

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SOCIEDADE,
CULTURA E FRONTEIRAS - NÍVEL DE MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SOCIEDADE, CULTURA E FRONTEIRAS

DAYSE MARA BORTOLI

ANÁLISE ESPACIAL DOS ATENDIMENTOS A CRIANÇAS E
ADOLESCENTES VULNERÁVEIS NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

LINHA DE PESQUISA: TERRITÓRIO, HISTÓRIA E MEMÓRIA

FOZ DO IGUAÇU- PR

2015

DAYSE MARA BORTOLI

**ANÁLISE ESPACIAL DOS ATENDIMENTOS A CRIANÇAS E
ADOLESCENTES VULNERÁVEIS NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE - como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociedade, Cultura Fronteiras junto ao programa de pós-graduação *Stricto Sensu* em Sociedade, Cultura e Fronteiras na linha de pesquisa Território, História e Memória.

Orientador: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei

FOZ DO IGUAÇU- PR

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca do Campus de Foz do Iguaçu – Unioeste
Ficha catalográfica elaborada por Miriam Fenner R. Lucas - CRB-9/268

B739 Bortoli, Dayse Mara
Análise espacial dos atendimentos a crianças e adolescentes vulneráveis no município de Foz do Iguaçu / Dayse Mara Bortoli. – Foz do Iguaçu, 2015.
181 p. : il.: tab.: gráf.

Orientador: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei.
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras - Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

1. Assistência social - Foz do Iguaçu. 2. Menores Condições sociais. 3. Violência. 4. Direitos humanos. I. Título.

CDU 364.46(816.2Foz do Iguaçu)

Dayse Mara Bortoli

**ANÁLISE ESPACIAL DOS ATENDIMENTOS A CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VULNERÁVEIS NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU**

Esta dissertação foi julgada adequada do Título de Mestre em Sociedade, Cultura e Fronteiras e aprovada em sua forma final pelo programa de pós graduação Stricto Sensu em Sociedade, Cultura e Fronteiras – Nível de Mestrado, área de concentração em Sociedade, Cultura e Fronteiras da Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando José Martins Universidade Estadual do Oeste do Paraná-
UNIOESTE
Membro Efetivo

Profa Dra Ludmila Mourão Xavier Gomes Universidade Federal da Integração Latino-
Americana- UNILA
Membro Efetivo

Prof. Dr. Luciano de Andrade Universidade Estadual do Oeste do Paraná –
UNIOESTE
Membro suplente

Prof. Dr. Carlos Kusano Bucalen Ferrari Universidade Federal da Integração Latino-
Americana – UNILA
Membro Suplente

Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE
Membro orientador

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei, pela confiança, por seu apoio e amizade, pelos muitos ensinamentos, oportunidade de trabalhar ao seu lado, além de sua dedicação, competência e especial atenção nas revisões e sugestões, fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Ao professor Luciano de Andrade, por estar sempre disponível para me tirar dúvidas e por seus preciosos ensinamentos e incentivo.

Ao professor Fernando José Martins, pelo incentivo e carinho na minha jornada de elaboração deste trabalho.

À professora Silvana de Souza que me mostrou os primeiros passos da pesquisa científica.

A todos os professores do mestrado que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação.

À Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, pelo fornecimento dos dados relativos a esta pesquisa, em especial à equipe de epidemiologia que se mostrou disponível no atendimento, e o carinho e respeito com que me trataram.

À Secretaria de Assistência social, da Família e Relações com a Comunidade de Foz do Iguaçu, pelo fornecimento dos dados utilizados nesta pesquisa, pela disponibilidade no atendimento, esclarecimentos de dúvidas e amizade, especialmente a Servidora Pública Josemara Rocha de Souza Dias, coordenadora do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

À Secretaria da Educação de Foz do Iguaçu, pelo fornecimento dos dados e receptividade no contato e atendimento.

À Secretaria Estadual da Segurança Pública do Estado do Paraná, pelo fornecimento dos dados contidos nesta pesquisa, em especial à equipe da Coordenadoria de Análise e Planejamento Estratégico (CAPE)

Ao Guido Rafael Schwarz, pelo auxílio nas questões de informática, sempre disponível e carinhoso.

À minha família, sempre ao meu lado carinhosamente, em especial aos meus filhos Matheus e Paulo pelo amor e suporte na jornada.

Às crianças que, neste caminho profissional, de alguma forma, estiveram em contato comigo, ensinaram-me a amar com sensibilidade, incentivaram-me a buscar o conhecimento necessário para estar com elas em seus processos de fortalecimento e saída das situações de vulnerabilidade e violência.

RESUMO

Compreender o perfil da violência contra crianças e adolescentes de uma determinada região é fundamental para se implementar políticas públicas adequadas voltadas para este público. O objetivo do presente trabalho foi Analisar os casos de violação de direitos de crianças e adolescentes ocorridas no município de Foz do Iguaçu- PR no período de 2013 a 2014. Os dados relacionados com os casos de violência foram obtidos por meio das fichas de notificação compulsória de violências oriundos do setor de epidemiologia e os dados sobre a rede de assistência foram obtidos junto a Secretaria de Assistência Social, Família e Relações com a Comunidade do município de Foz do Iguaçu, Paraná. No período de 2013 a 2014, ocorreram 578 casos de atendimento de violação dos direitos de crianças e adolescentes, e constou-se maior número de casos de violência contra crianças e com predomínio de meninas, e o local de ocorrência predominante foi a residência. Houve predomínio de casos de violência contra crianças e adolescentes envolvendo violência física, sexual, psicológica e negligência, e as Áreas de Expansão Demográfica (AED) que concentraram mais casos registrados de violência de diferentes tipologias envolvendo tanto crianças como adolescentes foram as AEDS 1 (Três Lagoas), 3 (Morumbi), 5 (Jd São Paulo) e 11 (Carimã) que se localizam nas regiões nordeste, leste e sul do município, respectivamente. Essas regiões podem ser consideradas regiões da periferia do município. Em contrapartida as AEDs com menor número de notificações de violência foram as AEDs 6 (Jd América) e 9 (Centro). Quanto ao ambiente construído, constatou-se que a rede de proteção está completa somente na AED 9 (centro). Conclui-se que o perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência, e a tipologia da violência sofrida, registrada no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013 a 2014, foi semelhante ao encontrado em outros estudos nacionais e apesar do município de Foz do Iguaçu estar em concordância com a orientação nacional quanto aos serviços de assistência social, saúde e educação instalados nas diferentes regiões do município, os dados indicam a necessidade de melhorias na rede de assistência social existente.

Palavras-chave: Criança, adolescente, Violência, Políticas Públicas.

ABSTRACT

Understanding the profile of violence against children and adolescents of a given region is essential to implement appropriate public policies focused on this audience. The objective of this study was to Analyze the cases of violation of the rights of children and adolescents occurred in the city of Foz do Iguaçu PR from 2013 to 2014. The data related to the case of violence were obtained through the compulsory violence notification sheet from the Epidemiology Sector and the data of service network were obtained from the Department of Social Services, Family and Relations with Municipal Community of Foz do Iguaçu, Paraná. In the period from 2013 to 2014, there were 578 cases of violation of the rights of children and adolescents, and comprised a greater number of cases of violence against children and predominantly involved females, and the predominant place of occurrence was home. There was a predominance of cases against children involving physical, sexual and psychological violence and neglect, and the Demographic Expansion Areas (AED) that concentrated more recorded cases of violence of different types involving both children and adolescents were the AEDs 1 (Três Lagoas), 3 (Morumbi), 5 (Jd São Paulo) and 11 (Carimã) that are located in the northeast, east and south region of the city, respectively. These regions can be considered regions of the periphery of the city. By contrast the AEDs with fewer reports of violence were the AEDs 6 (Jd America) and 9 (Centro). In the built environment analysis, it was found that the safety net is complete only at AED 9 (center). We conclude that the profile of child and adolescent, victims of violence, and the type of violence suffered, registered in the city of Foz do Iguaçu, during the period 2013-2014, was similar to that found in other national studies. Despite the city of Foz do Iguaçu be in accordance with national guidelines on social services, health and education installed in different areas of the city, the data indicate the need for improvements in existing social assistance network.

KEY-WORDS: Children, Teenager, Violence, Public Policy

LISTAS DE FIGURAS

| | | |
|----------|--|-----|
| FIGURA 1 | Mapa do município de Foz do Iguaçu indicando as suas 11 áreas de expansão demográfica (AEDs). | 100 |
| FIGURA 2 | Mapa de densidade dos casos de violência contra crianças e adolescentes, segundo local de residência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014. | 111 |
| FIGURA 3 | Mapa de densidade dos casos de violência contra crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014. | 116 |
| FIGURA 4 | Mapa de densidade dos casos de violência física contra crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014. | 117 |
| FIGURA 5 | Mapa de densidade dos casos de violência psicológica contra crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014 | 120 |
| FIGURA 6 | Mapa de densidade dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014 | 122 |
| FIGURA 7 | Distribuição espacial dos casos de tortura contra crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014 | 124 |
| FIGURA 8 | Mapa de densidade dos casos de violência autoinfligida por crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014 | 125 |
| FIGURA 9 | Mapa de densidade dos casos de negligência de crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do | 127 |

| | | |
|------------|--|-----|
| | Iguaçu, no período de 2013/2014 | |
| FIGURA 10 | Mapa de densidade dos casos de violência contra crianças, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu no período de 2013/2014 | 130 |
| FIGURA 11 | Mapa de densidade dos casos de violência contra adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014. | 132 |
| FIGURA 12 | Mapa de densidade do ambiente construído de assistência social referente a serviço de baixa complexidade, no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014 | 138 |
| FIGURA 13: | Mapa de densidade do ambiente construído de assistência social referente a serviço de média complexidade, no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014 | 141 |
| FIGURA 14 | Mapa de densidade do ambiente construído de assistência social referente a serviço de alta complexidade, no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014 | 145 |
| FIGURA 15 | Mapa de densidade do ambiente construído de segurança pública no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014 | 148 |
| FIGURA 16 | Mapa de densidade do ambiente construído de unidades de saúde no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014 | 151 |
| FIGURA 17 | Mapa de densidade do ambiente construído de escolas municipais no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014. | 154 |
| FIGURA 18 | Localização por AED e por bairro das regiões - escolas estaduais, Foz do Iguaçu, 2013/2014. | 157 |
| FIGURA 19 | Mapa de densidade do ambiente construído de Centros Educacionais Infantis no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013/2014 | 160 |

LISTAS DE QUADROS E TABELAS

| | | |
|----------|---|-----|
| QUADRO 1 | Instituições que atuam na rede de proteção e assistência a crianças e adolescentes, segundo o nível de complexidade | 60 |
| QUADRO 2 | Características demográficas e territoriais | 100 |
| QUADRO 3 | Áreas de Expansão Demográfica | 139 |
| QUADRO 4 | Apresentação das características do ambiente construído segundo cada Área de Expansão Demográfica do município de Foz do Iguaçu, 2013-2014. | 164 |
| TABELA 1 | Número de atendimentos às crianças e adolescentes pelas instituições de proteção por nível de complexidade – 2013 | 102 |
| TABELA 2 | Número de atendimentos às crianças e adolescentes pelas instituições de proteção por nível de complexidade – 2014 | 103 |
| TABELA 3 | Número de atendimentos às crianças e adolescentes pelas instituições de proteção e segundo setor governamental ou não governamental por nível de complexidade | 105 |
| TABELA 4 | Número de notificações compulsórias totais de violência por sexo, escolaridade, local e hora de ocorrência | 106 |
| TABELA 5 | Número de notificações compulsórias totais de violência por tipos de violências gerais, modo de agressão | 108 |
| TABELA 6 | Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de violência contra crianças e adolescentes, segundo o local de residência -2013/2014 | 111 |
| TABELA 7 | Número de notificações compulsórias, segundo sexo, idade, raça, escolaridade dos pais, local e hora de ocorrência em Foz do Iguaçu 2013/2014 | 112 |
| TABELA 8 | Número de notificações compulsórias por locais de ocorrência de tipos de violências e modo de | 113 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| TABELA 9 | agressão em Foz do Iguaçu-PR, 2013-/2014 Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência geral de violência contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 116 |
| TABELA 10 | Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de violência física contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013-2014. | 117 |
| TABELA 11 | Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de violência psicológica contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013/2014. | 120 |
| TABELA 12 | Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de violência sexual contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 122 |
| TABELA 13 | - Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência geral de violência autoinfligida de crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 125 |
| TABELA 14 | Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de negligência contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013/2014. | 127 |
| TABELA 15 | Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de violência contra crianças, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 130 |
| TABELA 16 | Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de violência contra adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 132 |
| TABELA 17 | Localização por AED e por bairro das regiões com ambiente construído de serviços de baixa complexidade, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 138 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| TABELA 18 | Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência geral de violência contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 141 |
| TABELA 19 | Localização por AED e por bairro das regiões com serviços de alta complexidade, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 146 |
| TABELA 20 | Localização por AED e por bairro das regiões do ambiente construído na área de segurança pública, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 148 |
| TABELA 21 | Localização por AED e por bairro das regiões comunidades de saúde, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 151 |
| TABELA 22 | Localização por AED e por bairro das escolas municipais, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 154 |
| TABELA 23 | Localização por AED e por bairro das regiões-escolas estaduais, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 158 |
| TABELA 24 | Localização por AED e por bairro das regiões-Cemeis, Foz do Iguaçu, 2013/2014 | 164 |

