perspectiva macro, estariam sobredeterminando o comportamento dos restantes fatores. Nessa entrada, os mais frequentemente indicados foram os relacionados com a pobreza, em que fome, miséria e exclusão seriam os motores impulsores da violência. Também nessa entrada, processos acelerados de urbanização, com sua desestruturação normativa, estruturas políticas geradoras de cultura cívica autoritária, opressiva e violenta, têm sido arrolados, principalmente na América Latina, para explicar as diversas formas de eclosão da violência homicida; (2) nível institucional onde diversos tipos e mecanismos de crises nas instituições básicas de nossa sociedade têm sido apontados como indutores da moderna violência –desestruturação familiar, insuficiência educacional, crises das instituições políticas, erosão dos estatutos morais, entre outros; (3) nível individual, fundamentalmente os psicológicos que, em determinadas situações, podem gerar condições de resiliência às reações potencialmente violentas.

Observa-se, a partir disso, que a marginalização do indivíduo está intimamente relacionada às suas condições familiares, educacionais, laborais, alimentares e habitacionais.

A título exemplificativo, o Atlas da Violência de 2020, publicado pelo Ipea em parceria com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, concluiu que os maiores afetados pela violência são os homens negros e jovens, entre 15 e 29 anos. A taxa de

homicídio entre homens negros foi de 75,7%, enquanto entre mulheres negras foi de 68% (BRASIL, 2020).

No mesmo sentido, o Atlas da violência de 2020 concluiu que, em 2018, 30.873 jovens foram vítimas de homicídio, sendo que 55,6% representava os adolescentes entre 15 e 19 anos. Dentre as mulheres da mesma faixa etária, a soma de óbitos ocorridos por homicídios foi de 16,2%, consideravelmente menor que o público masculino. De acordo com o estudo, “na comparação com as taxas das demais faixas etárias, contudo, é possível afirmar que a causa morte por homicídio atinge mais as mulheres e homens jovens do que indivíduos de qualquer outra faixa de idade”. Além disso, consta que, no Brasil, entre 2008 e 2018, “a taxa no país aumentou 13,3%, passando de 53,3 homicídios a cada 100 mil jovens para 60,4” (BRASIL, 2020).

Ao se observar um intervalo maior de anos, verifica-se que desde 1980, anteriormente à promulgação da CF e criação do ECA, “mais de 265 mil crianças e adolescentes, de 0 a 19 anos, sofreram homicídio”, sendo que dessas 179 mil foram alvejadas por armas de fogo. A partir de 1991, mais de 232 mil foram mortas e, desse número, 164 mil foram vítimas de arma de fogo. Por outro lado, de acordo com a pesquisa, o número de mortes por armas de fogo diminuiu consideravelmente após a implementação do ECA e mais ainda após a edição da lei nº 10.826/03, conhecida como Estatuto do Desarmamento.

O estudo, realizado a partir dos dados fornecidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde, é responsável pelo mapeamento da violência no Brasil, incluindo homicídios e mortes violentas por causa indeterminada (BRASIL, 2017).

Em que pese a taxa de homicídio seja um dos principais índices utilizados para mensurar o grau de violência de um país, é apenas um dos fatores que a constituem, dentre inúmeros outros aos quais pode se associar, como história cultural, economia, política, vida comunitária e escolha individual. Há inúmeros fatores que, conjugados ou isolados, podem desencadear a violência que, como já analisado anteriormente, é um fenômeno complexo.

Por essa razão, além de apresentar uma conjectura quantitativa, o Atlas discute que os dados referenciados são reflexo da falta de suporte educacional, na infância e na juventude, e da qualificação profissional formal, na fase adulta, daqueles que estão propensos a adoecer ou morrer vitimados pela violência.

A evasão escolar, inclusive, está diretamente relacionada à renda familiar. Conforme dados do IBGE, em 2018, “enquanto 11,8% dos jovens pobres de 15 a 17 anos tinham abandonado a escola sem concluir o ensino médio, entre os jovens mais ricos esse percentual era de apenas 1,4%” (BRASIL, 2020).

Outrossim, é evidente que a violência pode se apresentar de maneira cíclica e padronizada em uma mesma conjuntura social, já que crianças e adolescentes tendem a espelhar as condutas violentas perpetradas pelos adultos no âmbito de sua convivência. As relações de cuidado permeadas por agressões, que frequentemente são dissimuladas como manifestações de afeto, impõem às crianças e adolescentes a naturalização da violência. Eles, por sua vez, acabam buscando vínculos de pessoas que correspondam a esse padrão, reproduzindo o ciclo da violência, seja se vitimizando ou se submetendo a uma situação de violência, seja aceitando as formas de relações violentas ou as desenvolvendo por si mesmas. Vale dizer, a criança ínsita num contexto de violência familiar ou escolar está muito mais propensa a perpetuá-lo, inclusive, na adolescência, como demonstra o estudo mencionado.

Em decorrência disso, conquanto a violência seja um fenômeno plural e heterogêneo, não há dúvidas de que a iniquidade social é uma das principais causas estruturais do problema, mormente no ambiente urbano.

É bem verdade que as expressões da violência que ocorrem hoje no Brasil são muito mais complexas do que a questão social. No entanto, é sobre as condições e as circunstâncias da escassez de oportunidades e perspectivas – sobretudo no caso da juventude bombardeada pelos apelos de consumo e pela falta de reconhecimento e de chances sociais – que se constrói o crescimento das taxas de criminalidade e das consequências da violência, particularmente, nas regiões metropolitanas (MINAYO, 2006).

Dessa forma, os dados só refletem a seletividade de uma sociedade que tende a normalizar e perpetuar situações de violência praticadas contra mulheres, negros, homossexuais e principalmente jovens, já que constituem a parcela da população mais vulnerável.

Os fatores socioeconômicos explicam parte do aumento da violência, contudo, somente a pobreza e a desigualdade não são responsáveis por todas as expressões desse fenômeno, que atinge crianças e adolescentes de diferentes classes sociais.

Conforme analisado anteriormente, a violência doméstica é o principal fator de agravo de saúde na infância e juventude e não está associado diretamente à condição econômica da vítima para ocorrer, mas sim de uma conjuntura cultural que vê como positiva a imposição de castigos físicos e psicológicos às crianças e adolescentes.

Tanto que, em Curitiba, os pais mostraram-se os principais agressores, sendo responsáveis por 97,8% dos casos, e a forma mais usual de violência constatada foi a negligência e o abandono que correspondeu a 65,1% dos registros entre os anos de 2009 a 2018. A negligência e o abandono são condutas intimamente vinculadas ao exercício da maternidade e da paternidade e dizem respeito à falta de cuidado em relação às crianças e aos adolescentes que estão sob sua guarda e proteção.

Diferentemente de Curitiba em que preponderou a negligência e o abandono entre 2009 e 2018, sobretudo entre as crianças com menos de 10 anos, no Brasil como um todo, no ano de 2011, essa tipologia correspondeu a apenas 16% dos casos, com concentração na faixa de 0 a 4 anos, conforme dados do Mapa da Violência. Por outro lado, no referido município, a taxa de violência física foi de 18%, com preponderância entre o público de 10 a 19 anos, enquanto no Brasil correspondeu a 40,5% do total de atendimentos de crianças e adolescentes, principalmente entre a faixa de 15 a 19 anos em que proporção foi de 59,6%, sendo a tipologia de violência com maior incidência no cenário nacional. A proporção da violência sexual, por sua vez, foi de 12% na capital paranaense, sobressaindo entre as crianças com menos de 10 anos, e de 20% no país, com maior concentração na faixa de 5 a 14 anos, nos mesmos períodos de referências. Por fim, a violência psicológica/moral correspondeu a 11,1% dos casos em Curitiba e 17% dos atendimentos no Brasil (WAISELFISZ, 2012).

Em relação aos tipos de violência sexual, a cidade de Curitiba apresentou um ranking semelhante ao do Brasil que, do total de atendimentos de violência sexual em 2011, reuniu 59% de casos de estupro, seguido do assédio sexual que contabilizou 19,2% dos casos (WAISELFISZ, 2012). Isso porque, na capital paranaense, o estupro representou 67,8% dos casos de violência sexual e o assédio sexual somou 20,5%, sendo, portanto, os tipos com maior incidência, conforme dados apresentados no tópico anterior.

Destaca-se que a violência passou a fazer parte do sistema de notificação obrigatória a partir de 2011 e, desde então, a investigação dos índices e indicadores sociais tornou-se muito mais acentuada e qualificada. Tanto que, ao acréscimo no número de casos, é possível atribuir também o aperfeiçoamento dos monitoramentos, a criação de políticas específicas, a orientação de gestões participativas, a promulgação de normas de caráter cogente e a intervenção mais incisiva dos setores responsáveis (CEZAR et al., 2017).