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| CONANDA | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| CT | Conselho Tutelar |
| CF | Constituição Federal |
| CRAS | Centro de Referência da Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado da Assistência Social |
| SUS | Sistema Único da Saúde |
| SUAS | Sistema Único da Assistência Social |
| CEMEI | Centro Municipal de Educação Infantil |
| BO | Boletim de Ocorrência |
| CRAM | Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência |
| SDH | Secretaria de Direitos Humanos |
| FUNABEM | Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor |
| PNBEM | Política Nacional do Bem-Estar do Menor |
| PDRAE | Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado |
| OCA | Orçamento da Criança e do Adolescente |
| LOAS | Lei Orgânica da Assistência Social |
| SGD | Sistema de Garantia dos Direitos |
| GEODA | <i>Center for Geospatial Analysis and Computation</i> |
| ReDESAP | Rede Nacional de Identificação e Localização de Crianças e |

Adolescentes Desaparecidos

| | |
|---------|--|
| LEP | Lei de Execuções Penais |
| PPCAAM | Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes ameaçados de Morte |
| PPA | Plano Plurianual |
| PRVL | Programa de Redução à Violência Letal |
| IHA | Índice de Homicídios na Adolescência |
| NAI | Núcleo de Atendimento Integrado |
| PNEVSCA | Programa Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes |
| SINASE | Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo |
| ONG | Organização Não Governamental |
| PAIF | Programa de Atendimento Integral à Família |
| PAEFI | Programa Nacional de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos |
| PAIR | Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil no Território Brasileiro |
| AFA | Associação Fraternidade Aliança |
| CAIA | Centro de Atendimento Integral ao Adolescente |
| PETI | Programa de Erradicação do Trabalho Infantil |
| APAE | Associação de Pais e amigos dos Excepcionais |
| APASFI | Associação dos Pais e Amigos dos Surdos de Foz do Iguaçu |
| CDPT | Comunidade dos Pequenos Trabalhadores |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| USF | Unidade Saúde da Família |

| | |
|-----------|--|
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| POL | Plano Operativo Local |
| CMDCA | Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| EIS | <i>Evaluacion del Impacto del Salud</i> |
| AF | Atividades Físicas |
| IPENStudy | <i>International Physical Activity and the Environment Network</i> |
| IPPUC | Instituto de Planejamento Urbano |
| SIG | Sistema de Informações Geográficas |
| GPAQ | Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida |
| DCF | <i>Department of Children and Families</i> |
| ABC | <i>Division of Alcoholic Beverage Control</i> |
| CADR | <i>County Center for Alcohol and Drug Resources</i> |

SUMÁRIO

1.

INTRODUÇÃO

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO BRASIL

1.1.1 INFÂNCIA – UM BREVE RESGATE HISTÓRICO QUE RETRATA A CRIANÇA COMO OBJETO DE TUTELA

1.1.2 INFÂNCIA NO BRASIL – A CRIANÇA COMO SUJEITO DE DIREITO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

1.1.3 CATEGORIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A CRIANÇA E ADOLESCENTE NO BRASIL

1.1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A CRIANÇA E ADOLESCENTE EM FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ

1.2.1 TAXOLOGIA DA VIOLÊNCIA

1.2.2 - EPIDEMIOLOGIA

1.2.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

1.2.4 AMBIENTE CONSTRUÍDO

2. DESENVOLVIMENTO

3. CONCLUSÃO

4.REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma pesquisa empírica que analisa os atendimentos de casos de violência contra crianças e adolescentes no município de Foz do Iguaçu, visando compreender os aspectos relacionados à epidemiologia espacial e o ambiente construído. Espera-se, com o presente trabalho, que os resultados obtidos possam constituir elementos para uma compreensão ampliada das políticas de proteção social voltadas à criança e ao adolescente no município de Foz do Iguaçu, executadas em um município de fronteira internacional.

No último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população total do município de Foz do Iguaçu foi de 256.088 habitantes, sendo que a população estimada para o município em 2014 foi de 263.647 habitantes. A área territorial total foi de 617.700 km², sendo a densidade demográfica de 414,58 habitantes/Km².

O interesse pelo tema da pesquisa do presente trabalho, a violência contra crianças e adolescentes e a análise do sistema de assistência social existente (ambiente construído), decorre da experiência pessoal desta pesquisadora. Nos últimos anos, por mais de 15 (quinze) anos, tenho atuado na área da assistência a crianças e adolescentes nos diversos serviços no município de Foz do Iguaçu-PR.

O trabalho desta pesquisadora esteve voltado ao atendimento de crianças e adolescentes, em situação de risco social e pessoal, em instituições de Acolhimento Institucional, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Polícia Civil. Ao longo dos anos realizando esse trabalho, observei na prática que,

ainda que tenhamos leis e protocolos nacionais e internacionais voltados à garantia integral dos direitos de crianças e adolescentes, no Brasil, a prática ainda tem um viés do código do menor, com ineficácia e pouca cobertura na promoção, prevenção e atendimento às vítimas. No município de Foz do Iguaçu, a realidade não é diferente. Nas UBSs, o atendimento clínico não alcança o número total de crianças que necessitam do serviço, havendo uma demanda reprimida, e, contrastando com a visão de saúde pública, os atendimentos são realizados no modelo clínico-privado na atenção básica. O acolhimento institucional é a opção que reflete a falta de políticas públicas de promoção e prevenção de violências, sendo que o número de crianças em acolhimento com a suspensão do poder familiar é crescente no município, sendo frágil ou inexistente o trabalho de fortalecimento de vínculos. Os CRAS e CREAS, quando iniciaram suas atividades, foram implantados sem a equipe mínima para o atendimento de referência na região, o CRAS voltou seus atendimentos às famílias inseridas no Programa Bolsa Família (PBF) e o CREAS às crianças e adolescentes encaminhados pelo Conselho Tutelar (CT) e Ministério Público (MP). Na Polícia Civil, as crianças e adolescentes atendidos são as vítimas de crimes, e, mesmo com uma delegacia especializada para crianças e adolescentes, o inquérito policial é realizado por policiais sem capacitação específica no trato de crianças e adolescentes. Nesta delegacia, também não existe uma equipe técnica para a realização de perícia e suporte às vítimas e suas famílias, e, nos casos de abuso sexual infantil, não existe plantão para exame de conjunção carnal, o que facilita a impunidade por falta de materialidade do crime e flagrantes que se perdem por essa razão. Ainda, os casos de exploração sexual comercial são de difícil tipificação pela falta de provas e por serem estes recorrentes do crime organizado. Até a presente data, não houve uma transformação significativa no quadro geral da proteção social a crianças e

adolescentes no município de Foz do Iguaçu, sendo que a execução dessas políticas é distribuída por regiões na cidade, sem um diagnóstico, sem organização ou planejamento.

A observação desses problemas motivou um olhar mais crítico e o interesse de aprofundar a análise científica do problema da violência contra crianças e adolescentes no município de Foz do Iguaçu, assim como avaliar a rede assistencial existente voltada para a assistência desse público vulnerável, constituindo cenário propício para reflexão sobre as políticas públicas de atenção a crianças e adolescentes do município de Foz do Iguaçu-PR.

Os problemas presenciados pessoalmente em relação ao tema das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes geraram várias perguntas. Por exemplo, existe uma lacuna nas políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes? A proteção social consegue executar as políticas públicas garantindo, de acordo com o que prevê o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a universalidade, equidade e descentralização dos serviços?

Espera-se, com o presente estudo, obter elementos empíricos para promover um aprofundamento da reflexão a esses questionamentos.

O objetivo deste trabalho é, portanto, Analisar os casos de violação de direitos de crianças e adolescentes ocorridas no município de Foz do Iguaçu- PR no período de 2013 a 2014.

Quanto à estrutura desta dissertação, no primeiro capítulo, apresenta-se uma revisão histórica das políticas públicas voltadas para a atenção de crianças e adolescentes existentes no país, com foco em suas diretrizes e ênfases. A partir da Constituição Federal de 1988, houve mudança no olhar para com a criança e adolescente no Brasil, sendo o Código do Menor (BRASIL, 1990) substituído pelo

Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, e o estabelecimento da Doutrina da Proteção Integral instituída como Políticas Públicas de atenção a crianças e adolescentes. Ainda neste capítulo, descrevem-se os diversos tipos de violências contra a criança e adolescente e suas possíveis causas. Discorre-se também sobre o estado do Brasil atual, com a reforma de estado que aconteceu na década de 1990 com o então ministro Luiz Bresser Pereira, tecendo considerações sobre a publicização, visto que as políticas públicas voltadas à criança e ao adolescente são executadas no município de Foz do Iguaçu pelo terceiro setor, em parte, na baixa complexidade, o qual executa atendimento de prevenção e promoção com crianças e adolescentes, e alta complexidade, na totalidade, com atendimento de acolhimento institucional dos programas em execução na proteção à criança e ao adolescente, atualmente, no município de Foz do Iguaçu.

No segundo capítulo, realizamos apresentação de dados nacionais e internacionais sobre o tema da pesquisa, versando sobre pesquisas já realizadas sobre a epidemiologia, e análise espacial relacionada à violência voltada à criança e ao adolescente, e também relacionada às políticas públicas de assistência e proteção social desse público.

No terceiro capítulo, apresentamos os resultados e discussão dos dados da pesquisa, aprofundando a comparação dos dados obtidos com aqueles da literatura científica e, quando possível, tecendo reflexões sobre as políticas públicas voltadas para a criança e o adolescente no município de Foz do Iguaçu-PR.

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO BRASIL

Este capítulo visa traçar o histórico das políticas públicas voltadas para a infância e adolescência no Brasil. Para tanto, inicialmente, discutiremos a construção histórica dessas políticas na perspectiva da proteção social voltada à criança e ao adolescente desde o Brasil colônia até os dias atuais. Também abordaremos o papel do estado atual nessa construção, traçando considerações acerca da reforma política ocorrida em 1995 após a promulgação da Constituição Federal de 1988, com a abertura política e redemocratização do país.

Somente no século XX, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, foi assegurada a proteção integral a crianças e adolescentes. Até então, tinha-se, no Brasil, uma política higienista e excludente em relação à essa população específica.

Como regra, a Constituição Federal determina ser dever da família, da Sociedade e do Estado garantir à criança e ao adolescente, com prioridade absoluta, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à convivência familiar e comunitária, entre outras, colocando-os a salvo de toda forma de negligência, violência ou crueldade.

Em 1990, para reforçar essa inclusão da criança e do adolescente no Estado de direito brasileiro, é promulgada a Lei Federal nº 8.069, intitulada Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo esta considerada um marco legal que nasce a partir da Convenção sobre os Direitos da Criança (ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES, 1989).

O ECA tem especial relevância por ser uma lei que se preocupa com a criança desde o seu nascimento, com um olhar especial sobre seu desenvolvimento e, principalmente, sobre o reconhecimento da criança como pessoa humana, com direitos

e dignidade. Outra importante ação atribuída ao ECA foi a revisão de paradigmas assistenciais cristalizados na sociedade (BRASIL, 2006, p.16). O ECA proporcionou o rompimento da política da institucionalização de crianças e adolescentes e, ao fortalecer o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários, mudou uma orientação política que vinha sendo executada no país desde a década de 1930 até a promulgação da constituição federal em 1988.

Após 20 anos de exercício do ECA, outro avanço em âmbito legal foi apreciado, consistindo na aprovação de um plano decenal para a efetivação das políticas públicas voltadas à criança e ao adolescente com ênfase na questão dos direitos humanos. Esse plano iniciou-se na criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) no ano de 1992, com o objetivo de debater as políticas voltadas à criança e ao adolescente, articulando os conteúdos do ECA, as políticas existentes e as necessidades da população. As questões foram debatidas nos anos subsequentes, cujos resultados foram apresentados na 8ª Conferência dos Direitos da Criança e do Adolescente, realizada em 2009, que teve a participação de mais de 65 mil pessoas em todo o país, um terço das quais adolescentes, em 2.611 conferências municipais, 260 regionais e 27 estaduais/distritais. A iniciativa foi coordenada pelo Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e Secretaria de Direitos Humanos, da Presidência da República, estabelecendo que: "...a edição de um Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes representa uma iniciativa pioneira na área. Em razão do tamanho da população infanto-juvenil e das dimensões continentais do Brasil, trata-se também de uma experiência inédita na América Latina" (BRASIL, 2010, p 3). Segundo o ECA,

Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade. Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade (BRASIL, 2012, p. 12)

No artigo 2º, esta excepcionalidade da lei acerca da idade do adolescente diz respeito ao prolongamento da medida de internação no caso de adolescente em conflito com a lei, aos quais referem os artigos 121 § 5º e 142 deste mesmo código.

Art. 121. A internação constitui medida privativa da liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

§ 5º A liberação será compulsória aos vinte e um anos de idade.

Art. 142. Os menores de dezesseis anos serão representados e os maiores de dezesseis e menores de vinte e um anos assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma da legislação civil ou processual. Parágrafo único. A autoridade judiciária dará curador especial à criança ou adolescente, sempre que os interesses destes colidirem com os de seus pais ou responsável, ou quando carecer de representação ou assistência legal ainda que eventual (BRASIL, 2012, p. 78).

Os avanços conquistados na efetivação de legislações acerca da garantia de direitos voltadas à criança e ao adolescente são frutos de uma trajetória histórica que nos relata violações e luta, entretanto, apenas o exposto na lei não nos garante um entendimento acerca da situação social e execução de políticas de garantia de direitos.

1.1.1 INFÂNCIA – UM BREVE RESGATE HISTÓRICO QUE RETRATA A CRIANÇA COMO OBJETO DE TUTELA

No Brasil, a criança, durante os anos de 1500 a 1800, vivia dentro do modelo da soberania paterna associado ao caritativismo religioso. A criança constrói, assim, a identidade inserida em um modelo social patriarcal, cujo conceito, para Gilberto Freire, implica:

Sistema econômico, social, político: de produção (a monocultura latifundiária); de trabalho (a escravidão); de transporte (o carro de boi, o banguê, a rede, o cavalo); de religião (o catolicismo de família, com capelão subordinado ao *paterfamilias*, culto dos mortos, etc); de vida sexual e de família (o patriarcalismo polígamo); de higiene do corpo e da casa (o “tigre”, a touceira de bananeira, o banho de rio, o banho de gamela, o banho de assento, o lava-pés); de política (o compadrismo) (FREIRE, 2005, p. 36).

Nessa sociedade patriarcal, as crianças e adolescentes viviam sob jugo completo do pai. Na época, o sistema legislativo não era formalizado e, devido a isso, o pai era a maior autoridade sobre as crianças e adolescentes sob seu poder. De 1500 até 1890, a criança foi objeto de tutela do pai, figura máxima e representante do conceito de família.

De acordo com Rizzini (1997), apenas no final do século XVII, a criança brasileira passa, em parte, a ser uma questão de cunho social, começando a delinear o que competia, em âmbito administrativo, ao Estado. Desse modo, a criação do Código Penal trouxe a discussão da educação de crianças, havendo uma divisão entre o apoio ao modelo educacional e ao modelo punitivo, e foi estabelecido, a partir daí, o controle do estado para as questões relativas a esse público.

Será a medicina (do corpo e da alma) o papel de diagnosticar na infância possibilidades de recuperação e formas de tratamento. Caberá a justiça regulamentar a proteção (da criança e da sociedade), fazendo prevalecer a educação sobre a punição. A filantropia - substituta da antiga caridade - estava reservada a missão de prestar assistência aos pobres e desvalidos, em associação às ações públicas [...] a conexão jurídico-assistencial atuará visando um propósito comum: “salvar a criança” para transformar o Brasil (RIZZINI, 1997, p. 30).

Dá-se início, em 1890, aos primeiros indícios de políticas públicas voltadas à criança e ao adolescente. O pensamento, na época era de que as políticas sociais estimulam o ócio, sendo somente paliativas. A pobreza devia, neste contexto, ser minimizada pela caridade privada “é, portanto, o mercado livre e ilimitado que regula as relações econômicas e sociais e que produz o bem comum” (PIANA, 2009, p. 25). Esse Estado tem o discurso de liberdade, em que cada homem é capaz de criar para si seu próprio destino, sendo o direito à propriedade a garantia de que todos os homens tenham a mesma condição social e econômica.

As ações voltadas à infância tinham como características a violência, a punição e repressão. Segundo Rizzini (1997), a história do país foi impiedosa para com as crianças, marcada por episódios como a aculturação imposta às crianças indígenas pelos padres jesuítas no Brasil colônia; a discriminação social na adoção dos enjeitados na época do Brasil imperial; o infanticídio disfarçado na roda dos expostos, serviço executado pela igreja, justificado pela caridade, e a exploração do trabalho infantil no mundo fabril nos séculos XIX e XX . A igreja manteve a primazia das ações voltadas à criança e à adolescência no Brasil até 1890, data em que o Estado iniciou a regulamentação junto a essa população no país. Em concordância com isso, Perez & Passone (2010) relatam que, a partir da literatura, observa-se que o poder e o

domínio da igreja, em articulação com setores públicos e privados, foram diminuindo, e o Estado passou a regulamentar e subsidiar ações da causa da infância.

Segundo Albuquerque (2006), em 1891, entrou em vigor a primeira Constituição Federal Brasileira, estabelecendo que o Brasil se tornava uma República Federativa, constituída por dois níveis de governo – os estados e a União. Nessa época, as ações junto ao público infantil e jovem no Brasil passa a ter um caráter higienista, no qual a política visava a defesa da sociedade em última instância.

O higienismo é uma doutrina que nasce com o liberalismo, na primeira metade do século XIX quando os governantes começam a dar maior atenção à saúde dos habitantes das cidades. Considerava-se que a doença era um fenômeno social que abarcava todos os aspectos da vida humana (PEREZ & PASSONE, 2010, p. 655).

Faleiros (2011) mostra que, na década de 1920, no Brasil, foi realizado o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, implementando discussões sistemáticas a respeito da proteção social a esse segmento da população. Nele, foram encaminhadas regulamentações sobre o atendimento de crianças em escolas maternais e jardins-de-infância, bem como questões a respeito da educação, da moral e da higiene.

O Congresso representou, no caso brasileiro, a consagração de propostas que vinham sendo desenvolvidas aqui desde o início do século. Seu objetivo era tratar de todos os assuntos que direta ou indiretamente se referiam à criança, tanto no ponto de vista social, médico, pedagógico e higiênico, em geral, como particularmente em suas relações com a família, a sociedade e o Estado (KUHLMANN, 1999, p. 90).

No ano de 1921, foi promulgada a Lei Federal Orçamentária nº 4.242/1921, na qual o governo autorizou a organização de políticas de proteção e assistência ao menor abandonado e delinquente, associando estratégias de assistência e repressão (COSSETIN, 2012). Conforme esclarece Faleiros (2011), existia no Brasil uma diferenciação entre as políticas para os filhos da classe dominante (infância) e para as crianças e adolescentes pobres (menores). A partir disso, houve a regulamentação da separação entre a infância e os menores.

Segundo Cossetin (2012), a infância era atendida pela família e a estes era dada a educação escolar, já as crianças e adolescentes pobres ficavam sob os cuidados do Estado e a educação visava somente à instrumentalização para o trabalho. Na data de 20 de dezembro de 1923, foi aprovado o Decreto nº 16.272, que instituiu o regulamento de assistência e proteção aos menores abandonados e delinquentes. Segundo Rizzini (2011), este foi o documento no qual foi constituído o conteúdo básico para a elaboração do Código de Menores, o qual foi promulgado pelo Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927.

Os instrumentos legais que constituem a política voltada às crianças e aos adolescentes foram sendo construídos historicamente, sobre as quais observamos que:

Os últimos 20 anos do século XIX foram de intensa transformação no cenário político do país, com profundos reflexos na vida social brasileira. As mudanças ocasionadas pelos esforços no sentido de erradicar a escravatura e, concomitante, de se reestruturar o trabalho livre na sociedade da época mesclavam-se com o debate em torno da mudança de regime político que estava a caminho e se concretizou em 1889. [...] É dentro deste contexto que se pode entender o surgimento de uma crescente preocupação com a infância. Contudo, uma preocupação diferente da registrada no Brasil Império. Embora predominasse por algum tempo o enfoque de cunho religioso e caritativo na ação de assistência à criança, o Brasil República terá na

esfera jurídica o principal catalisador da formulação do problema e da busca de soluções para o mesmo (RIZZINI e RIZZINI, 2004, p.107).

Nessa construção das políticas que estabelece diferenças entre a “criança” e o “menor” dentro de uma perspectiva social, econômica e excludente, o Estado, como observa Cossentin (2012), tinha a função de educar/corriger crianças e adolescentes de famílias das classes subalternas da sociedade. O código do menor (Decreto nº 17943-A, de 12 de outubro de 1927) surge nesse período de crise social e econômica, que, segundo a obra *Violência faz Mal a Saúde* “possuía normas voltadas às crianças e aos adolescentes infratores ou dispositivos de conteúdo assistencialista, destinados aos que tinham problemas de amparo social e eram economicamente desprovidos” (LIMA, 2006, p. 16). O menor, no Brasil, não era visto como sujeito de direitos, mas sim como objeto de posse e ação de adultos, segundo a conveniência destes. Esse olhar sobre a criança e o adolescente teve como consequência a miserabilidade, exclusão e políticas públicas para a infância com orçamento desigual (BRASIL, 2006, p. 17-18). Constatase isso quando visualizamos, historicamente, a questão da mortalidade infantil no Brasil que, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), “Em 1930, no Brasil, a taxa de mortalidade infantil era estimada em 168%” (BRASIL, 1999, p. 20). Na educação, a situação não era melhor: o analfabetismo atingia mais da metade – 54,5% – da população com idade superior a 15 anos (BRASIL, 2010, p. 15).

Na década de 1930, com a ditadura Vargas (1930 - 1945), houve, no Brasil, a desocupação do campo e conseqüente urbanização. Nesse início de década, de acordo com Pereira (2009), a economia passou por uma crise intensa, sendo o combate voltado à implementação do desenvolvimento industrial. A concentração da população nas áreas urbanas trouxe problemas sociais e econômicos, a concentração de renda

crescia na mesma medida que crescia a industrialização, ampliando as desigualdades sociais, intensificando as tensões nas relações de trabalho e agravando a questão social.

O foco principal trabalhado na época era a educação que visava a unificação da cultura do povo brasileiro para construir, a partir do sentimento de nacionalismo, o chamado Estado Novo, com características conservadoras, integralistas e de expressivo retrocesso em termos de liberdade política, com a extinção dos partidos políticos, a censura e a repressão, cujo governo era centralizado e com ideologia fascista. As políticas voltadas à criança e ao adolescente seguiam esse modelo conservador e excludente.

No contexto do movimento de 1930 e da instauração do golpe de 1937, sob a agenda de reformas do Estado, o Brasil organizava suas primeiras políticas sociais, nas quais eram reservadas atenções especiais à família e à infância, notadamente no campo da assistência social [...] criação do Departamento Nacional da Criança – DNCR –, do Serviço de Assistência ao Menor – SAM – e da Legião Brasileira de Assistência – LBA –, marcaram o atendimento às famílias, crianças e jovens no período (PEREZ & PASSONE, 2010, p. 656).

Dessa forma e em conformidade com Pereira (2009), as políticas públicas foram sendo construídas. Nessa época histórica, nasce o Estado Social que defende o desenvolvimento do mercado acompanhado de políticas públicas e da interferência do Estado na economia para corrigir os erros e proteger a população, principalmente, a infância e a adolescência.

Assim, as primeiras ações de políticas sociais ocorrerão na relação de continuidade entre Estado liberal e Estado Social. Ambos terão um ponto em comum que é o reconhecimento dos direitos sociais

sem prejudicar os fundamentos do capitalismo (PIANA, 2009, p. 25).

Na década de 1930, o Brasil, inaugura, com a revolução, um período politicamente chamado de "Estado Social" brasileiro, atendendo a reivindicações históricas dos trabalhadores e da população em geral como legislação trabalhista, ensino básico obrigatório e seguridade social, sendo o projeto político de cunho centralizador e paternalista. Esse período acontece no Brasil em uma época de grave crise econômica nos países capitalistas. Nesta época, John Maynard Keynes faz a defesa da necessidade do Estado buscar formas para conter o desequilíbrio da economia, e sua doutrina:

... estimulou a criação de medidas macroeconômicas, que incluíam: a regulação do mercado; a formação e controle dos preços; a emissão de moedas; a imposição de condições contratuais; a distribuição de renda; o investimento público; o combate à pobreza. E tudo isso visava não exatamente à socialização da produção, rumo à instituição de uma sociedade socialmente igualitária, mas à socialização do consumo, a qual foi concebida como um contraponto à socialização da produção (PEREIRA, 2002, p. 32 e 33).

Pereira (2008) complementa ainda que o Estado Social tomou como parâmetro um modelo estatal de intervenção na economia de mercado, que “expandiu e fortaleceu o setor público e geriu sistemas de proteção social”.

É nesse contexto que surge a Constituição Federal do Brasil de 1937, que inclui artigos de proteção à criança e à família, nos parâmetros da moral e dos bons costumes:

Art. 124 - A família, constituída pelo casamento indissolúvel, está sob a proteção especial do Estado. Às famílias numerosas serão atribuídas compensações na proporção dos seus encargos.

Art. 125 - A educação integral da prole é o primeiro dever e o direito natural dos pais. O Estado não será estranho a esse dever, colaborando, de maneira principal ou subsidiar as deficiências e lacunas da educação particular.

Art. 126 - Aos filhos naturais, facilitando-lhes o reconhecimento, a lei assegurará igualdade com os legítimos, extensivos àqueles os direitos e deveres que em relação a estes incumbem aos pais.

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. O abandono moral, intelectual ou físico da infância e da juventude importará falta grave dos responsáveis por sua guarda e educação, e cria ao Estado o dever de provê-las do conforto e dos cuidados indispensáveis à preservação física e moral. Aos pais miseráveis assiste o direito de invocar o auxílio e proteção do Estado para a subsistência e educação da sua prole (BRASIL 1937, s/p).

Nos artigos alocados de proteção à família, percebe-se uma lógica invertida, visto que o Estado delega dever às famílias com relação à prole, colocando-se apenas como colaborador nessa tarefa e não como executor de políticas públicas voltadas à sustentabilidade da família. As políticas sociais possuíam um caráter paternalista, ou seja, ofereciam como auxílio uma ajuda material, mantendo o beneficiado na condição de pobreza e subalternidade.

Ainda, seguindo os parâmetros da atual legislação acerca da criança e do adolescente, nas décadas de 1930 e 1940, no Brasil, foram enfatizadas políticas de assistência, as quais se realizavam, prioritariamente, em instituições fechadas. Críticas a esse modelo propuseram mudanças nas políticas voltadas à infância até a década de

1950, quando às denúncias de superlotação, maus tratos e corrupção se fizeram mais fortes (RIZZINI, 1997, p. 44 -5).

Com o golpe de Estado de 1964, o qual instituiu a ditadura militar no país, a presença autoritária do Estado tornou-se uma realidade também nas políticas para a infância. De acordo com Priori:

A nova política de atendimento organizada para funcionar em âmbito nacional pretendia mudar comportamentos não pela reclusão do infrator, mas pela educação em reclusão - uma educação globalizadora na qual não estava em jogo dar prioridades à correção de desvios de comportamento, mas formar um indivíduo para a vida em sociedade (DEL PRIORI, 2008, p. 357).