A partir da atuação entre setores diversos, a informação tornou-se o maior aliado para mapear os focos de violência e, conseqüentemente, combater ou ao menos minimizar a violação de direitos da criança e do adolescente.

A despeito da formulação e execução de inúmeros mecanismos para a proteção da infância e adolescência, desde a criação do ECA em 1990 até o ano de 2017 (último ano de atualização dos dados disponíveis), o número de casos de violência aumentou consideravelmente, de modo que, comparativamente, mostrou-se em ascensão no *ranking* das principais causas de morte no Brasil e também no estado do Paraná entre a faixa etária de 5 a 14 anos de ambos os sexos.

Verifica-se que, seja a nível nacional ou estadual, na faixa etária e ano ora analisados, as causas de mortalidade provenientes da violência só não são maiores que as causas externas, originárias de acidentes de trânsito, desencadeando repercussões na organização do sistema de saúde e nos gastos com assistência médica.

Há, portanto, uma evolução significativa na taxa de mortalidade no público em questão, o que se justifica tanto pelo aumento em si da incidência de causas oriundas da violência quanto pelo acréscimo do número de notificações no setor da saúde, de registro dessas ocorrências nos órgãos vinculados à segurança pública e aperfeiçoamento dos sistemas de armazenamento e disponibilização de dados. Não bastasse isso, a própria integração entre os dois setores, a instituição da obrigatoriedade de notificação nas unidades de saúde, as ações de divulgação da informação sobre o tema e, conseqüentemente, o estímulo à denúncia, por meio de mecanismos como o Disque 100, contribuíram para ascender o cenário epidemiológico.

Por outro lado, é cediço que o número de registros seria ainda maior não fosse a subnotificação que, especialmente no contexto de violência doméstica contra criança e adolescente, interfere consideravelmente em uma análise concreta e fidedigna da frequência e distribuição dos casos.

A visibilidade, a compreensão e a magnitude da morbidade ainda ficam muito prejudicadas por várias razões. As notificações de agravos por violência ainda não constituem uma cultura internalizada na sociedade brasileira, como mostram os estudos de Deslandes; somente os de média e intensa gravidade chegam aos hospitais ou centros de saúde; e muitos dos eventos que aí chegam, não são diagnosticados como tal pelos profissionais de saúde, seja por falta de formação para esse diagnóstico, seja por falta de interesse de entrar em questões não biológicas. Em geral, a violência intra-familiar,

particularmente, é tratada como problema do âmbito íntimo e privado das famílias (MINAYO, 2001).

Assim, originalmente e no cerne das suas manifestações, a violência não se limita a um problema de saúde pública, mas sim um fenômeno sócio-histórico que tem acompanhado ininterruptamente o desenvolvimento da humanidade. Torna-se, contudo, um tema de relevância para o setor sanitário à medida em que impacta a saúde individual e coletiva, exigindo dos profissionais que atuam na área uma reação ao problema, e que reclama das autoridades competentes a definição de políticas públicas específicas e resolutivas para o enfrentamento e, sobretudo, prevenção da violência como causa de adoecimento infanto-juvenil.

É, hoje, praticamente unânime, por exemplo, a ideia de que a violência não faz parte da natureza humana e que a mesma não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la, há que se apelar para a especificidade histórica. Daí se conclui, também, que na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual (MINAYO, 2006).

E nesse contexto, o sistema de saúde é dos mais impactados com os óbitos e ofensas à integridade física, moral, sexual e psicológica das pessoas, constituindo sério problema social, tanto no âmbito coletivo quanto no individual.

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (BRASIL, 2005).

Isso por que a iniquidade social e segregação urbana produzem a exclusão social, assinalada, principalmente, pelo desemprego, pela precarização do trabalho, salários insuficientes e por deficiências no sistema educacional, problemas esses que não estão e não poderiam ser solucionados através da resposta simplista e ineficiente que o sistema penal tem oferecido. O acesso à justiça é precário, a seletividade orienta os processos penais e a normatividade da lei não se efetiva.

Assim, em que pese não se pode atribuir aos gestores do setor da saúde a responsabilidade pelo manejo de todas as ações necessárias para prevenir e reagir à

violência, tais autoridades têm uma função relevante nesse âmbito que se inicia, precipuamente, pela compreensão do fenômeno.

Nesse sentido, a análise desse fenômeno como determinante social da saúde de crianças e adolescentes perpassa contextos de natureza histórica, jurídica, cultural e social. A violência contra esses grupos etários, conforme aponta Assis, acompanha a trajetória humana desde os acontecimentos mais primitivos de que se têm registro (ASSIS, 1994). Ainda, como ensina Minayo, são inumeráveis as modalidades pelas quais se expressa, dentro das diferentes culturas. E essas modalidades citadas pela autora revelam-se por meio de castigos físicos, morais e abusos sexuais que levam ao adoecimento ou ao óbito (MINAYO, 2006).

Felizmente, das conquistas inegáveis do processo democrático, infere-se a criação de políticas sociais e as suas possibilidades de melhorar a qualidade de vida das pessoas, sobretudo de crianças e adolescentes que têm morrido por conta da violência. Conforme analisado nos tópicos anteriores, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a organização de órgãos e conselhos de proteção à criança, como o CONANDA e os Conselhos Tutelares, em atuação conjunta com o judiciário e o Ministério Público dos estados, tornaram o cuidado e atenção infanto-juvenil um tema de relevância e destaque nacional.

Em Curitiba, a rede de proteção da criança e do adolescente desenvolve estratégias e estabelece ações de prevenção da violência e promoção de direitos fundamentais. No ano de 2000, criou-se a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência com o intuito de “contribuir para a redução da violência contra a criança e o adolescente em Curitiba, especialmente no que se refere à violência doméstica”. Buscou-se, inicialmente, padronizar um sistema de notificação obrigatória para mapear os casos de violência (CURITIBA, 2002).

A “Rede de Proteção” foi criada em Curitiba a partir de uma grande mobilização provocada por agentes públicos, e que contou com uma significativa participação de instituições da sociedade civil na estruturação de um programa intersetorial que desafiou as bases nas quais, até então, as políticas sociais vinham se desenvolvendo no município (LAVORATTI, 2016).

Em 2008, as Secretarias Municipais de Educação e Saúde instituíram o “Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de risco para a violência” como estratégia de atuação integral e intersetorial adotada pela referida rede. Trata-se de uma cartilha com orientações para sanar dúvidas sobre o

tema, apresentar o funcionamento da rede de proteção, definir objetivos e diretrizes, apontar ações de prevenção e atendimento de casos de violência, distinguir planilhas de acompanhamento e monitoramento e roteiros de atendimento clínicos às vítimas de violência sexual, entre outras medidas (MURARO, 2008).

No âmbito da Segurança Pública, a capital paraense conta com a atuação do Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Vítima de Crime (NUCRIA), instituído pelo Decreto nº 7843/13. Trata-se de unidade especializada da Polícia Civil, que apura a prática de crimes contra crianças ou adolescentes cometidos por adultos e é composto por policiais e profissionais da psicologia que fazem a escuta qualificada das vítimas (PARANÁ, 2013).

De acordo com o estudo realizado pelo Núcleo de Estudos Paranaense (NEP), o município de Curitiba comportava mais de 100 redes locais e intersetoriais de proteção à infância e adolescência, três a mais que em 2011 quando contava com 97 (LAVORATTI, 2016).

No contexto da educação, “todas as unidades educacionais e Núcleos Regionais de Ensino do Município de Curitiba mantém equipes da Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes em situação de risco para a violência”. Além disso, essas unidades fazem uso da Ficha de Comunicação do Educando Ausente (FICA) que registra a frequência escolar dos alunos e comunica ao Conselho Tutelar as ausências injustificadas e não solucionadas pela comunidade educacional com o fim de administrar a assiduidade dos estudantes na rede de ensino, evitar a evasão escolar e, conseqüentemente, a sujeição a situações de violência. Na educação infantil, incluiu-se a obrigatoriedade da matrícula escolar para as crianças maiores de 04 (quatro) e 05 (cinco) anos de idade (SME, 2021).

Os avanços são observados, inclusive, nas amostras estatísticas. De acordo com o Atlas da Violência 2020, que extrai os dados do SIM/MS, no período compreendido entre 1990 e 2017, a taxa de mortalidade entre crianças menores que 5 anos diminuiu de 53,7 para 15,6 óbitos por 1 mil nascidos vivos, enquanto entre as crianças 0 a 364 dias de vida a redução foi de 47,1 para 13,4 óbitos por 1 mil nascidos vivos (BRASIL, 2020).