Neste período, as políticas públicas da criança e do adolescente, assim como outras políticas sociais, estavam atreladas às diretrizes da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), inscritas no contexto da Doutrina de Segurança Nacional, imposta pelo estado ditatorial. Sob a ótica da Doutrina da Situação Irregular, utilizada desde o Código de Menores de 1927, a criança e o adolescente, compreendidos em seus aspectos patológicos, coisificados pelo estado, ficavam à mercê do “juiz de menores” que era o responsável pela aplicação de medidas jurídicas e sociais impostas “de cima para baixo” a seu bel-prazer. Como nos esclarece Albuquerque (2006):

No período da repressão política (1964-1985), o “problema do menor” era um dos mais importantes eixos da política de segurança nacional. Definido como um objetivo nacional permanente, era reprimido com o rigor de um período ditatorial que preferia atacar os efeitos da marginalidade (ou como diziam o “menor marginal”) à sua causa (ALBUQUERQUE, 2006, p. 67).

Inicia-se uma realidade diferenciada somente no ano de 1976, época em que são fortalecidas as discussões em torno da temática da criança e adolescente, com foco sobre o menor infrator. A partir dessas discussões, em 1979, foi promulgado o novo Código de Menores, conforme Lei Federal nº 6.697, de 10 de outubro de 1979, código este que foi simplesmente uma revisão do anterior que, segundo Cossetin (2012), continua com uma face voltada ao assistencialismo, repressão, controle, disciplina e desobrigação em relação ao estabelecimento de direitos aos sujeitos infanto-juvenis.

Em 1979, houve a revisão do Código do Menor de 1927, tendo na arbitrariedade, assistencialismo e repressão a continuidade da linha de ação do antigo código junto à população infanto-juvenil. Neste, a figura do Juiz de Menores é a autoridade que determina ações, desde advertência até internação, sem necessidade de instauração de processo legal. O legislador define como *menor em situação irregular* (grifo nosso), aquele que merece as normas da assistência, proteção e vigilância, sendo que essa expressão denomina o menor abandonado, exposto, infrator, com problema de conduta antissocial e que esteja exposto à exploração em atividade contrária aos bons costumes (BRASIL, 1979). O termo “situação irregular” traz a ideia da criança e adolescente marginalizados, marginais ou adaptados, e coloca somente a família ou a criança como responsáveis pelas irregularidades, sem que o Estado tenha parcela de responsabilização em termos de exclusão e falta de acesso a bens e serviços.

...privação das condições de subsistência de saúde e de instrução, põe omissão dos pais ou responsáveis, além da situação de maus tratos e castigo, de perigo moral e de falta de assistência legal, de desvio de conduta por inadaptação familiar ou comunitária e autoria de infração penal (SILVA & MOTTI, 2001, p. 25).

Em concordância com esses princípios, a orientação política quanto ao atendimento voltado à criança e ao adolescente desde a Política Nacional de Bem-Estar Social do Menor (PNBEM), em 1979, fortalece sua legitimidade (BRASIL, 1979), porém, sem que o discurso nem a prática tenham se modificado, o que teve como consequência a continuidade do quadro de exclusão social que ocorrerá até então.

Para melhor compreensão do processo, salientamos que o referido Código traz em seu bojo artigos referentes à assistência, proteção e vigilância de **menores** (grifo nosso), termo utilizado, na época, para designar a criança e o adolescente. Este novo Código de Menores, assim como o anterior, tem como objetivo as crianças e adolescentes pobres. O diferencial está em que este novo código categoriza essas crianças e adolescentes na condição de “situação irregular”.

De acordo com o artigo 2º do Novo Código de Menores (1979):

... considera-se em situação irregular o menor:

I - privado de condições essenciais a sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente em razão de: a) falta, ação ou omissão, dos pais ou responsável; b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las;

II - vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsáveis;

III – em perigo moral, devido: a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes; b) exploração em atividade contrária aos bons costumes;

IV - privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável;

V - com desvio de conduta em virtude de uma grave inadaptação familiar ou comunitária;

VI - autor de infração penal (BRASIL, 1979, não paginado).

Dessa forma,

... a criança e o adolescente pobres configuram-se em estado de situação irregular, fora da situação de normalidade. Seguindo a mesma concepção do Código de Menores de 1927, mantinha a separação nítida entre infância e os denominados de menores. A criança e o adolescente só adquiriam visibilidade e notoriedade social ao estar à margem da situação estabelecida como normalidade, configurando-se por parte do Estado, a mesma estratégia de controle e assistencialismo designada às populações mais carentes (COSSETIN, 2012, p. 40).

As políticas públicas voltadas à criança e ao adolescente foram estabelecidas e elaboradas de forma separatista e excludente, na perspectiva de Estado vigente no país. Sendo assim, a mudança foi construída de forma coletiva com a participação do estado e sociedade. Assim, no período da década de 1980 e 1990, houve debates sobre temas acerca da democratização, transparência política, participação social e cidadania em todo o Brasil.

Na área temática referente à criança e ao adolescente se deu grandes avanços em termos do compromisso social e do Estado de ter como prioridade absoluta a proteção social a essa população. No próximo tópico, discutiremos a criança sob essa perspectiva.

1.1.2 INFÂNCIA NO BRASIL – A CRIANÇA COMO SUJEITO DE DIREITO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Com a redemocratização do país, em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente, instituído pela Lei nº 8.069, que traz em seu bojo questões articuladas na Constituição Federal de 1988, na qual a criança e o adolescente são vistos, agora,

enquanto sujeitos de direitos e cujo cuidado deve ser de toda a sociedade, da família e do Estado.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os 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, 2012, p. 11).

Esse período histórico nos interessa para discussão a respeito do objeto de estudo referente a este trabalho, pois as políticas públicas voltadas para a criança e o adolescente estão intrinsecamente ligadas ao conhecimento do Estado estabelecido no país, cujas diretrizes e intenções refletem o Estado e suas características. Assim, uma discussão sobre o Estado brasileiro a partir do ano de 1988, ano da promulgação da Constituição Federal, marco legal no qual as políticas públicas e os grupos de vulnerabilidade obtiveram, desde então, igualdade de direitos, se faz necessário. Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, iniciou-se, na sociedade brasileira, uma discussão cuja pauta política era a revalorização do espaço público e a democratização das relações entre o Estado e a sociedade.

Na década de 1990, houve um amplo debate acerca da Reforma do Estado no Brasil, conduzida pelo então ministro de estado Luiz Carlos Bresser Pereira. Seus argumentos e propostas estão resumidos no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado- PDRAE no ano de 1995. Neste plano diretor, consta breve interpretação da crise do estado no Brasil, a classificação evolutiva da administração pública, o histórico das reformas administrativas no Brasil a partir dos anos 1930, o diagnóstico

da administração pública brasileira, o quadro referencial das formas de propriedade, setores do Estado e tipos de gestão, estratégia de mudança e os principais projetos de reforma do chamado aparelho do estado. Segundo a exposição do PDRAE, existe, na América Latina, uma crise do estado que se “desviou de suas funções precípua para atuar com grande ênfase na esfera produtiva”, gerando distorções crescentes no próprio mercado e tornando-se incapaz de “atender com eficiência a sobrecarga de demandas sociais a ele dirigidas, sobretudo na área social” (PEREIRA, 1997, p. 8). As mudanças e os processos em curso daquela época eram incertos, embora não faltasse quem os problematizasse no sentido de apontar que as intenções das classes dominantes estivessem em direção à fundação de um Estado diminuído em sua base social, mas burocraticamente eficaz para servir o capital (BORON, 1994, p. 81). Assim, nos anos 1990, houve uma concepção neoliberal de reforma do Estado, sendo que o discurso utilizado à época foi o Estado fazer parcerias com a sociedade civil, o que acarretou negligência das obrigações do Estado para com os direitos dos cidadãos, dentro de uma perspectiva privatista.

A dinâmica do capitalismo internacional - caracterizada pela globalização das economias e dos mercados e pelo acirramento da competitividade - deflagrou, nos anos 80 e 90, simultaneamente a emergência de três movimentos na esfera pública: a redefinição do papel do Estado nacional e suas relações com a sociedade; a incorporação, pelo setor privado, de parcela da produção de bens e serviços públicos antes de competência do Estado; e a emergência de um setor público não estatal - ou terceiro setor - como espaço social autônomo, entre o Estado e o mercado, voltado para atividades sociais sem fins lucrativos (BRESSER & NURIA, 1999, p. 108).

A crise que deflagrou a reforma foi definida como crise de governança com a existência de três componentes presentes: de natureza financeira, com o déficit das

contas públicas; de natureza administrativa, consequência da ineficiência do modo burocrático de gerenciar as organizações estatais; e de caráter estratégico, que é a inadequação do Estado no que se refere às intervenções nas atividades sociais e econômicas. Segundo Silva Jr. & Sguissardi (2001, p. 279), a reforma do Estado seria instrumento imprescindível para consolidar a estabilização, assegurar o crescimento da economia e promover a correção das desigualdades sociais.

Segundo Ribeiro (2002) a importância da reforma do Estado está na sua capacidade de implementar, de forma eficiente, as políticas públicas, ou seja, para aumentar a governança. A reforma deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para se fortalecer na função de promotor e regulador desse desenvolvimento (PEREIRA, 1995, p. 12).

O plano de reforma vem imbuído de diversos objetivos, entre eles: 1) combate à inflação por meio da dolarização da economia e valorização das moedas nacionais; 2) imposição de ajuste fiscal; 3) privatizações e reforma administrativa; 4) desregulamentação dos mercados; 5) liberalização comercial e financeira. Dessa forma, esperava-se que, com a execução de tais políticas reformistas, o país estivesse apto para o crescimento econômico.

Carinhato (2008) relata que, com a reforma política no Brasil, se procurava implantar um novo modelo econômico alicerçado no neoliberalismo que foi idealizado a partir do Consenso de Washington. A reforma do Estado brasileiro seria, segundo seus defensores, uma alternativa capaz de liberar a economia para uma nova etapa do crescimento. Ainda segundo esse autor, a reforma não pretendia formular um estado mínimo neoliberal, mas sim implantar um modelo de estado social liberal capaz de

“estimular e preparar as empresas e o país para uma competição generalizada”. Dessa forma:

De acordo com seus formuladores, o Estado social-liberal não seria um Estado social-burocrático, que contrata diretamente professores, médicos e assistentes sociais para realizar de forma monopolista e ineficiente os serviços sociais e científicos, nem tampouco um Estado neoliberal que se pretende mínimo e renuncia a suas responsabilidades sociais. Outro método de delimitação do espaço de atuação do Estado é a terceirização, mediante a qual o governo transfere para o setor privado, através de licitação pública e contratos, serviços auxiliares ou de apoio, como a limpeza, o processamento de dados e o transporte. Por meio do Programa Nacional de Publicização (PNP) (CARINHATO, 2008, p. 42).

As estratégias de reforma do Estado, no Brasil, são a privatização, a publicização e a terceirização, sendo esta, conforme Bresser Pereira, o processo de transferência para o setor privado dos serviços auxiliares ou de apoio que eram de responsabilidade do Estado. A publicização consiste na transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos que, hoje, o Estado presta (PEREIRA, 1997, p. 7). Publicização, no Plano, significa transformar uma organização estatal em uma organização de direito privado, pública, não-estatal (PEREIRA, 1997, p. 8).

As políticas sociais foram então enquadradas em serviços não-exclusivos do Estado, se tornando propriedade pública não-estatal ou privada.

O papel do Estado para com as políticas sociais é alterado, pois com este diagnóstico duas são as prescrições: racionalizar recursos e esvaziar o poder das instituições, já que instituições democráticas são permeáveis às pressões e demandas da população, além de serem consideradas como improdutivas, pela lógica de mercado. Assim a

responsabilidade pela execução das políticas sociais deve ser repassada para a sociedade: para os neoliberais através da privatização (mercado), e para a Terceira Via pelo público não-estatal (sem fins lucrativos) (PERONI, 2006, p. 14).

As políticas sociais no Brasil se desenvolveram a partir do século XX, sendo no formato de proteção social no modelo de seguro social na área da previdência, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais (FLEURY, 2004), sendo que, somente com a Constituição Federal de 1988, há mudança para um novo modelo de cobertura de universalidade.

De forma sintética, o novo padrão constitucional de política social caracterizou-se pela universalização da cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação do dever do Estado, subordinação das ações privadas à regulação estatal, em função da relevância pública das práticas e serviços nessas áreas (CARINHATO, 2008, p. 43).

No entanto, segundo a cientista política e social Draibe (2003) *apud* Carinhato (2008), a proteção social, após a reforma, deu continuidade a características do mesmo sistema histórico anterior, de base categorial e meritocrático.

Com o levantamento das políticas públicas voltadas para a criança e o adolescente na perspectiva histórica, e a forma como o Estado as organiza e executa, nos permite desvelar um discurso de afirmação à doutrina de garantia de direitos sem que a prática da execução dessas políticas alcancem a plenitude do artigo 227 da constituição Federal do Brasil.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à

vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

Observamos então que, no Brasil, o marco histórico para a efetivação do Sistema de Garantia de Direitos foi a Constituição Federal de 1988 e a reforma administrativa subsequente, a partir da qual programas e protocolos nacionais e internacionais foram criados, sendo utilizado um discurso de cidadania plena e inclusão social.

A legislação de descentralização dos serviços é recente no país, sendo visível a dificuldade dos municípios na gestão de programas e serviços que decorrem da reprodução da prática realizada procedente do antigo código do menor. O Estado persiste numa postura baseada na moral e bons costumes, isso inviabiliza a efetivação do Sistema de Garantia de Direitos, pois o olhar que se tem da infância ainda é o do “menor em situação irregular”. Historicamente, no país, predominou um discurso de gradativa preocupação com as questões da infância, porém os problemas vivenciados por essa população ainda persistem, com acesso mínimo às áreas da saúde, proteção social, segurança pública e intervenções repletas de juízo de valor.