A análise dos indicadores educacionais também se mostrou promissora nos últimos anos, eis que entre 1990 e 2018 o percentual de evasão de crianças em idade escolar obrigatória diminuiu 78,6%, passando de 19,6% para 4,2%. Essa diminuição refletiu, inclusive, nos índices de trabalho infantil, eis que em 1992 o

montante de 7,7 milhões de crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 17 anos estavam trabalhando e, em 2016, esse número caiu consideravelmente para 1,8 milhão (BRASIL, 2020).

O conselho tutelar, criado e instituído pelo ECA, surgiu especificamente com a proposta de fiscalizar o cumprimento das políticas públicas e, conseqüentemente, resguardar os direitos da criança e do adolescente, quando constatada a sua violação, seja pela família, pelo Estado ou pela sociedade, conforme as atribuições descritas no artigo 136 do referido Estatuto.

Castro e Nascimento (2009) ensinam que:

O Conselho Tutelar é um espaço fundamental de reordenação da estrutura social, da política social e das instituições, pois é a instância que legalmente pode intervir na privacidade da clientela e, ao mesmo tempo, nas instâncias de poder, para garantir o atendimento da lei. As ações dos conselheiros podem romper com as antigas práticas ocultadoras das contradições entre o discurso do direito e a prática negadora dele.

Não bastasse isso, durante os 30 anos de vigência do referido Estatuto, especificamente no tocante ao setor sanitário, as diretrizes da OMS e do Ministério da Saúde, bem como os sistemas de notificação de atendimentos médicos e ambulatoriais às crianças e adolescentes na rede SUS (Portaria nº 1968/2001) contribuíram para a informatização e publicização dos dados e, conseqüentemente, para o acesso deste público às Unidades Básicas de Saúde e Hospitais.

No campo das políticas públicas, a formulação, implementação e concretização de modelos de ação visam integrar os setores técnicos, governamentais, sociais, privados e não-governamentais, com o fim de criar medidas efetivas de combate à violência. Dentre essas diretivas, pode-se citar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001); Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014); Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS); e a Rede Nacional de Prevenção de Violências, Promoção da Saúde e Cultura de Paz (Portaria nº 936/2004).

Observa-se que, nos momentos mais críticos e que demandam soluções efetivas em relação ao problema da violência, a gestão pública acaba adotando as mesmas medidas: aumento da força policial, redução da maioria policial, recrudescimento da resposta penal, abrandamento da política de desarmamento, modernização dos equipamentos de contenção e expansão da oferta de vagas no sistema penitenciário. Entretanto, tais soluções, além de não se mostrarem viáveis

para romper com o ciclo de violência, o fomentam ainda mais, causando mais mortes de crianças e adolescentes e retrocessos na aplicação de medidas socioeducativas aos adolescentes.

Não se ignora que o melhoramento do policiamento é indispensável para a proteção dos cidadãos mais vulneráveis, entretanto, não é a única solução e nem a mais viável a longo prazo. Trata-se de associar o binômio proteção e prevenção para evitar novos registros de violência e remediá-los caso venham a ocorrer (MINAYO, 1999).

A proteção, seja ela policial ou social, se constitui no aprimoramento da inteligência no contexto das investigações e do funcionamento do sistema de justiça, bem como na intensificação da atuação de rede de proteção e da sociedade como um todo para identificar contextos violentos entre o público infanto-juvenil. Ainda, constatado o caso, o tipo de violência e o responsável por ela, a proteção se estende por meio da tomada de decisões legais como afastamento da vítima ou do agressor do lar, proibição de aproximação e de manutenção de contato físico ou virtual, responsabilização criminal e/ou cível do ofensor. No campo da saúde, as medidas mais efetivas são o atendimento médico e hospitalar, nos casos de dano físico, e acompanhamento psicológico e psiquiátrico, quando necessário.

As soluções preventivas, por sua vez, voltam-se à criação de políticas e programas educacionais que se comprometam com a disseminação de informações qualificadas e de qualidade entre o público infanto-juvenil para que conheçam todas as formas de manifestação e perspectivas da violência e, com isso, possam se auto preservar e proteger. Além disso, consistem em medidas que impeçam a evasão escolar, como acompanhamento da frequência e do desenvolvimento estudantil, que promovam a qualificação educacional, a distribuição ou geração de renda, a melhoria dos meios de subsistência das famílias e que contribuam com a erradicação do trabalho infantil, diminuindo as desigualdades sociais.

Não se olvida, ainda, a necessidade de incentivo de estratégias de prevenção do suicídio sobretudo entre o público adolescente, como melhoria do acesso às informações sobre transtornos mentais e tratamentos psiquiátricos e divulgação de iniciativas de apoio emocional tais como o Centro de Valorização da Vida (CVV).

Outrossim, é preciso implementar políticas de atenção e acompanhamento familiar, como programas de proteção à maternidade e à primeira infância, visando proporcionar às mães condições materiais e psicológicas para prestarem os cuidados

devidos a seus filhos. Do mesmo modo, as políticas de segurança também devem se revestir de caráter preventivo para que as pessoas encontrem formas de resolver seus conflitos sem agredir, invadir ou violar o direito do outro.

(...) a complexidade da qual se reveste o fenômeno demanda ações em diversos níveis de gestão do estado: estrutural, para promoção da saúde e redução da pobreza e da desigualdade, políticas de desenvolvimento, de trabalho e renda, políticas relacionadas às armas de fogo, álcool e drogas; no âmbito da atenção e proteção dos grupos mais vulneráveis e incluindo ações, como estímulo à permanência na escola, e na atuação com vítimas da violência com prevenção de sequelas e qualificação do atendimento (BARBIANI, 2016).

Nota-se, portanto, que as possibilidades de implementação de políticas protetivas e preventivas são diversas e distintas, com alcances e enfoques diferenciados para atender ao público infanto-juvenil, de acordo suas especificidades e necessidades, não se esgotando, de forma alguma, nos exemplos supracitados. O diagnóstico do problema, de sua motivação e condicionantes, assim como a verificação dos principais atores, é fundamental para que seja identificado e absorvido pela agenda governamental. Esses são os primeiros passos para que o planejamento e a formulação de alternativas se transformem em ações efetivas para solucionar ou, ao menos, minimizar o problema, promovendo a cidadania de crianças e adolescentes.

O estudo e análise dos determinantes sociais deve ultrapassar a dimensão acadêmica e científica e se inserir vertiginosamente nas práticas sanitárias e educacionais, visando encontrar respostas mais adequadas e contribuições efetivas às reações contra a violência infanto-juvenil que, certamente, não devem ser repressivas, mas participativas e democráticas. Essa atuação, por outro lado, demanda um esforço coletivo e interdisciplinar da segurança/justiça, saúde pública e políticas públicas.

Embora o tratamento do problema necessite de uma atuação compartilhada entre os diversos setores da sociedade, mostra-se inviável enquanto não se tornar pressuposto orientador das políticas estaduais e municipais, ainda que por intermédio de um processo gradual. A tarefa do Estado é romper os ciclos e conexões da violência com o público infanto-juvenil. Trata-se de um problema complexo que talvez exija a movimentação de gerações para resolver, contudo, é preciso começar.

6) CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a complexidade do tema, o presente trabalho não pretendeu esgotá-lo, tampouco propôs-se a abarcar todas as nuances que envolvem a questão da violência contra crianças e adolescentes enquanto questão de saúde pública, já que, além de ser um tema bastante complexo, a sua compreensão satisfatória impende uma análise multifatorial e intersetorial. Aliás, são diversos os setores e áreas que se propõem a estudar o tema.

Apesar das limitações, o presente trabalho visou compreender, de uma forma geral, os fatores de interferência do fenômeno da violência na mortalidade e adoecimento de crianças e adolescentes, a partir de três perspectivas teóricas: do direito, das políticas públicas e dos determinantes sociais de saúde. Com o intuito de melhor ilustrar e analisar, no plano concreto, as características dessa violência e as formas como se manifesta entre o público infanto-juvenil, adotou-se a cidade de Curitiba como referência para a observação dos dados e descrição do perfil epidemiológico. Os registros dos casos foram analisados, principalmente, a partir da ficha individual de investigação de violências, cuja divulgação ocorre por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e o período de referência utilizado foi o compreendido entre os anos de 2009 a 2018, conforme atualização mais recente do sistema.

A vertente jurídica conferida ao trabalho se deu por meio da apreciação das legislações editadas em favor do público infanto-juvenil, dentre as quais destaca-se a promulgação da Constituição Federal e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente que instauraram a doutrina da proteção integral em clara oposição à doutrina da situação irregular adotada pelo antigo Código de Menores. A mudança de paradigma, que alçou as crianças e adolescentes à condição de sujeitos de direito, foi resultado da atuação dos movimentos sociais pós regime ditatorial que se insurgiram contra o tratamento dado ao referido público que, até então, eram meros objetos de intervenção do Estado. A edição de normas protecionistas mostrou ser o primeiro passo para dar início à provocação dos gestores públicos em prol da criação de políticas públicas intervencionistas e transformadoras do *status quo*. Não bastasse isso, as diretrizes e determinações legais cumprem a função de nortear a atuação dos atores políticos e sociais que se dedicam à implementação das políticas e programas de proteção.

Por outro lado, ainda que a legislação brasileira aplicada aos direitos da infância e adolescência seja exemplar e referência para outros países, não basta que seus preceitos permaneçam no plano das ideias, devendo ser concretizados e implementados. Sendo assim, os estudos a respeito das políticas públicas foram apropriados no presente trabalho para descrever os avanços alcançados na garantia dos direitos das crianças e adolescentes nos últimos anos e como fundamento para a propositura de alternativas viáveis de minimização do problema. Dentre os programas e políticas que foram idealizados e executados para aprimorar a saúde, educação, alimentação e segurança de crianças e adolescentes estão a Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), entre outros projetos sociais que visam diminuir as desigualdades sociais e de renda das famílias brasileiras.

Ao largo das regulamentações legais e das políticas sociais, persistem os problemas estruturais e sociais que afetam o pleno desenvolvimento das crianças e adolescentes brasileiros. Dentre as diversas causas de adoecimento e mortalidade infanto-juvenil, a violência avulta como um dos fatores críticos de impacto na saúde pública, de modo que, estatisticamente e de um modo geral, é superada tão somente pelas causas decorrentes de acidentes de trânsito, conforme dados apresentados no tópico dos resultados. É nesse contexto que a relação entre violência e saúde se estreita e o problema, que originalmente vertia das agendas da segurança pública, passa a ser pauta de discussão dos gestores do setor sanitário.

Vale dizer, a violência não se limita a sua forma estrutural, histórica e socialmente aceita, e ganha contorno também nas relações intra e interfamiliar e infanto-juvenis. Independentemente de que como se avultam, todas as manifestações da violência, sejam físicas, psíquicas ou sexuais, desdobram-se como questão atinentes à saúde pública e são mensuradas com base nos sistemas de notificações implantado pelo Ministério da Saúde, em especial o Sistema de Notificação de Agravos e Notificações (SINAN). A partir desse sistema foi possível mapear o perfil epidemiológico da violência praticada contra crianças e adolescentes na cidade de Curitiba entre os anos de 2009 a 2018.

Pela análise, verificou-se que os agentes de saúde e demais profissionais da rede de proteção, como professores, conselheiros tutelares, promotores de justiça e juízes, devem estar atentos às ocorrências de negligência e abandono e também de

maus tratos decorrentes da violência física que se mostraram as mais recorrentes na capital paranaense. Seguidas dessas tipologias, a violência sexual e a psicológica foram as mais preponderantes.

Do mesmo modo, constatou-se que os pais são os principais agressores e que o ambiente doméstico era o principal local de ocorrência da violência, o que interfere no registro dos casos e reclama uma atuação mais incisiva da rede de proteção. A própria natureza da violência doméstica, que ocorre comumente na clandestinidade e implica um vínculo afetivo entre a vítima e o agressor, torna mais dificultosa a notificação.

Notou-se, outrossim, que a violência é um agravo que acomete todas as faixas etárias, contudo, em Curitiba tem preponderância entre as crianças de 0 a 10 anos, o que se justifica pela sua maior vulnerabilidade comparativamente aos adolescentes.

Observou-se também que o público feminino foi o mais afetado, sobretudo no tocante à violência sexual, e que a maioria das vítimas se declararam brancas. A incidência pela raça justifica-se em razão das características geopolíticas e de colonização da cidade, onde a maioria das pessoas é caucasiana e de origem europeia. Já a incidência pelo sexo mostrou ser reflexo das relações assimétricas de poder e da cultura sexista que ainda prepondera na sociedade, inclusive na curitibana.

Em observação à evolução dos registros ao longo dos anos em análise (2009 a 2018), foi possível extrair uma elevação significativa nas notificações. Por outro lado, ao acréscimo no número de casos, é possível atribuir também o aperfeiçoamento dos monitoramentos, a criação de políticas específicas, a orientação de gestões participativas, a promulgação de normas de caráter cogente e a intervenção mais incisiva dos setores responsáveis, não se ignorando, contudo, as subnotificações.

Apesar das restrições verificadas nas análises dos dados epidemiológicos que não levam em conta os casos subnotificados, a desmistificação da faixa etária, sexo e a tipologia de violência que mais afeta as crianças e adolescentes mostra-se relevante para direcionar os atendimentos médicos e formular alternativas que possibilitem o tratamento precoce e a redução de danos.

A conclusão a que se chega é que o perfil epidemiológico de Curitiba, bastante semelhante ao perfil geral apresentado pelo Estado do Paraná e pelo resto do Brasil, congrega um registro maior de casos de violência resultantes das relações domésticas.

Os dados passíveis de serem coletados a partir da atividade exercida no sistema de saúde, as visões e a compreensão obtidas por intermédio do método científico e a dedicação no sentido de encontrar respostas mais adequadas são contribuições importantes que o setor faz às reações contra a violência que, certamente, não devem ser repressivas, mas participativas e democráticas.

A perpetração de condutas agressivas verificadas em face desse grupo vulnerável decorre não somente de um processo de naturalização histórico, mas também da construção de discursos e “verdades” insofismáveis no sentido de arregimentar a violência como um recurso educativo e punitivo.

Nesse sentido, é possível entender a saúde como campo de práticas e a violência enquanto importante objeto das políticas públicas e é preciso levar em consideração a imprevisibilidade e a subjetividade presentes nas dificuldades para construção de modelos de organização e de serviços próprios à atenção de crianças e adolescentes.

Verifica-se, assim, que a violência se constitui como determinante social relevante para a saúde de crianças e adolescentes, de modo que a análise das informações, dos desdobramentos atuais e das formas de prevenção à violência e promoção da saúde mostraram-se imprescindíveis na formulação e implementação de políticas públicas.

Apesar dos problemas ocasionados pela violação de direitos, os quais foram observados ao longo do trabalho, é preciso considerar as conquistas alcançadas no contexto da infância e juventude por meio da evolução legislativa e política observada nos últimos anos, com especial menção aos programas locais que, no âmbito da cidade de Curitiba e região metropolitana, visam o bem-estar das crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

Há de se enaltecer também o trabalho desenvolvido pela rede de proteção da criança e do adolescente, cuja atuação tornou-se indispensável para a aplicação das normativas de proteção. Os avanços não seriam tão notórios não fosse o cuidado e atenção despendidos pelos profissionais da saúde, assistência social, conselheiros tutelares, promotores de justiça, juízes da infância, defensores públicos e advogados que, em conjunto, visam o melhor interesse da criança e adolescente em situação de violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRINQ. **Programa Empresa Amiga da Criança**. Disponível em: <<https://www.fadc.org.br/o-que-fazemos/programa-empresa-amiga-da-crianca>>. Acesso em janeiro de 2021.

ADORNO, Sérgio. **A Exclusão socioeconômica e violência urbana**. Sociologias, Porto Alegre, v. 4, n. 8, p. 84- 135, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/soc/n8/n8a05.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2021.

_____. **O Monopólio estatal da violência na sociedade brasileira contemporânea**. “O que ler na ciência social brasileira 1970-2002”, Volume IV. Organizado por Sérgio Miceli. São Paulo: NEV/USP, 2002. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2014/08/down078.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2021.

_____. **A Gestão Urbana do Medo e da Insegurança Violência: Crime e Justiça Penal na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Tese apresentada ao concurso de livre-docência em ciências humanas, junto ao departamento de sociologia, da faculdade de filosofia, letras e ciências humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, março de 1996. Disponível em: <<https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/01/down187.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2021.

ALVES, Emeli Silva. **Infância e Juventude: Um breve olhar sobre as Políticas Públicas no Brasil**. Revista Linhas - UDESC. Santa Catarina, março de 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277759294_Infancia_e_Juventude_Um_breve_olhar_sobre_as_Politicas_Publicas_no_Brasil>. Acesso em janeiro de 2021.