Para amenizar esse quadro social, além do ECA, conta-se com um orçamento voltado à política para a infância. No Brasil, esse orçamento é realizado segundo princípios descritos na Lei 4.320 de 1964 que estabelecem as regras gerais para elaboração e controle do orçamento da união, dos estados e dos municípios. Essa lei está baseada em seis princípios, sendo estes a “anualidade”, com validade de um ano, de primeiro de janeiro de um ano terminando em primeiro de janeiro do ano seguinte;

equilíbrio significando que as despesas devem corresponder ao valor das receitas estimadas para determinado ano; exclusividade na qual a lei não pode abordar nenhum assunto que não esteja relacionado com a previsão de receitas ou com a fixação de despesas para o ano seguinte; legalidade, o orçamento anual deve se transformar para ter validade; publicidade, como o orçamento é público, deve ser amplamente divulgado para que qualquer cidadão ou cidadã saiba como foi empregado o recurso; unidade, pois cada cidade, estado ou União tem um único orçamento; universalidade, todas as receitas e despesas devem ser incluídas na lei orçamentária.

O orçamento relativo à infância está inserido no Orçamento Criança Adolescente (OCA), pois a Constituição Federal preconiza prioridade absoluta para as questões da criança e adolescência. O OCA constitui um grande avanço na análise do orçamento público e das políticas públicas em benefício da criança e do adolescente, pois é capaz de demonstrar, de forma objetiva, os recursos destinados em seu favor e a prioridade absoluta no orçamento para a infância e a adolescência. Logo o que se preconiza na Constituição Federal e no ECA não se efetiva (BRASIL, 2009, p. 51).

A princípio, devemos ter claro que o orçamento público é uma autorização e não uma obrigação de realizações. É na execução orçamentária que o autorizado na Lei do Orçamento torna-se realidade. Para o OCA, é nessa fase que se garante que o previsto será realmente executado (UNICEF, 2005, p.28). Assim, o OCA tem como objetivo organizar as informações referentes ao orçamento público, de forma a esclarecer o que se destina à promoção e ao desenvolvimento da criança e do adolescente. Apesar da atenção do OCA, as ações voltadas para a promoção da educação e da saúde materno-infantil ou para a proteção da violência sexual, ações essas focadas de forma direta na criança e no adolescente, também vão ao encontro de

ações que implementem, de forma indireta, a melhoria de condições da vida das famílias.

Os recursos para o OCA são originários, principalmente, de tributos arrecadados pelos municípios e de transferências do Governo Federal, assim sendo, para uma efetivação plena desse orçamento, só o acompanhamento criterioso e a atuação decidida da comunidade junto às autoridades podem garantir a certeza de execução dos empreendimentos alocados pelo OCA (UNICEF, 2005, p. 116).

A partir dessa construção, as políticas para a infância tornaram-se mais efetivas com ações no âmbito da saúde integral, como consta no livro *O Sistema Público de Saúde Brasileiro*, “O Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios, todas consideradas, pela Constituição da República de 1988, como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica” (SOUZA, 2001, p. 9).

No Brasil, atualmente, as políticas públicas são definidas a partir dos princípios da gestão descentralizada e participativa, com conselho de saúde nas três instâncias de governo. A saúde faz parte dos direitos humanos fundamentais, conforme descrito por Miranda Sá Junior (2004). Neste sentido, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) se fundamenta, segundo Faleiros *et al.* (2006, p 17), “como direito do cidadão e dever do Estado, no marco do processamento dos direitos sociais”.

Quanto à Assistência Social, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Lei 8.742 de 07/12/93) reafirma a assistência social como política de Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social), devendo prover serviços e programas para cidadãos que vivem em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social e que deles necessitarem.

No que se refere à Assistência Social há Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com políticas voltadas a indivíduos e famílias por níveis de complexidade, desde a promoção social (Baixa Complexidade), atendimento para fortalecimento de vínculos (Média complexidade) e acolhimento institucional (alta complexidade) como consta na Tipificação Nacional de Serviços Sócioassistenciais (BRASIL, 2009b).

Segundo consta em documentos do MDS (Ministério de Desenvolvimento Social) o SUAS comporta quatro tipos de gestão: da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios. No caso da gestão municipal, são possíveis três níveis de habilitação ao Suas: inicial, básica e plena. A gestão inicial fica por conta dos municípios que atendam a requisitos mínimos, como a existência e funcionamento de conselho, fundo e planos municipais de assistência social, além da execução das ações da Proteção Social Básica com recursos próprios. No nível básico, o município assume, com autonomia, a gestão da proteção social básica. No nível pleno, ele passa à gestão total das ações socioassistenciais (BRASIL, 2013)

A efetivação do Sistema de Garantia de Direitos foi estabelecida com a Constituição Federal de 1988, a partir da qual programas e protocolos nacionais e internacionais foram criados, sendo utilizado um discurso de cidadania plena e inclusão social. A legislação de descentralização dos serviços é recente no país, sendo visível a dificuldade dos municípios na gestão de programas e serviços, o que decorre da reprodução da prática realizada originada do antigo código do menor. O Estado persiste numa postura baseada na moral e bons costumes, isso inviabiliza a efetivação do Sistema de Garantia de Direitos, pois o olhar que se tem da infância ainda é o do

“menor em situação irregular”. Houve, o país, uma gradativa preocupação com as questões da infância, porém os problemas vivenciados por essa população ainda persistem, com acesso mínimo às áreas da saúde, proteção social, segurança pública e intervenções repletas de juízo de valor.

As ações voltadas a crianças e adolescentes no Brasil estão vinculadas a três esferas de governo e seguem uma diretriz nacional, sem que as especificidades e peculiaridades regionais sejam consideradas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na superfície do Brasil foi mantido o valor de 8.515.767,049 km², publicado no DOU nº 16 de 23/01/2013, conforme Resolução Nº 01 de 15 de janeiro de 2013.

Esse é um ponto de fragilidade na elaboração das políticas públicas, visto que o Brasil possui uma grande extensão territorial e pluriculturalidade. A categorização das políticas não visualiza esse aspecto do país, o que acarreta dificuldades tanto na execução quanto no financiamento para sua execução.

1.1.3 CATEGORIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A CRIANÇA E ADOLESCENTE NO BRASIL

Todas as políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes executadas no Brasil seguem os preceitos do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), sistema esse que se constitui na articulação e na integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal (BRASIL, 2014).

Os programas voltados para a área da infância e adolescência em execução no país atualmente seguem um plano nacional de políticas públicas, direcionados para a criança e o adolescente que integram desde a promoção e prevenção até os atendimentos de alta complexidade e especialidades.

Partindo do princípio de que a Constituição Federal de 1988 estabelece que a família tenha especial proteção do Estado, assim como assegura às crianças e aos adolescentes o direito à convivência familiar e comunitária, os programas voltados a essa população são:

1) Programa Protocolo Nacional para a Proteção Integral de Crianças e Adolescentes em Situação de Riscos e Desastres. O Protocolo Nacional tem como objetivo principal assegurar a proteção dos direitos de crianças e adolescentes em situação de riscos e desastres, com vistas a reduzir a vulnerabilidade a que estiverem expostos. Suas ações consistem de: acompanhamento e articulação com os estados e municípios parceiros para a apropriação do Protocolo; instalação e acompanhamento do Comitê Nacional de Proteção Integral a Crianças e Adolescentes; desenvolvimento de material informativo para proteção de Crianças e Adolescentes em situação de riscos e desastres.

2) Programa Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Desaparecidos. O principal objetivo do Cadastro Nacional é auxiliar na busca, identificação e localização de crianças e adolescentes em todo o território nacional de forma integrada e simultânea. Suas ações consistem de: acompanhamento do desenvolvimento do Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Desaparecidos em parceria com o Ministério da Justiça; articulação com a rede de cada Estado para que sejam consolidadas ações do sistema de localização de crianças e adolescentes

desaparecidos; publicação e divulgação de material informativo de Prevenção ao desaparecimento de crianças e adolescentes para os operadores do Sistema de Garantia de Direitos (grandes eventos); promoção de campanha de divulgação da Lei da Busca Imediata; apoio e fortalecimento da Rede Nacional de Identificação e Localização de Crianças e Adolescentes Desaparecidos – ReDESAP, bem como o seu Comitê Gestor.

3) Programa Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária - Reordenamento Institucional de Unidades de Acolhimento. O principal objetivo do Plano Nacional é adequar as unidades de acolhimento em acordo com o estabelecido no “Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes” de forma a extinguir as grandes unidades de acolhimento, garantir a reintegração familiar de crianças e adolescentes institucionalizados, dar os devidos encaminhamentos aos casos de adoção, garantindo, dessa forma, o direito à convivência familiar e comunitária. Suas ações consistem em: articulação institucional para o atendimento de crianças e adolescentes, de forma a fortalecer as ações do Plano Nacional; implantação e acompanhamento do Fórum Nacional de Convivência Familiar e Comunitária; articulação para pactuação com o Conselho Nacional de Justiça, Conselho Nacional do Ministério Público e o Ministério de Desenvolvimento Social sobre a Gestão Estadual e Municipal do reordenamento institucional e a implantação e implementação dos Planos de Convivência Familiar e Comunitária e das Orientações Técnicas: serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes os Estados e Municípios; fortalecimento e apoio a Comissão Nacional Intersetorial de Acompanhamento do Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária.

4) Programa Adoção de Crianças e Adolescentes. O principal objetivo dessa temática é garantir a crianças e adolescentes disponíveis para adoção o direito a

convivência familiar e comunitária por meio da adoção legal, respeitando os critérios e as ferramentas disponibilizados pela legislação brasileira. Suas ações consistem em: construção e pactuação do Protocolo para preparação de adotantes; construção e pactuação do protocolo de apadrinhamento afetivo; promoção de Campanhas Nacionais de Adoção.

5) Programa Crianças e Adolescentes filhos de Mães Presas. O principal objetivo dessa temática é garantir a crianças e adolescentes filhos de mães presas o direito à amamentação no primeiro ano de vida, o direito à convivência familiar e comunitária em ambiente saudável junto à família extensa da criança enquanto a mãe estiver encarcerada, bem como garantir o direito à visitação. Suas ações consistem em: acompanhamento Estudo/Pesquisa (INFOPEN MULHER) para detectar crianças filhas de mães presas e suas condições de visita e moradia; propor parâmetros para a alteração da Lei de Execuções Penais - LEP com CONANDA e Grupo de Trabalho para mulheres do sistema prisional (construção de espaços, período máximo de permanência e estratégias junto à família extensa); buscar estabelecer diretrizes de atendimento a crianças em unidades prisionais: centros de referência materno-infantis.

6) Programa Crianças e Adolescentes em Situação de Rua. O principal objetivo dessa temática é o enfrentamento à situação de rua de crianças e adolescentes, proporcionando a promoção dos direitos básicos, bem como a proteção integral, a convivência familiar e comunitária e o seu protagonismo. Suas ações consistem em: fortalecimento das redes de garantia do direito de crianças e adolescentes em situação de rua à convivência familiar e comunitária; fortalecimento das redes de atendimento (boas práticas); mapeamento e pactuação de parcerias com órgãos e instituições afetos.

7) Programa Crianças e adolescentes submetidos a Castigos Corporais ou tratamento cruel ou degradante. O principal objetivo dessa temática é a promoção de um ambiente saudável para crianças e adolescentes de forma que cresçam e sejam educados sem violência. Garantir o acesso à informação à famílias e redes de apoio as famílias sobre a temática e a importância de sua aplicação. Suas ações consistem em: acompanhamento da tramitação do Projeto de Lei 7672/2010 que altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o 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 corporais ou de tratamento cruel ou degradante; divulgação e sensibilização da sociedade frente à aplicação da Lei.

8) Programa Crianças e Adolescentes Indígenas e Quilombolas: O principal objetivo dessa temática é garantir o direito de crianças e adolescentes indígenas a sua identidade e diversidade cultural. Suas ações consistem em: mapeamento e pactuação de parcerias com órgãos e instituições afetos.

9) Programa Primeira Infância; O objetivo dessa temática é garantir e promover os direitos básicos de crianças de 0 a 6 anos. Suas ações consistem em: apoiar a rede nacional da primeira infância: divulgar, bem como promover a execução das ações do Plano Nacional pela 1ª Infância.

O Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM) foi criado em 2003, como uma das estratégias do Governo Federal para o enfrentamento do tema da letalidade infanto-juvenil. Instituído oficialmente em 2007, pelo Decreto 6.231/07, integrou a Agenda Social Criança e Adolescente, no âmbito do Projeto “Bem me Quer”. Outro marco para a proteção de crianças e adolescentes

ameaçadas de morte foi a criação do Sistema de Proteção no Plano Pluri Anual 2008-2011 e a vinculação do PPCAAM a este Sistema. O PPCAAM tem por objetivo preservar a vida das crianças e dos adolescentes ameaçados de morte, com ênfase na proteção integral e na convivência familiar. É executado em diferentes estados, por meio do conveniamento entre a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Governos Estaduais e Organizações Não Governamentais. A identificação da ameaça e a inclusão no PPCAAM é realizada por meio do Poder Judiciário, dos Conselhos Tutelares e do Ministério Público, caracterizados como “Portas de Entrada”, sendo essas instituições também responsáveis pela fiscalização e aplicação da garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. O perfil das pessoas que estão sob proteção no PPCAAM é o seguinte: sexo masculino (76%), raça negra (75%), faixa etária entre 15 e 17 anos (59%), ensino fundamental incompleto (95%), morador da capital (63%), tem a genitora como principal referência familiar (75%), renda familiar é de até 1 SM (57%), e a ameaça se devendo ao envolvimento com o tráfico (60%). A porta de entrada principal é o Conselho Tutelar ou o Poder Judiciário (70%). O protegido é acolhido na modalidade familiar (42%) e institucional (34%), e o tempo de permanência no PPCAAM é de cerca de 06 meses (53%). O desligamento ocorre por consolidação da inserção social e cessação da ameaça (50%). Este programa atua em dois níveis: 1) Primeiro, no atendimento direto aos ameaçados e suas famílias, retirando-os do local da ameaça e inserindo-os em novos espaços de moradia e convivência. Por meio dessa medida, procura-se oferecer oportunidades aos protegidos, tanto no que se refere ao acompanhamento escolar, como na inserção em projetos culturais e profissionalizantes, entre outros; 2) Segundo, na prevenção por meio de estudos e pesquisas, bem como no apoio a projetos de intervenção com adolescentes em situação de vulnerabilidade. Neste sentido, em julho de 2009, foi

lançado o Programa de Redução da Violência Letal (PRVL) juntamente com Observatório de Favelas, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Laboratório de Análise da Violência da UERJ. O PRVL busca sensibilizar a sociedade e os poderes públicos para o grave problema da letalidade de adolescentes e jovens no país, com o intuito de construir uma agenda comum de enfrentamento em diferentes eixos, a saber:

1) Articulação Política – com ações de advocacia nacional e de mobilização, buscando desenvolver estratégias de atuação e fortalecimento das redes locais;

2) Produção de Indicadores – construção de mecanismos de monitoramento dos homicídios de adolescentes e jovens destinados a subsidiar as políticas de prevenção da violência letal. Além disso, foi criado o Índice de Homicídios na Adolescência (IHA). O IHA estima o risco de mortalidade por homicídios de adolescentes em um determinado território, desenvolvido para cidades com mais de 100 mil habitantes. O estudo, realizado pelo Ministério da Assistência Social e Combate a Fome, aponta que os homicídios já correspondem a 45% das mortes nesta faixa etária; além disso, a análise do risco relativo indica que o risco de morte para os homens é 12 vezes maior do que para as mulheres. No que tange à raça, os negros possuem 2,6 vezes mais probabilidade de serem assassinados e as armas de fogo aparecem como o principal instrumento utilizado, com uma incidência 3 vezes maior dos que os demais instrumentos. Em função desse diagnóstico, foi constituído um Grupo de Trabalho Nacional, já em andamento, com participação de gestores municipais, estaduais e governo federal, que tem como objetivo identificar estratégias de enfrentamento ao problema, bem como formular as bases para a construção de uma política nacional de redução da violência letal.

Ainda temos o Programa Inicial Integrado, cuja iniciativa visa efetivar as ações de atendimento e tratamento dos envolvidos em atos infracionais de maneira adequada e cidadã. O atendimento ao adolescente que se envolve na prática de um ato infracional será tanto mais eficiente e eficaz quanto se puder dispor de uma rede bem articulada e que atue desde o momento inicial, ou seja, a partir do momento da apreensão do adolescente pela autoridade policial. Ao atendimento inicial deu-se o nome de NAI, que é a abreviação de Núcleo de Atendimento Integrado, também chamado de Núcleo de Atendimento Multidisciplinar ou Interdisciplinar, ou Centro Integrado. Esse serviço dá cumprimento ao Artigo 88 do ECA no seu inciso V. São diretrizes da política de atendimento: Integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social, preferencialmente em um mesmo local, para efeito de agilização do atendimento inicial ao adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional. O NAI é um trabalho em REDE e, como tal, constitui-se num espaço para todos os parceiros que, direta ou indiretamente, devem atuar nas questões relativas ao Ato Infracional do adolescente, ou que podem colaborar para a acolhida, o acompanhamento e direcionamento dos que são conduzidos ao Núcleo. O artigo 88, inciso V, do ECA não obriga, mas coloca como desejável que os vários parceiros que integram o NAI atuem em um mesmo local. Essa aproximação física, para além daquela ideológica e de princípios, se constitui como um elemento importante para a consecução de um dos relevantes objetivos do NAI que é imprimir agilidade aos seus procedimentos. Outras vantagens dessa forma de atuação é o fato de se conseguir olhar para a pessoa do adolescente e não apenas para o ato infracional que ele praticou. O adolescente passa a ser o centro da atenção das várias áreas que de forma simultânea e efetiva poderão dar

conta de atendê-lo, juntamente com sua família, em suas necessidades e direitos fundamentais.

Temos também o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PNEVSCA), que teve início no ano de 2003, ligado à Secretaria Especial de Direitos Humanos. Esse Programa investe em projetos que representam alternativas para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual. A Secretaria de Direitos Humanos da República, em 2003, passou a contar com uma área específica para tratar da prática da violência sexual cometida contra crianças e adolescentes. A partir do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PNEVSCA), iniciativas importantes foram implementadas, como o Disque 100 e o PAIR (Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual, Infanto-Juvenil no Território Brasileiro). Suas metas implicam em: desenvolver estudos quantitativos e qualitativos para análise da situação de violência sexual infanto-juvenil nas áreas abrangidas pelo programa; desenvolver campanhas de sensibilização e mobilização da sociedade, em especial a mídia e os segmentos que comprovadamente representam fatores de risco à população infanto-juvenil; fortalecer articulações nacionais, regionais e locais de combate à violência sexual; Fortalecer e potencializar articulação entre os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; promover mecanismos de exigibilidade dos direitos (defesa jurídica) às vítimas da violência sexual infanto-juvenil; garantir o atendimento adequado para crianças, adolescentes e familiares em situação de violência sexual; integrar as Políticas Sociais Básicas consolidando redes de atenção a crianças, adolescentes e famílias violadas sexualmente; promover a participação proativa dos segmentos jovens na construção e implementação dos planos operativos locais

voltados ao enfrentamento da violência sexual; apoiar as iniciativas locais voltadas ao atendimento especializado das vítimas do tráfico e exploração sexual nos campos da assistência social, educação, saúde, qualificação profissional e geração de trabalho e renda; desenvolver os instrumentos de comunicação social como estratégia de visibilidade e controle social das situações que representem risco ou ocorrência de violações dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, em especial no tocante à integridade física e psíquica; sistematizar e disseminar experiências desenvolvidas em cada um dos municípios de forma a criar situações favoráveis a replicações em regiões que guardem as mesmas características culturais, sociais e econômicas.

Existe também programas de atendimentos socioeducativos por meio de parcerias entre governos. O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) é a política pública que organiza e orienta a execução das Medidas Socioeducativas aplicadas a adolescentes aos quais é atribuída a prática de ato infracional. Partindo da legislação vigente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei Federal 8.069/98), fundamentado na Resolução 119/06 do CONANDA e na Lei Federal 12594/12, busca estabelecer diretrizes para o adequado cumprimento do que foi pensado e definido em leis para a responsabilização e o acompanhamento educativo desses adolescentes.

As temáticas aqui elencadas no que se refere às políticas públicas de proteção social voltadas à criança e ao adolescente têm por objetivo atender as violações de direitos por ação ou omissão contra crianças e adolescentes. As ações vêm ao encontro da necessidade de erradicar as violências tipificadas contra a criança e o adolescente. As principais violências contra crianças e adolescentes são: 1) Violência Estrutural, que, segundo Minayo (1993), caracteriza-se pelo destaque na atuação das classes,

grupos ou nações econômica ou politicamente dominantes, que se utilizam de leis e instituições para manter sua situação privilegiada, como se isso fosse um direito natural; 2) Violência Institucional, cujas dimensões “[...] se caracterizam por estar sempre associadas às condições específicas dos locais onde ocorrem: nas prisões, nos hospitais, nas ruas, nos postos de saúde, no ambiente familiar, nas escolas, nos abrigos, nas casas de passagem, nos tribunais e nos ministérios, nos espaços onde há relações hierárquicas e verticais instaladas para assegurar uma situação contínua de mando e obediência” (GIRON, 2010, p.53); 3) Violência física que, segundo Faleiros (2008), se caracteriza por relações sociais reguladas pela assimetria de poder e pelo uso da força física, causada pela agressão direta ao corpo de outra pessoa, tendo como consequências lesões com diferentes níveis de gravidade e sofrimento à vítima, bem como a incidência frequente de sequelas físicas e psicológicas; 4) Violência Psicológica que, segundo Faleiros (2008), baseia-se na relação assimétrica de poder, em atitudes de mando arbitrário, e define-se em ações baseadas na agressão verbal, chantagem, ameaças, humilhações, desvalorização, estigmatização, desqualificação, rejeição e isolamento, entre outras ações; 5) Negligência; 6) Violência Sexual.

1.1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A CRIANÇA E ADOLESCENTE EM FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ

No município de Foz do Iguaçu, é na Assistência Social que se concentram as políticas voltadas para a criança e o adolescente. A implantação do Sistema Único da Assistência Social no município se deu no ano de 2004 e, a partir de então, sua execução e financiamento passou a ter contrapartida do governo municipal (BRASIL, 2009). O Terceiro Setor está com a tarefa, desde a década de 1990, de auxiliar na

execução dessas políticas. Dessa forma, Foz do Iguaçu apresenta serviços e programas ligados ao SUAS sendo executados pelo poder público e Organizações não governamentais (ONGS). Esse atendimento é realizado de acordo com a Resolução de número 109, de 11 de novembro de 2009, que trata da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

As políticas voltadas para a criança e o adolescente são divididas de acordo com o nível de complexidade, que pode ser: 1) Baixa complexidade, uma política voltada para a promoção e prevenção de riscos sociais e pessoais; 2) Média complexidade, na qual se faz o atendimento em prevenção terciária, com o trabalho de fortalecimento de vínculos entre famílias e indivíduos; 3) Alta complexidade, que representa o trabalho de acolhimento institucional quando a dissolução de vínculos familiares se estabelece.

Na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUAS), as políticas de proteção social para a criança e o adolescente são explicitadas da seguinte forma:

1) Política de baixa complexidade, consistindo em Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF), de caráter continuado, com o intuito de fortalecer a função protetiva das famílias; é serviço de convivência e fortalecimento de vínculos realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir as aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com seu ciclo de vida, afim de contemplar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social.

2) Política de Proteção Social Especial de Média complexidade. ocorre através do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a famílias e Indivíduos

(PAEFI), um programa de apoio, orientação e acompanhamento à famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos.

3) Serviço de Proteção Especial de Alta Complexidade, consistindo em Serviço de Acolhimento Institucional, que se dá através de acolhimento em diferentes tipos de equipamentos, destinados a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral (BRASIL, 2009).

Tem-se ainda uma política pública voltada ao enfrentamento à violência sexual contra a criança e o adolescente, com início no município de Foz do Iguaçu no ano de 2008 um Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (PAIR). Esse programa propõe uma série de etapas para a formulação de políticas públicas de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes de forma articulada e intersetorial, a partir do fortalecimento das redes locais que atuam no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. Usa metodologias que vão desde a articulação política de cada município e a capacitação da rede de proteção, até o monitoramento das ações previstas nos planos estaduais e municipais de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes.

O Estado brasileiro tem uma tradição colonialista, sendo visto, dessa forma, como resultado de uma amálgama entre poder público e privado capaz de impor, de cima para baixo e coercitivamente, normas e diretrizes, distribuindo em contrapartida prebendas e benefícios (MENDONÇA, 2011, p 21-22)).

Esse antagonismo no contexto da infância se reflete na falta de acesso aos direitos fundamentais do ser humano, como consta no documento “Um mundo para as crianças das Nações Unidas”

Milhões de vidas jovens foram salvas, mais crianças do que nunca estão freqüentando a escola, mais crianças participam ativamente nas decisões que afetam sua vida e importantes tratados foram acordados para proteger as crianças. Entretanto, esses avanços e ganhos foram desiguais e ainda restam muitos obstáculos, especialmente nos países em desenvolvimento. Tem sido difícil garantir um futuro melhor para todas as crianças; os avanços gerais não alcançaram as obrigações nacionais, nem os compromissos internacionais. (ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002, p 14).

No município de Foz do Iguaçu, as políticas voltadas para a criança em execução estão atreladas à Secretaria da Assistência Social, Família e Relações com a Comunidade.

No Quadro 1, apresenta-se as instituições que atuam na rede de proteção e assistência a crianças e adolescentes no município de Foz do Iguaçu - PR, nos anos de 2013 e 2014, segundo o nível de complexidade em que atuam.

Quadro 1. Instituições responsáveis pelos serviços de proteção a crianças e adolescentes em Foz do Iguaçu-PR, segundo nível de complexidade, 2013-2014.

| Nível de Complexidade | Localização | Ano de criação | Tipo |
|---|--------------------|-----------------------|-------------|
| Baixa Complexidade | | | |
| 1. Associação Fraternidade Aliança (AFA) | Porto Meira | 1991 | ONG |
| 2. Centro de atendimento integral ao adolescente (CAIA) | Porto Meira | 2001 | ONG |
| 3. Coletivo Pró-Jovem ao Adolescente | Vila C | 2009 | GOV |
| 4. Núcleo Criança de Valor | Jardim América | 2003 | ONG |
| 5. Núcleo Sagrada Família | Porto Meira | 1995 | ONG |

| | | | |
|--|-------------|------|-----|
| 6. Guarda Mirim de Foz do Iguaçu | Centro | 1977 | ONG |
| 7. Centro de Nutrição Infantil | Centro | 1993 | ONG |
| 8. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) | Morumbi I | 2008 | GOV |
| | Três Lagoas | 2006 | GOV |
| | Cidade Nova | 2008 | GOV |
| | Porto Meira | 2008 | GOV |

Média Complexidade

| | | | |
|--|--------|------|-----|
| 1. Centro de convivência e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) | Centro | 2003 | GOV |
| 2. Centro de Referência da Assistência Social (CREAS I) | Centro | 2008 | GOV |
| 3. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) | Centro | 1977 | ONG |
| 4. Associação de Pais e Amigos dos Surdos de Foz do Iguaçu (APASFI) | Centro | 1979 | ONG |
| 5. Nosso CANTO - Centro de Adaptação Neurológica Total | Centro | - | ONG |

Alta Complexidade

| | | | |
|---|---------|------|-----|
| 1. Comunidade dos Pequenos Trabalhadores (CDPT) | Morumbi | 1995 | ONG |
| 2. Aldeias Infantis | Centro | 2011 | ONG |
| 3. Casa Família Maria Porta do Céu | AKLP | 2007 | ONG |
| 4. Programa Guarda Subsidiada | Centro | - | GOV |

1.2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo trata da exposição de trabalhos nacionais e internacionais que abordam aspectos de gestão e eficácia na execução das políticas voltadas à infância e adolescência.