AVANCI, Joviana Quintes, et al. **Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 22(9):2825-2840, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VfmgSQBtBrfMwTh77mzxNqr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em maio de 2021.

ARENDT, Hannah. **Sobre a Violência**. Tradução: André de Macedo Duarte - 7ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

ASSIS SG. **Crianças e adolescentes violentados: presente e perspectivas para o futuro**. Cad Saúde Pública 1994; 10 Supl. 1: 126-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500008&lng=en. Acesso em 01 jul 2020.

BACHRACH, Peter; BARATZ, Morton S. **Decisions and non-decisions: an analytical framework**. American Political Science Review, v. 57, 1963. pp. 632-42.

BARBIANI, Rosangela. **Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 200-211, jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200200&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fev. 2021.

BANNWART, Thais Helena; BRINO, Rachel de Faria. **Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras**. Rev. paul. pediatr., São Paulo, v. 29, n. 2, p. 138-145, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fev. 2021.

BATISTA, Dayse Simone de Melo; CERQUEIRA-SANTOS, Elder. **Um estudo sobre conselheiros tutelares diante de práticas de violência sexual**. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 4, n. 2, p. 116-125, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 nov. 2020.

BORGHI, C. M. S. O.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. **Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina**. Trab. educ. saúde, v. 16, n. 3, p. 869-897, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-1981-7746-sol00142.pdf>. Acesso em: 30 jun 2019.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude. **A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em 02 jul 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção de Violências e Cultura de Paz II**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008, v. III, 60p. Painel de indicadores do SUS, nº 5. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/13/Painel-5.pdf>>. Acesso em 10 jun 2020.

_____. **Principais causas de morte.** Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>>. Acesso em 11 maio 2020.

_____. **Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf> Acesso em maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Acesso em 20 maio 2020.

_____. **Violência contra Crianças e Adolescentes:** Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas / elaboração de Marcia Teresinha Moreschi – Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018. Disponível em: < <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/biblioteca/crianca-e-adolescente/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas-2.pdf>. Acesso em 20 jun 2020.

_____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil.** Rio de Janeiro, RJ: 10 de novembro de 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em dez 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988

_____. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União 1990.

_____. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal.** Rio de Janeiro, RJ: Senado Federal, 1940.

_____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União 1990.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Portaria nº 687/2006. Revisão em 2014: Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 - Redefine a Política Nacional

de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde.

_____. Lei 11.829, de 25 de Novembro de 2008. **Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para aprimorar o combate à produção, venda e distribuição de pornografia infantil, bem como criminalizar a aquisição e a posse de tal material e outras condutas relacionadas à pedofilia na internet.** Diário Oficial da União, 2008.

_____. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. **Dispõe sobre adoção; altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 2009.

_____. Emenda Constitucional nº 59, de 11 de Novembro de 2009. **Acrescenta § 3º ao art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para reduzir, anualmente, a partir do exercício de 2009, o percentual da Desvinculação das Receitas da União incidente sobre os recursos destinados à manutenção e desenvolvimento do ensino de que trata o art. 212 da Constituição Federal, dá nova redação aos incisos I e VII do art. 208, de forma a prever a obrigatoriedade do ensino de quatro a dezessete anos e ampliar a abrangência dos programas suplementares para todas as etapas da educação básica, e dá nova redação ao § 4º do art. 211 e ao § 3º do art. 212 e ao caput do art. 214, com a inserção neste dispositivo de inciso VI.** Diário Oficial da União, 2009.

_____. Lei nº 12.594, de 11 de novembro de 2011. **Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.** Diário Oficial da União, 2012.

_____. Lei nº 12.696, de 25 de julho de 2012. **Altera os arts. 132, 134, 135 e 139 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre os Conselhos Tutelares.** Diário Oficial da União, 2012.

_____. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. **Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos**

físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União, 2014.

_____. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. **Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.** Diário Oficial da União, 2016.

_____. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. **Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).** Diário Oficial da União, 2017.

_____. Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018. **Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência.** Diário Oficial da União, 2018.

_____. Lei Nº 13.812, de 16 de Março de 2019. **Institui a Política Nacional de Busca de Pessoas Desaparecidas, cria o Cadastro Nacional de Pessoas Desaparecidas e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).** Diário Oficial da União, 2019.

_____. Lei nº 13.798, de 3 de janeiro de 2019. **Acrescenta o art. 8º-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência.** Diário Oficial da União, 2019.

_____. PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 2014.

_____. **PNLD (Programa Nacional do Livro e do Material Didático).** Ministério da Educação, 2017. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/busca-geral/318-programas-e-aco-es-1921564125/pnld-439702797/12391-pnld>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **PNATE (Programa Nacional de Transporte do Escolar).** Ministério da Educação, 2004. Disponível em: <<https://www.fn-de.gov.br/index.php/programas/pnate/sobre-o-plano-ou-programa/sobre-o-pnate>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Programa Saúde na Escola (PSE)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2007. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pse>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)**. Ministério da Educação - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, 2015. Disponível em: <<https://www.fnde.gov.br/programas/pnae>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb)**. Ministério da Educação - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, 2020. Disponível em: <<https://www.fnde.gov.br/index.php/financiamento/fundeb/sobre-o-plano-ou-programa/sobre-o-fundeb>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Programa Criança Feliz**. Ministério da Cidadania, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/carta-de-servicos/desenvolvimento-social/promocao-do-desenvolvimento-humano/programa-crianca-feliz-1>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009. **Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 2009.

_____. **As crianças na Constituinte**. Portal Plenarinho - Câmara dos Deputados, 11.11.2018. Disponível em: <<https://plenarinho.leg.br/index.php/2018/11/as-criancas-na-constituente/>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Programa de Erradicação do Trabalho Infantil**. Ministério da Cidadania, Publicação em 22/11/2019 atualização em 21/08/2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/servicos-e-programas-1/acao-estrategica-do-programa-de-erradicacao-do-trabalho-infantil>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Avanços do Marco Legal da Primeira Infância**. Câmara de Deputados - Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2016. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. Lei nº 12.722, de 3 de outubro de 2012. **Altera as Leis nº s 10.836, de 9 de janeiro de 2004, 12.462, de 4 de agosto de 2011, e 11.977, de 7 de julho de 2009; dispõe sobre o apoio financeiro da União aos Municípios e ao Distrito**

Federal para ampliação da oferta da educação infantil; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2012.

_____. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. **Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal.** Diário Oficial da União, 2019.

_____. **Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil (CONAETI).** Ministério da Economia: Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, 14.09.2015. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho/pt-br/assuntos/fiscalizacao/combate-ao-trabalho-infantil-1/comissao-nacional-de-erradicacao-do-trabalho-infantil-conaeti>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Comissão aprova projeto que suspende extinção de colegiados do governo federal.** Câmara dos Deputados: Agência Câmara de Notícias, 02.09.2019. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/578830-comissao-aprova-projeto-que-suspende-extincao-de-colegiados-do-governo-federal/>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. Lei nº 13.675, de 11 de junho de 2018. **Disciplina a organização e o funcionamento dos órgãos responsáveis pela segurança pública, nos termos do § 7º do art. 144 da Constituição Federal; cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS); institui o Sistema Único de Segurança Pública (Susp); altera a Lei Complementar nº 79, de 7 de janeiro de 1994, a Lei nº 10.201, de 14 de fevereiro de 2001, e a Lei nº 11.530, de 24 de outubro de 2007; e revoga dispositivos da Lei nº 12.681, de 4 de julho de 2012.** Brasília: Diário Oficial da União, 2018.

_____. PORTARIA GM/MS Nº 737 DE 16/05/01. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.** Brasília: Diário Oficial da União nº 96, 2001.

_____. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. **Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.** Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

_____. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.** Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, atualização em 22.08.2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/plano-nacional-de-enfrentamento-da-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes.pdf/view>>. Acesso em fev. 2021.

_____. **Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte - PPCAAM.** Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, atualização em 22.06.2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e>>

adolescente/protecao-a-criancas-e-adolescentes-ameacados-de-morte-ppcaam>. Acesso em fev. 2021.

_____. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004. **Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.** Diário Oficial da União, 2004.

_____. **Guia de vigilância epidemiológica.** Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_1.pdf>. Acesso em fev. 2021.

_____. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).** Sistema De Informação De Agravos De Notificação (SINAN), 2020. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>>. Acesso em fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo para preenchimento de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.** Diário Oficial da União, 2011.