1.2.1 TAXOLOGIA DA VIOLÊNCIA

A violência é um fenômeno global e que acompanha a humanidade desde os primórdios da humanidade. Conforme Pinker (2004), foram encontrados por arqueólogos ossos humanos cortados como se cortam ossos de animais para alimentação, e encontraram também vestígios de mioglobina humana em cascos de panela e em pedaços de excrementos humanos fossilizados.

Membros do *Homo antecessor*, parentes do ancestral comum do Homem de Neanderthal e do humano moderno, também se trucidavam e se trinchavam, indicando que a violência e o canibalismo remontam há pelo menos 800 mil anos (PINKER, 2004, p. 417).

A violência acontece de variadas formas. Pinker (2004) relata que a guerra é apenas uma das formas de como pessoas matam e ferem outras pessoas. Existem os conflitos étnicos, batalhas por território, rixas de família ou grupos, e homicídios individuais.

Quanto à causa da violência, inúmeros estudos tratam desse tema sem que se tenha uma conclusão única entre os pareceres. Segundo Pinker (2004), a violência está relacionada com um “vício cultural” de competição. De acordo com ele “quando a

cultura é vista como uma entidade com crenças e desejos, as crenças e desejos de pessoas reais não têm importância” (PINKER, 2004, p. 420). Ainda, o autor desconstrói mitos sobre as origens e causas da violência, sendo algumas delas: 1) Violência como comportamento aprendido, porém não existem estudos científicos sobre essa teoria; 2) Violência causada por fatores como nutrição ou doença. Quanto a essa suposição, não há indícios de que a violência seja causada por uma deficiência de vitamina ou uma infecção bacteriana; 3) Pais agressivos, com frequência, têm filhos agressivos, ou seja, a violência aprendida com os pais em um ciclo de violência. Para Pinker, a menos que sejam realizados estudos com filhos adotivos e que se mostre que eles agem mais como seus pais adotivos do que com seus pais biológicos, os ciclos de violência não provam coisa alguma; 4) a teoria da cultura da masculinidade defendida por psicólogos, em que Pinker relata a limitação intelectual desses estudiosos que os impedem de perceber que homens e mulheres diferem em sua biologia, além de seus papéis sociais, Essa teoria da cultura da masculinidade defende que os homens são mais propensos a cometer violências que as mulheres; 5) a violência da mídia como influência para atitudes agressivas de crianças e adolescentes, bem como indivíduos que foram vítimas de violência, frequentemente, se tornam algozes. Segundo Pinker, essas relações foram desconsideradas por inúmeros pesquisadores, inclusive ele próprio.; 6) Violência como problema de saúde pública, na qual não é o agressor que define o problema da violência, mas sim o ambiente, sendo essa, para Pinker, a falha da teoria, visto que, na doença, o sofrimento é sentido pela pessoa em razão de algum distúrbio dela mesmo. Para ele, a violência não tem nada que a classifique como doença. Ainda, segundo ele, o comportamento violento pode ser mais bem compreendido – e prevenido – se for abordado como uma doença contagiosa que se

propaga em indivíduos vulneráveis e em regiões carentes de recurso (PINKER, 2004, p.418-425).

Sobre conceito de violência, temos, na Organização Mundial da Saúde (OMS) a definição de violência como uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (OMS, 1996) .

Outro conceito de violência comumente utilizado é o que nos traz Rocha:

A violência, sob todas as formas de suas inúmeras manifestações, pode ser considerada como uma vis, vale dizer, como uma força que transgride os limites dos seres humanos, tanto na sua realidade física e psíquica, quanto no campo de suas realizações sociais, éticas, estéticas, políticas e religiosas. Em outras palavras, a violência, sob todas as suas formas, desrespeita os direitos fundamentais do ser humano, sem os quais o homem deixa de ser considerado como sujeito de direitos e de deveres, e passa a ser olhado como um puro e simples objeto (ROCHA, 1996, p10).

Sobre os diferentes tipos de violência, a World Health Organization-WHO (2008) define quatro (04) tipos de violência contra crianças e adolescentes, que são: 1) Sexual; 2) Emocional; 3) Psicológica e; 4) Negligência. Essas violências podem resultar em danos físicos e psicológicos, além de danos ao crescimento, desenvolvimento e maturação desses indivíduos. De acordo com a Assembleia Geral das Nações Unidas (2006), é na família que se propicia o ambiente acolhedor e adequado para o desenvolvimento, o bem-estar e a qualidade de vida de todos os seus membros, e também é a família que deveria proporcionar esse ambiente adequado e a proteção necessária para se prevenir as violências contra suas crianças e adolescentes.

No entanto, ainda no meio familiar é que a criança e o adolescente podem ter contato inicial com a violência:

A prevalência da violência contra crianças por parte de pais e de outros familiares próximos – violência física, sexual e psicológica, bem como a negligência deliberada – foi reconhecida e documentada nas últimas décadas. Do nascimento até a idade de 18 anos, as crianças são vulneráveis a diversas formas de violência dentro de seus lares. Os agressores variam de acordo com a idade e a maturidade da vítima e podem incluir seus pais, padrastos e madrastas, pais adotivos, irmãos, outros familiares e pessoas que cuidam dela (ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006, p. 14).

Dessa forma, sendo na família que as violências acontecem, a questão de sua prevenção e tratamento não deve parar na “porta” da casa, o termo instituição privada, não cabe nesse tema da garantia de direitos a crianças e adolescentes. De acordo com o relatório sobre violência contra crianças e adolescentes, realizado pela Assembleia Geral das Nações Unidas (2006), pesquisas realizadas em diversos países indicam que a “síndrome do bebê sacudido” – o abuso de bebês sacudindo-os – está, frequentemente, relacionada a lesões na cabeça e a lesões cerebrais severas. A violência inicia-se desde os primeiros dias de vida da criança e continua por toda uma fase importante de desenvolvimento físico e psíquico, até os 18 anos. É um tema delicado, pois penetra na particularidade de cada família e no seu jeito de “educar” a prole. Porém, como diz o artigo 227 da Constituição Federal, é dever da família, da sociedade e do Estado a proteção de crianças e adolescentes e a salvaguarda de todo tipo de violência.

Essa discussão nos remete ao papel do Estado nas questões da violência contra criança e o adolescente, sua prevenção e tratamento. De acordo Minayo (1994), a violência é um fenômeno complexo, dinâmico e biopsicossocial. Para entender essa

complexidade, é necessário fazer uma leitura histórica, e se entende que, na configuração da violência, entrelaçam-se questões políticas, econômicas, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas e institucionais e ainda questões individuais, do ser humano. Minayo (1994) classifica violências, sendo elas: 1) Violência Estrutural: se ajusta tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família quanto aos sistemas econômicos, culturais e políticos, acarretando opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais a cidadania é negada, levando-os a situações de vulnerabilidade, risco, sofrimento e morte mais que outros; 2) Violência da delinquência: esse tipo de violência passa pela violência estrutural, pois, nela, há o confronto de uns indivíduos com outros, corrompendo-os e impulsionando-os ao delito; 3) Violência da resistência: é a violência de resposta de grupos de vulnerabilidade frente à violência estrutural.

A violência contra a criança e o adolescente ao longo da história tem um viés estrutural, no qual o Estado, seja pela exclusão dos mais oprimidos, seja pela ingerência do governo na organização, planejamento e execução de políticas de promoção, prevenção e atendimento a essa população, tem um papel importante. E, dessa forma, historicamente, crianças e adolescentes crescem na contramão da garantia de direitos.

1.2.2 - EPIDEMIOLOGIA

De acordo com Turci *et al.* (2010) epidemiologia é o “estudo do comportamento da doença na população”. A violência está, desde o ano de 2011, inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014). Segundo o Diário Oficial da União, Seção I, nº 108, segunda-feira, 9 de junho de 2014, no capítulo II sobre a notificação compulsória:

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo¹, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS².

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível. (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2014, p.68)

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Ainda de acordo com Turci *et al.* (2010), a notificação compulsória de violências vem ao encontro do objetivo da epidemiologia junto às políticas públicas,

¹ Lista Nacional de Notificação compulsória

² Secretaria de Vigilância em saúde - Ministério da Saúde

pois contribui para o planejamento, gestão e avaliação. Ainda é importante e útil para descrever as condições de saúde de uma determinada população, considerando o ambiente construído bem como o espaço e o tempo em que se dá a investigação.

A notificação compulsória da violência contra a criança e o adolescente estabelecida pelo setor saúde deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social de crianças e adolescentes. Permite aos profissionais de saúde, assim como do campo da educação, da assistência social, dos Conselhos Tutelares e da justiça, adotarem medidas de cuidado às vítimas da violência. Notificar implica em dividir e partilhar com os vários setores da sociedade a responsabilidade de proteger crianças e adolescentes (ASSIS *et al.*, 2010, p. 2306).

Segundo Ayres (2002), a saúde tem uma prática, principalmente na América Latina, voltada para a prevenção, educação em saúde e a obtenção de qualidade de vida, pois a epidemiologia, hoje, tem uma visão de vigilância sanitária e também uma preocupação com questões mais amplas como as nutricionais, ambientais, a saúde mental, as relações entre saúde e trabalho ou a violência.

A ampliação que esta postula aspira intervir não apenas naquilo que se deve evitar que aconteça para que se possa viver de forma saudável, mas quer estabelecer patamares que devem ser alcançados, em termos de aquisições positivas do ponto de vista físico, mental, emocional, cultural, ambiental, etc., para caracterizar uma boa qualidade de vida (AYRES, 2002, p. 29).

A epidemiologia avançou em termos de métodos de análise de dados que, segundo Ayres (2002):

Com as propostas recentes rumo à conceituação positiva de saúde³ a epidemiologia imporá profundas reflexões, que se estendem desde a identificação de impasses metodológicos bastante concretos até questionamentos de ordem mais propriamente filosófica. Este movimento implica um ativo trânsito interdisciplinar. Senão, de que forma identificar, interpretar e validar, de modo autêntico, verdadeiro e legítimo, as diferentes dimensões da vida negadas pelos agravos e adoecimentos? (AYRES, 2002, p. 40).

Para tanto, é necessária uma leitura que abarque também a compreensão das desigualdades sociais, as quais marcam um campo de investigação em relação à saúde e qualidade de vida de populações vulneráveis. A classe social em que o sujeito está inscrito interfere no impacto de doenças e agravos em seus corpos. A violência contra crianças e adolescentes perpassa essa questão social. As crenças e tradições em relação à educação, inúmeras vezes, levam a criança e o adolescente aos conselhos Tutelares e Prontos Atendimentos em Saúde, uma vez que se relacionam com as violências físicas e sexuais. Conforme Herzlich (2005, p. 200), a fragilidade social, tanto individual como a coletiva, afeta a qualidade de resposta frente às fragilidades corporais, interferindo na aquisição, no tratamento e na recuperação de doenças e agravos. E o mesmo ocorre quando se trata de medidas de prevenção que também são marcadas pelas desigualdades sociais. Cabe aqui uma reflexão quanto à desigualdade social e à exclusão social. A primeira ligada às questões econômicas, à pobreza de determinada camada da população, uma construção histórica na qual o Estado tem um papel fundamental. A segunda, associada às discriminações, a não equidade, a grupos específicos que são rechaçados pela sociedade (negros, homossexuais, deficientes, idosos, etc) e que não têm acesso adequado às políticas públicas, cultura e lazer. A exclusão leva a não representação pública e é coletiva. Conforme, Wanderley (2001):

³ A saúde positiva é vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abrange os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (Organização Mundial de Saúde, 1946)

A pobreza contemporânea tem sido percebida como um fenômeno multidimensional atingindo tanto os clássicos pobres (indigentes, subnutridos, analfabetos...) quanto outros segmentos da população pauperizados pela precária inserção no mercado de trabalho (migrantes, discriminados por exemplo). Não é resultante apenas da ausência de renda, incluem-se aí outros fatores como o precário acesso aos serviços públicos e especialmente a ausência de poder. Nessa direção, o novo conceito de pobreza se associa ao de exclusão, vinculando-se as desigualdades existentes e especialmente à privação de poder de ação e representação e, nesse sentido, exclusão tem que ser pensada também a partir da questão da democracia (WANDERLEY, 2001, p. 23).

No Brasil, o resultado dos estudos epidemiológicos pode ser afetado pela exclusão social, tendo em vista que o quantitativo disponível sobre as doenças e agravos é o da população que tem acesso aos serviços públicos, e que, não necessariamente, são números que representam o cenário completo e real.