_____. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 2016.

_____. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.** Diário Oficial da União, 2003.

_____. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes.** Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - 3ª edição. Brasília-DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em fev. 2021.

_____. **Balanco - Disque 100**. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 10.07.2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/ouvidoria/balanco-disque-100>>. Acesso em fev. 2021.

_____. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - **Sinan**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>>. Acesso em mar 2021.

_____. **PNAD Educação 2019: Mais da metade das pessoas de 25 anos ou mais não completaram o ensino médio**. Agência IBGE notícias, 16.07.2020. Disponível em: <[https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio#:~:text=A%20pesquisa%20est%C3%A1%20divulgando%20pela%20primeira%20vez%20dados%20sobre%20abandono%20escolar.&text=Entre%20os%20princi pais%20motivos%20para,dom%C3%A9sticos%20\(11%2C5%25\)](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio#:~:text=A%20pesquisa%20est%C3%A1%20divulgando%20pela%20primeira%20vez%20dados%20sobre%20abandono%20escolar.&text=Entre%20os%20princi pais%20motivos%20para,dom%C3%A9sticos%20(11%2C5%25)>)>. Acesso em mar 2021.

_____. **Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 494 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas-2.pdf>. Acesso em mar de 2021.

_____. **Atlas da Violência 2020**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em mar 2021.

_____. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN**. Ministério da Saúde, 07.03.2016. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/funcionamentos>>. Acesso em maio de 2021.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto (org.). **Violencia, sociedad y justicia en América Latina**. Buenos Aires: Clacso; 2002. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101109031803/briceno.pdf>>. Acesso em 07 jul 2020.

BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc de. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977 (pgs. 9-38).

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. *Physis*, v. 17, n. 1, p. 77-93. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em 29 jun 2019.

_____, et al. **Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020)**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, dez. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001204723&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio 2021.

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. Ministério da Saúde: 28/07/2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude>>. Acesso em maio de 2021.

CALMON, Patricia Novais. **Lei 14.022 é essencial para o combate à violência contra vulneráveis na Covid-19**. Consultor Jurídico, 23 jul 2020. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-jul-23/patricia-novais-papel-lei-14022-cria-covid-19#:~:text=No%20%C3%BAtimo%20dia%207%2C%20foi,medidas%20aplic%C3%A1veis%20ao%20per%C3%ADodo%20da>>. Acesso em jan 2021.

CARDOSO, Mirian Limoeiro. **O Mito do Método**. Campinas: IFCH/UNICAMP, 1971.

CEVS/RS (Centro Estadual de Vigilância em Saúde). **Informações Básicas para Notificação de Violência**. Secretaria de Saúde, 2011. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/informacoes-basicas>>. Acesso em fev. 2021.

CHAUÍ, Marilena. **Uma Ideologia Perversa**. Folha de São Paulo, São Paulo, Caderno Mais, p. 3,14 de março de 1999. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs14039904.htm>>. Acesso em fevereiro de 2021.

COHEN, Michael, MARCH, James e OLSEN, Johan. **A Garbage Can Model of Organizational Choice**. Administrative Science Quarterly 17: 1-25. 1972.

DE CAMPOS, Marcos Vinicius (Org.). **Direitos da Primeira Infância – Avaliação, qualidade e efetividade de políticas públicas**. Rede de Ação Política pela Sustentabilidade (RAPS) e Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 12.04.2017. Disponível em: <<https://www.raps.org.br/primeira-infancia-e-tema-de-publicacao-da-raps-e-fmcsv/>>. Acesso em janeiro de 2021.

DYE, Thomas R. **Policy analysis: what governments do, why they do it and what difference it makes**. _____. Understanding Public Policy. 14ª ed. Harlow (England): Pearson Education Limited, 2013, pp.3-14.

CAPELLA, Cláudia Niedhardt. **Formação da Agenda Governamental: Perspectivas Teóricas**. Trabalho apresentado no GT Políticas Públicas do XXIX Encontro Anual da ANPOCS, 25-29 de outubro, Caxambu: MG. 2005.

CASTRO, Dagmar Silva Pinto. NASCIMENTO, Anderson Rafael. et al. ALVES, Luiz Roberto; CARVALHO, Marcelo (Org.). **Cidades: identidade e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2009.

CARVILHE, Márcia Helena Vieira; PEREIRA, Heitor José; KATO, Heitor Takashi. **Gestão do Conhecimento e geração de benefícios intermediários em programas públicos: o caso do Programa Mãe Curitibana**. Cad. EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 01-17, setembro de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512007000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em janeiro de 2021.

CERQUEIRA, Daniel (et al). **Atlas da Violência 2017**. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf. Acesso em 18 jul 2020.

CEZAR, Pâmela Kurtz (et al). (2017). **Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Psicologia: Ciência e Profissão Abr/Jun. 2017 v. 37 n°2, 432-445. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0432.pdf>. Acesso em out 2020.

COSTA, Juvenal Soares Dias da; VICTORA, Cesar G. **O que é "um problema de saúde pública"?** Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 9, n. 1, p. 144-146, março de 2006. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em out 2020.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. **Manual de Atendimento da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência**. Curitiba, 2002. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/pmc/rede_de_protecao_de_ctba.pdf>. Acesso em maio de 2021.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, E. G. et al. Lozano R. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>>. Acesso em 14 jul 2020.

DA SILVA, Marco Antônio. **Mobilização política e popular na construção do ECA: uma trajetória histórica**. Rede Peteca, 23.03.2018. Disponível em: <<https://www.chegadetrabalho infantil.org.br/colunas/mobilizacao-politica-e-popular-na-construcao-do-eca-uma-trajetoria-historica/>>. Acesso em janeiro de 2021.

DE MELO, Elza Machado (Org.). **Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança**. Belo Horizonte: Folium Editorial, 2016. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 1). Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/nucleops/wp-content/uploads/sites/57/2017/04/Elza-Volume-1-19-04-2017.pdf>>. Acesso em fev. 2021.

DE OLIVEIRA, Thalissa Corrêa. **Evolução histórica dos direitos da criança e do adolescente com ênfase no ordenamento jurídico brasileiro**. Revista

Interdisciplinar de Direito, [S.l.], v. 10, n. 2, out. 2017. ISSN 2447-4290. Disponível em: <<http://revistas.faa.edu.br/index.php/FDV/article/view/173>>. Acesso em dez 2020.

DELZIOVO, Carmem Regina, [et al.]. **Atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13970/1/MOOC-Crianca.pdf>. Acesso em 20 abril 2020.

DEUBEL, André-Noël Roth. **Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación**. Como elaborar las políticas públicas. Quién decide. Cómo realizarlas. Quién gana o pierde. 6. ed. Bogotá (Colombia): Ediciones Aurora, 2006 (Cap. 3 – Formulación de soluciones y decision; Cap. 4 – La implementación de las decisiones).

DM, Carlos e EMM, Ferriani, e MGC, Pádua. **Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(3):511-8. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0511.pdf. Acesso em 10 jun 2020.

DIGIÁCOMO, MURILLO JOSÉ. **O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente à luz da política de atendimento idealizada pela Lei nº 8.069/90**. Ministério Público do Estado do Paraná, 19 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://crianca.mppr.mp.br/pagina-1590.html>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **O Conselho Tutelar e o Orçamento Público**. Ministério Público do Estado do Paraná, 30 de julho de 2009. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/pagina-310.html>. Acesso em janeiro de 2021.

DUPRET, Leila. **Cultura de paz e ações sócio-educativas**: desafios para a escola contemporânea. Psicol. Esc. Educ. (Impr.), Campinas, v. 6, n. 1, p. 91-96, June 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572002000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 set. 2020.

ENSP/FIOCRUZ. **Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES)**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamento/claves>>. Acesso em fev. 2021.

FAVA, G.; SONINO, N. **O modelo biopsicossocial**: Trinta anos depois. Psychotherapy and Psychosomatics, v. 77, p -1-2, 2008. Disponível em: <https://w2.fop.unicamp.br/dos/psicologia_aplicada/downloads/Texto_Complementar1-1_Fava_e_Sonino_O%20modelo_biopsicosocial.pdf>. Acesso em 20 jun 2020.

FERREIRA, Luiz Antônio Miguel; DOI, Cristina Teranise. **A proteção integral das crianças e adolescentes vítimas**. Ministério Público do Estado do Paraná, 2019. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/doutrina/protacao_integral_ferreira.pdf>. Acesso em dez. 2020.

FELIX, Paulo. **Suicídio é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, diz OMS**. Jornal O Estado de S. Paulo, 09.09.2019. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,mundo-tem-um-suicidio-a-cada-40-segundos-diz-organizacao-mundial-da-saude,70003002803>>. Acesso em mar 2021.

GASPARETTO JUNIOR, Antonio. **Revoltas do Período Colonial Brasileiro**. Infoescola, 2013. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/historia/revoltas-do-periodo-colonial-brasileiro/>>. Acesso em fev. 2021.

IANDOLI, Rafael; PIMENTEL, Matheus. **Estatuto da Criança e do Adolescente: um avanço legal a ser descoberto**. Jornal Nexo, 02 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/explicado/2018/04/02/Estatuto-da-Crian%C3%A7a-e-do-Adolescente-um-avan%C3%A7o-legal-a-ser-descoberto>. Acesso em janeiro de 2021.

JANNUZZI, P. de M. **Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. 5. Ed. Campinas: Editora Alínea, 2012.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; LAURENTI, Ruy. **O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II - Mortes por causas externas**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 5, n. 2, p. 212-223, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em fev. 2021.

KINGDON, John W. **How do issues get on public policy agendas?** In.: WILSON, William Julius. *Sociology and the public agenda*. American Sociological Association Presidential Series. SAGE Publications, 1993. pp. 40-50.

KNOEPFEL, Peter et al. **Public Policy Analysis**. Bristol (Great Britain): The Policy Press, 2007 (Cap. 10 – Evaluating policy effects).

KURTZ, Júlia Viviane. **Taxa de mortalidade no Brasil atinge baixa histórica, diz Unicef**. Notícias UOL, 14.09.2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2020/09/14/taxa-de-mortalidade-no-brasil-atinge-baixa-historica-diz-unicef.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em janeiro de 2021.

LASWELL, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.

LAURENTI, Ruy. **Acidentes e violências/lesões e envenenamentos e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 4, supl. p. 55-58, agosto de 1997. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em jul 2020.

LAVORATTI, Cleide. **Tecendo a Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para a Violência do Município de Curitiba/PR**. Revista NEP (Núcleo de Estudos Paranaenses) Curitiba, v.2, n.3, p. 1-24, junho 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/nep/article/view/47246/28289>>. Acesso em maio de 2021.

LEAVELL, S. & CLARCK, E.G. (1976). Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill.

LEITE, Carla Carvalho. **Da Doutrina da Situação Irregular à Doutrina da Proteção Integral: Aspectos Históricos e Mudanças Paradigmáticas**. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<https://jjj.tjrs.jus.br/doc/artigos/edicao-05.pdf#page=9>>. Acesso em dez 2020.

LIMA, Mariana. **Trabalho infantil ainda é realidade para 998 mil crianças brasileiras**. Observatório do Terceiro Setor, 27.05.2019. Disponível em: <<https://observatorio3setor.org.br/carrossel/trabalho-infantil-ainda-e-realidade-para-998-mil-criancas-brasileiras/>>. Acesso em janeiro de 2021.

LIMA, Renata Mantovani de, et al. **A Evolução Histórica dos Direitos da Criança e do Adolescente**: da insignificância jurídica e social ao reconhecimento de direitos e garantias fundamentais. Revista Brasileira de Políticas Públicas, volume 7, nº 2 - agosto de 2017. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/viewFile/4796/pdf>. Acesso em dez de 2020.

LOIOLA, Andrey Almeida, et al. **Determinantes sociais da violência na saúde de populações da América Latina**. Rev. G&S, v. 6. nº 2, 2015, pag. 1786-1804. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3024>. Acesso em jul 2020.

MACHADO, Fernanda Prada et al. **Questionário de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo**. Audiol., Commun. Res. - São Paulo, v. 19, n. 4, p. 345-351, dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312014000400345&lng=en&nrm=iso>. Acesso em janeiro de 2021.

MACHADO, Juliana Costa et al. **Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família**. Saude soc., São Paulo, v. 23, n. 3, p. 828-840, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300828&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fev. 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, June 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601799&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2021.

MELIONE, Luís Paulo Rodrigues; MELLO-JORGE, Maria Helena Prado de. **Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil**. Agenda de Saúde Sustentável para as Américas / ODS3 - Saúde e Bem-Estar. Cad. saúde pública, 2008. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-488932>>. Acesso em fev. 2021.

MENDES, Eliana Rodrigues Pereira. **Raízes da violência no Brasil: impasses e possibilidades**. Estud. psicanal., Belo Horizonte, n. 48, p. 33-42, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372017000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em fev. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso em out de 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde**. Rev. Bras. Saude Mater, 2001, vol.1, n.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292001000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em jul 2020.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em: < <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>>. Acesso em set 2019.

_____. **Violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S7-S18, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em set 2019.

_____. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007, p.9-29. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em out de 2020.

_____. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva**. Sousa ER, organizadores. Curso impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2007. p. 24-35. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/326818824_Conceitos_teorias_e_tipologias_de_violencia_a_violencia_faz_mal_a_saude>. Acesso em fev 2021.

_____. **Violência e Educação: impactos e tendências.** Revista Pedagógica, Chapecó, v.15, n.31, p. 249-264, jul./dez. 2013.

_____. **A violência na adolescência: um problema de saúde pública.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 278-292, Sept. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em mar 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em mar 2021.

MIRANDA, H. S. **Política Nacional do Bem-Estar do Menor e Aliança para o Progresso.** Conhecer: Debate entre o Público e o Privado, v. 10, n. 25, p. 143-158, 2020.

MODELLI, Lais. **Quando deixar de vacinar é ilegal no Brasil.** BBC Brasil - News, 24 de julho de 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44948072>>. Acesso em janeiro de 2021.

MODENA, Maura Regina (Org.). **Conceitos e formas de violência.** Caxias do Sul, RS: EducS, 2016. Disponível em: <https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-conceitos-formas_2.pdf>. Acesso em fevereiro de 2021.

MPPR. **CADÊ Paraná - Informes Temáticos.** CAOP da Criança e do Adolescente, 2019. Disponível em: <<https://crianca.mppr.mp.br/pagina-2155.html>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **30 anos da Constituição Federal e o Ministério Público.** CAOP da Criança e do Adolescente, 2018. Disponível em: <<https://site.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3230>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **45% das notificações de violência no PR são contra crianças e adolescentes (SESA/PR).** CAOP da Criança e do Adolescente, 18.05.2012. Disponível em: <<https://crianca.mppr.mp.br/2012/05/11206,37/>>. Acesso em mar 2021.

MURARO, Hedi Martha Soeder (Org.). **Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2008. 3 ed. rev. e atual.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Educação social de rua: bases históricas, políticas e pedagógicas**. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 135-158, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em dez 2020.

OLIVEIRA, Dalila Andrade. **Das políticas de governo à política de estado: reflexões sobre a atual agenda educacional Brasileira**. Educ. Soc., Campinas, v. 32, n. 115, p. 323-337, junho de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em janeiro de 2021.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO). Nova Iorque, 22 de julho de 1946. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lis-LISBR1.1-22006>>. Acesso em out 2020.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663?show=full>>. Acesso em janeiro de 2021.

QUEIROZ, Maria Isabel. **A cifra negra como consequência da vitimização no crime de estupro**. Revista Consultor Jurídico, 24 de fevereiro de 2021. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2021-fev-24/opinia1o-cifra-negra-crime-estupro>>. Acesso em mar. 2021.

PARANÁ. **Programa Criança e Adolescente Protegidos no Estado do Paraná**. Secretaria da Justiça, Família e Trabalho - SEJUR; Departamento de Direitos Humanos e Cidadania (DEDIHC), 2018. Disponível em: <<http://www.dedihc.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=144>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Programa Leite das Crianças**. Secretaria da Agricultura e Abastecimento - SEAB, 2015. Disponível em: <<http://www.leitedascricancas.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Programa Criança Feliz**. Secretaria da Justiça, Família e Trabalho - SEJUR, 2016. Disponível em: <<http://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Programa-Crianca-Feliz>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Curitiba atinge menor taxa de mortalidade infantil da história.** Secretaria de Saúde de Curitiba, 06.03.2020. Disponível em: <<https://saude.curitiba.pr.gov.br/noticias/1327-curitiba-atinge-menor-taxa-de-mortalidade-infantil-da-historia.html>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Sistema Socioeducativo do Paraná atua na educação e na qualificação profissional dos adolescentes.** Secretaria da Justiça, Família e Trabalho - SEJUF, 03.10.2019. Disponível em: <<http://www.justica.pr.gov.br/Noticia/Sistema-Socioeducativo-do-Parana-atua-na-educacao-e-na-qualificacao-profissional-dos#:~:text=Ag%C3%AAncia%20do%20Trabalhador-,Socioeduca%C3%A7%C3%A3o,na%20qualifica%C3%A7%C3%A3o%20profissional%20dos%20adolescentes&text=Nos%20Censos%20e%20Semiliberdade%2C%20unidades,para%20a%20ressocializa%C3%A7%C3%A3o%20de%20adolescentes>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Disque Denúncia tem número recorde de registros em 10 anos.** Agência de notícias do Paraná, 2020. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=109095&tit=Disque-Denuncia-tem-numero-recorde-de-registros-em-10-anos#:~:text=COMO%20DENUNCIAR%20%2D%20As%20den%C3%BAncias%20podem,br%2C%20de%20forma%20totalmente%20an%C3%B4nima>>. Acesso em fev. 2021.

_____. **Lei Orgânica do Ministério Público do Estado do Paraná.** Curitiba: 8ª edição, revista e atualizada, 2018.

PEDROSA, Leyberson. **ECA completa 25 anos, mas ações de proteção a crianças começaram na época colonial.** Portal EBC - Empresa Brasil de Comunicação - Cidadania - 13/07/2015 (atualização em 2020). Disponível em: <<https://memoria.ebc.com.br/cidadania/2015/07/eca-25-anos-direitos-criancas-e-adolescentes>>. Acesso em dez 2020.

PENTEADO FILHO, Nestor Sampaio. **Manual esquemático de criminologia.** São Paulo: Saraiva Educação, 2018, 8ª ed.

PEREIRA JUNIOR, Marcus Vinicius. **Fundo da Infância e Adolescência (FIA) Aspectos teóricos e práticos:** da implementação à execução. Natal: Caravela Selo Cultural; Editora do IFRN, 2016. Disponível em: <https://memoria.ifrn.edu.br/bitstream/handle/1044/969/FIA_DIGITAL.pdf?sequence=1>. Acesso em janeiro de 2021.

PERMINIO, Henrique Bezerra et al. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2859-2868, set. 2018. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902859&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2021.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PFEIFFER, Luci Yara. **Perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes na cidade de Curitiba: as histórias que o mundo adulto não deveria produzir**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2006, p. 101.

PINHEIRO, Paulo Sérgio. **Violência, crime e sistemas policiais em países de novas democracias**. Tempo social, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 43-52, maio de 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20701997000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fev. 2021.

PÍNEA, Ana Carolina Freitas (et al). **Conhecimento do educador sobre seu papel perante a criança que sofre de violência doméstica**. Londrina/PR: novembro de 2011. VII encontro da associação brasileira de pesquisadores em educação especial - issn 2175-960x – pg. 2352-2360. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2011/FO_RMACAO/220-2011.pdf>. Acesso em mar 2021.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. **Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização**. Physis, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em jun 2020.

RIBEIRO, Rivelino Ubirajara Pontes; SILVA, André Luis da. **Notificação Compulsória de Violência na Atenção Básica à Saúde: O que dizem os profissionais?** Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP, 2018 – Edição 21

RICHARD, Ivan. **ECA: movimentos sociais destacam avanços em direitos e proteção**. Agência Brasil, Brasília, 12 de jul. de 2015. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-07/eca-movimentos-sociais-destacam-avancos-em-direitos-e-protecao>>. Acesso em dez 2020.

RODRIGUES, Flávia Silva; LIMA, Ana Laura Godinho. **Instituições de Assistência à Infância no Brasil nas Décadas de 1880 a 1960: Um Estudo da Legislação Federal**. III Congresso Brasileiro de História da Educação, 2004. Sociedade Brasileira de História da Educação. Disponível em: <http://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe2/pdfs/Tema7/7113.pdf>. Acesso em dez 2020.

RODRIGUES, Pedro Eurico. **Revoltas do período regencial**. Infoescola, 2012. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/historia/revoltas-do-periodo-regencial/>>. Acesso em fev. 2021.

ROLIM, Ana Carine Arruda; MOREIRA, G. A. R.; CORRÊA, C. R. S.; VIEIRA, L. J. E. S. **Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados**. Revista Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 794-804, out-dez 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0794.pdf>. Acesso em: out 2020.

RNPI. **RNPI lança plataforma OBSERVA com indicadores inéditos sobre a Primeira Infância no Brasil**. Rede Nacional Primeira Infância, 05 de outubro de 2020. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/rnpi-lanca-plataforma-observa-com-indicadores-ineditos-sobre-a-primeira-infancia-no-brasil/>>. Acesso em janeiro de 2021.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 12.469, de 22 de dezembro de 2006. **Altera a denominação da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor, e dá providências correlatas**. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2006/lei-12469-22.12.2006.html>>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. Coordenação da Atenção Básica Secretaria Municipal da Saúde**. São Paulo: 2015. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolenca\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolenca(1).pdf)> Acesso em fev. 2021.

SARTORI, Elisiane; LONGO, Isis Souza. **O Impacto do ECA nas Políticas Públicas de Atendimento à Criança e ao Adolescente e no Trabalho Infanto-Juvenil**. Universidade Federal de Santa Catarina, Projeto Buscalegis: 2007. Disponível em: <<https://egov.ufsc.br/portal/conteudo/o-impacto-do-eca-nas-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-de-atendimento-%C3%A0-crian%C3%A7a-e-ao-adolescente-e-no-trab>>. Acesso em jan 2021.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2012. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5066895/mod_resource/content/1/leonardo%20secchi_ciclo%20de%20politicass%20publicas.pdf>. Acesso em janeiro de 2021.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE/MS. **Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 114-117, fev.

2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fev. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO (SME). **Sinais de Alerta: a educação e o cuidado permanente das crianças**. Curitiba, 2017. Disponível em: <<https://mid-educacao.curitiba.pr.gov.br/2019/7/pdf/00229472.pdf>>. Acesso em maio de 2021.

_____. **Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes**. Curitiba, 2021. Disponível em: <<https://www.curitiba.pr.gov.br/servicos/rede-de-protecao-a-criancas-e-adolescentes/664>> Acesso em maio de 2021.

SILVA, Dejesus de Souza; XAVIER, Rafael Junio. **Enraizamento da violência no Brasil contemporâneo: somos mesmo cordiais?** Revista Habitus: Revista da Graduação em Ciências Sociais do IFCS/UFRJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.8-18, Agosto 2017.

SILVA, Marta Maria Alves da, ET AL. **Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 26(1):183-194, jan-mar 2016. Disponível em: <<http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/08/VIVA.pdf>>. Acesso em maio de 2021.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Sub-Áreas**. Fundação Luís Eduardo Magalhães, dezembro de 2002. Disponível em: <<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/001-%20A-%20POLITICAS%20PUBLICAS.pdf>>. Acesso em janeiro de 2021.

TAU, Felipe. **Mapa do Trabalho Infantil**. Rede Peteca, 2017. Disponível em: <<https://www.chegadetrabalho infantil.org.br/mapa-do-trabalho-infantil/>>. Acesso em janeiro de 2021.

UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais). **Estatuto da Criança e do Adolescente foi base para políticas de saúde**. Faculdade de Medicina da UFMG, 13 de outubro de 2020. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-foi-base-para-politicas-de-saude/#:~:text=Promulgado%20em%201990%2C%20o%20Estatuto,de%20liberdade%20e%20de%20dignidade>>. Acesso em janeiro de 2021.

UNICEF. **História dos direitos da criança**. Brasil, 2017. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/historia-dos-direitos-da-crianca>>. Acesso em dez 2020.

VARALDA, Renato Barão. **Responsabilidade do Estado pela omissão do cumprimento das normas gerais do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Boletim científico da Escola Superior do Ministério Público da União. DF, 2008. Disponível em: <http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/bitstream/handle/11549/7823/BC_026_Art01.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em jan 2021.

VIANA, Magda Rogério Pereira, et al. **Os direitos sociais e os determinantes e condicionantes da saúde**. Revista Interdisciplinar - Centro Universitário Uninovafapi, v. 10, n. 1, p. 173-178, jan. fev. mar. 2017.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012 - Crianças e Adolescentes do Brasil**. Ministério da Justiça, 2012. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/xtras/mapaviolencia2012_crianças_e_adolescentes.pdf>. Acesso em jun 2020.

WENTZEL, Marina. **Violência, trânsito, doenças: O que mais mata os jovens no Brasil e no mundo, segundo a OMS**. De Basileia (Suíça) para a BBC Brasil, 16.05.2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-39934226#:~:text=A%20OMS%20estima%20que%20afogamento%20leucemia%20e%20infec%C3%A7%C3%B5es%20respirat%C3%B3rias>>. Acesso em abril de 2021.