Uma pesquisa realizada em Londrina, Paraná, por Martins e Andrade (2005), tratou de analisar características epidemiológicas de acidentes e violências na população infanto-juvenil que foi socorrida em serviços de emergência/urgência no ano de 2001. Foi realizado um estudo transversal sendo a amostra constituída de menores de 15 (quinze) anos de idade. No estudo, houve 8854 casos de menores de 15 anos, vítimas de acidentes ou violências no ano de 2001, o que representou taxa de incidência de 74,8 por mil crianças. A taxa de internação foi de 4,2% (371 casos) e a taxa de letalidade de 0,2% (18 óbitos), sendo que, 85,2% das vítimas foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O sexo masculino teve maior percentual (60,7%) e a idade de dois anos (2 anos) teve risco mais elevado que outras faixas etárias com coeficiente igual a 109 por 1000 crianças. Somente nos menores de um ano (1 ano), o coeficiente no sexo masculino não foi mais elevado que o do sexo feminino. As

agressões apresentaram coeficientes mais elevados nas idades de um a três anos (0,7 por 1000 crianças) e de 10 a 14 anos (0,6 por 1000 crianças). Traumatismos superficiais (32,4%), os ferimentos (28,7%) e as fraturas (8,4%) foram os principais tipos de lesões decorrentes de acidente ou violência. Essa pesquisa foi de relevância porque obteve dados de todos os hospitais da cidade que realizaram atendimento a crianças e adolescentes no período do estudo. Ainda assim, pode se considerar que os dados obtidos foram de uma parcela mínima da população, pois a abrangência foi somente dos atendimentos de prontos-socorros.

Franciozi e colaboradores (2008) realizaram um estudo sobre o atendimento de casos de traumas na infância e adolescência no Hospital Geral de Pirajussara, onde são atendidos os moradores dos municípios de Embu e Taboão da Serra, localizados no estado de São Paulo. Os dados foram obtidos a partir da análise de prontuários de pacientes internados por lesões traumáticas no hospital no período de dezembro de 2005 a dezembro de 2006. Foram catalogados, nesse estudo, 182 pacientes, destes 129 eram do sexo masculino (71%) e 53 do sexo feminino (29%); 88 brancos (48%) e 94 não brancos (52%). A média das idades das ocorrências foi de 6,7 anos, variando de dois meses até 13 anos (com mediana de 7 e moda de 10 anos). Interessam-nos, pela violência cometida por terceiros contra crianças e adolescentes, os seguintes dados: cinco falecimentos (2,7%), sendo que dois decorreram da queda da laje (40%), dois por queda da escada (40%) e um por afogamento (20%). Destes, dois pacientes foram caracterizados como maus-tratos (um por queda da escada e um por afogamento, sendo este último acompanhado de violência sexual). Quatro deles evoluíram para o óbito no primeiro dia e um no décimo dia de internação.

Franciozi e colaboradores (2008) colocam que, nos casos de politraumatismo, deve ser considerada hipótese de violência contra a criança em todos os casos de

crianças com menos de dois (02) anos de idade, e que porventura não haja explicações óbvias para a lesão. Nesses casos, as sequelas, tanto fisiológicas quanto psicológicas, que podem permanecer são de difícil previsão, podendo ser associadas com danos permanentes. Um problema encontrado pelos autores do estudo foi a detecção de prontuários sem dados íntegros por terem sido preenchidos de forma incompleta.

Em 2010, foi publicada uma pesquisa sobre violência sexual contra crianças de 0 (zero) a 9 (nove anos) no Brasil realizadas pelos pesquisadores Assis *et al.* (2010). Os dados foram coletados por meio de notificações de violência doméstica, sexual e outras violências registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. Nesse estudo, os números absolutos e relativos derivados das notificações sobre violências foram apresentados, de forma a diferenciar crianças menores de 1 ano e crianças entre 1 e 9 anos, em razão das especificidades encontradas nessas faixas etárias no que concerne à violência. Foi pesquisado o total de notificações envolvendo crianças, adolescentes, adultos e idosos, e foram obtidas as seguintes informações: 1) O percentual de fichas de notificação compulsória de violências de crianças em relação a todas as idades; 2) O percentual de municípios que notificaram essas violências segundo unidade da federação (UF); 3) O número de unidades de saúde que notificaram violências segundo a UF. No Brasil, em 2010, foram registradas 12.473 fichas de notificações compulsórias envolvendo crianças com idade de 10 anos ou menos. Da totalidade, foram encontradas: 1) 1.797 notificações envolvendo menores de 1 ano de idade; 2) 10.682 na faixa de 1 e 9 anos de idade; 3) Quando se considera todas as faixas etárias, houve um total de 73.794 notificações (16,9% somente de crianças).

Esse estudo também observou que poucos estados brasileiros notificaram violências contra criança e contra adultos no ano de 2010. As notificações entre

crianças com menos de 1 (um) ano foram distribuídas da seguinte forma: 1) A maioria tem a cor da pele branca (41%), seguida pelas crianças com cor da pele preta/parda (32%); 2) Apresentam algum tipo de deficiência/transtorno (3,1%), tais como: deficiência física (0,8%), mental (0,3%) ou visual (0,3%). Constatou-se também que 63,2% das notificações de negligência e maus tratos foram para crianças de menos de 1 (um) ano, seguido por violência física com 28% das notificações. Também se constatou que a maior parte das notificações da violência contra crianças menores de 1 (um) ano ocorreu em residências e que as violências sexuais ocorreram principalmente contra as meninas.

Quanto à natureza da lesão, como diagnóstico principal imposto à criança menor que 1 (um) ano, ocorreram: 1) Contusões (11%); 2) Cortes/perfurações/lacerações e traumatismo crânio encefálico. Em relação ao sexo, foi constatado que cortes, fraturas e queimaduras predominaram entre meninos e as contusões, as entorses e as intoxicações predominaram entre as meninas. Em relação ao meio utilizado na prática da violência, a força corporal/espancamento foi o meio mais apontado (16,4%) nas fichas de notificação compulsória de violências, atingindo mais meninas (18,8%) do que meninos (14,2%). A ‘ameaça’ como forma de violência foi registrada nas fichas de notificação compulsória em 4,9% das ocorrências, com maior frequência nos casos envolvendo meninas (6,8%) que meninos (2,9%). Objetos perfuro-cortantes, substâncias/objetos quentes, objetos contundentes e armas de fogo foram utilizados como meio de violência contra criança em 2%, 2,1%, 1,8% e 0,8% dos casos, respectivamente, relacionados principalmente aos casos de crianças do sexo masculino. Os meios utilizados para infligir violência na criança ficaram sem informação em 22% dos registros. As partes do corpo mais atingidas, considerando os casos de violência relatados como lesões físicas no diagnóstico principal foram: 1)

cabeça e face (28,5%); 2) membros superiores (5,5%); 3) meninas sobressaem por sofrerem mais lesões nos órgãos genitais/ânus (6,7% contra 1,2% dos meninos), no quadril/pelve (0,9% versus 0,2%) e em múltiplos órgãos/regiões do corpo (9,2% versus 7,2%). Nos meninos, as lesões onde mais se infringiu violência foram: 1) tórax/dorso (5,1% versus 2,2% das meninas); 2) membros inferiores (4,9% versus 3,7%); 3) no abdome (2,2% contra 1,1%). Os prováveis autores das violências relatados nas fichas de notificações compulsória de violências foram: 1) a mãe da criança (60,6%); 2) o pai (28,5%); 3) amigos/conhecidos (4,1%); 4) pessoas desconhecidas (3,3%); 4) padrastos (1,1%) (mais padrastos entre as meninas [1,5%] que entre meninos [0,6%]); 5) irmãos (1,6%); 6) madrastas (0,2%). Constatou-se ainda que, em relação ao sexo, as mulheres predominaram (39,8%) na realização da violência contra criança em relação aos homens (21,5%), isso somente nos casos em que existe 1 (um) agressor apenas. Quanto ao número de agressores envolvidos: 1) Em 63,2% dos casos havia apenas 1 (um); 2) Em 16,7% dos casos havia 2 (dois) ou mais (mais comum entre meninos [21,8%] do que entre as meninas [14,5%]). Quanto aos encaminhamentos para os serviços, envolveram principalmente: 1) Conselhos Tutelares (60,4%); 2) Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) (4,5%); 3) Instituto Médico Legal (3,3%); 4) Vara da Infância e Juventude (2,2%); 5) Ministério Público (1,7%); 6) Casas de abrigo (0,7%); 7) Programa sentinela (0,7%). A evolução do caso foi finalizada com alta do serviço de saúde em 55,8% dos casos de notificações, enquanto que a evasão/fuga do serviço foi apontada por 10,8% dos casos. 1,0% dos casos tiveram registro de óbito em decorrência da violência e 0,7% óbito em decorrência de outras causas.

As pesquisas internacionais sobre violência e políticas públicas voltadas para a criança e o adolescente também indicam a importância do tema na área da saúde pública e a necessidade de se aprofundar as pesquisas na área.

A violência física e a violência sexual são, estatisticamente, mais comuns que outros tipos de violências em crianças, sendo assim, as pesquisas refletem essa realidade.

Existe um estudo pioneiro nos Estados Unidos sobre mortes de crianças atribuídas à violência sexual e negligência realizado por Anderson *et al* (1983). Esse estudo baseou-se nos dados de mortes de crianças apontados pelo Serviço de Proteção a Criança relatados pelo *Child Abuse and Neglect Reporting and Inquiry System*⁴ (CANRIS), sendo pioneiro, pois foi o primeiro estudo que analisou a morte de crianças em larga escala nos Estados Unidos. Esse estudo se centrou nos dados referentes a todos os incidentes de violência sexual e negligência durante os anos de 1975-1977, nos quais esteve implicada a morte de uma criança. Constitui um estudo comparativo entre os dados de número de crianças que foram mortas, obtidos pelo sistema CANRIS, e o número geral de crianças que foram mortas nesses anos de 1975 até 1977. Foram compiladas várias categorias de informação, refletindo quatro conjuntos básicos de variáveis: 1) Variável que sugerem o perfil de um indivíduo (alegado perpetrador da violência) que, fatalmente, fere uma criança por violência sexual ou negligência; 2) Variável que sugerem o perfil de uma criança vítima fatal por violência sexual ou negligência; 3) Variável que sugerem o perfil do ambiente ou da situação que resultou no ferimento fatal de uma criança por violência sexual ou

⁴ Sistema automatizado de dados estadunidense projetado para facilitar a comunicação de violências e negligências contra crianças, bem como para coleta e armazenamento de informações.

negligência; 4) Variável das intervenções envolvidas em situações de violência sexual e negligência que contribuiu para possíveis susceptibilidades que poderiam ter provocado ferimento fatal de uma criança por violência sexual ou negligência. Os resultados obtidos das 267 mortes de crianças na população do estudo: 1) 61 (22,8%) ocorreram em 1975; 2) 82 (30,7%) ocorreram em 1976; 5) 124 (46,5%), em 1977, mostrando uma tendência crescente ao longo deste período de relato de três anos. Sobre as características das vítimas: 1) A idade da morte constatada foi de 1,8 anos no quadro geral, contra a idade de 10,1 dos relatos do CANRIS; 2) A respeito do gênero das vítimas, 55,1% eram meninos e 44,9% meninas no banco de dados geral de mortes, sendo dados similares aos encontrados no CANRIS, e ainda foi constatado que meninos são mortos em consequência de violência sexual e negligência juntos, já as meninas em consequência de violência sexual somente; 3) Quanto à etnia, 45,1% das crianças eram brancas, 29,5% eram negras e 23% eram latinas. Menos de 1% eram orientais e 1% foi classificada como “outras”. As estatísticas, tanto gerais quanto do CANRIS, constataram uma sub-representação de vítimas brancas e uma sobrerrepresentação de vítimas negras; 4) 41,2% das vítimas eram filhos únicos, 27,3% das vítimas tinham um irmão e 31,5% dois ou mais irmãos; 5) A renda não pôde ser determinada nesse estudo, pois menos de 25% dos registros continham essa informação; 6) 40% das vítimas viviam sem a presença do pai em suas vidas. Dentre as crianças vítimas fatais que viviam com seu pai, 84% das vítimas viviam com pai biológico, 15% com padrasto e 1% com pai adotivo, esses dados são semelhantes aos obtidos pelo CANRIS; 7) Em relação às mães, 92,1% das vítimas viviam com a mãe biológica no momento da violência ou negligência, 1,6% viviam com a madrasta, e menos de 1% com a mãe adotiva. 8) Quanto aos perpetradores da violência, dentro do contexto geral da pesquisa, 60% dos casos envolviam os pais que viviam com a

criança na ocasião de sua morte; menos de 5% dos pais perpetradores não se encontravam convivendo com a criança, e, em aproximadamente 20% dos casos, encontravam-se em lugar incerto. Em apenas 12,2% dos casos de morte das crianças os pais não estavam envolvidos. Nos casos registrados do CANRIS, foi relatado que 33% dos perpetradores da violência foram o pai biológico, padrasto ou pai adotivo; 9) 63% tinham a figura da mãe como perpetradora da violência que teve como consequência a morte da criança. No CANRIS, a mãe consta como principal perpetradora da violência e morte da criança; 10) A idade dos pais que estavam vivendo em casa foi de 24 anos no momento do nascimento do vítima, sendo a idade média dos pais, no momento da morte da criança, de 26,2 anos. No CANRIS, a idade média relatada foi de 30 anos; 11) A média da idade da mãe vivendo em casa no momento do nascimento da vítima foi de 20 anos, na ocasião da morte da criança a idade média foi de 22,4 anos. Nos registros do CANRIS, a média de idade da mãe foi de 28 anos.

Esse estudo teve uma abrangência significativa, sendo uma das primeiras pesquisas sobre as vítimas que tiveram acesso aos serviços de proteção, o exame dos dados dos arquivos dos casos indicaram que as famílias das 132 (49,4%) vítimas passaram pelo Texas Department of Human Resources (DHR), Child Protective Services Division, órgão responsável pela notificação de violências contra crianças naquele estado, pela primeira vez, somente após o recebimento do relatório de violência ou negligência implicados na morte da criança. Assim, o primeiro contato com o DHR pelas famílias foi através da notificação do hospital/polícia da morte questionável da criança, e as famílias de 104, ou seja, 38,9% das vítimas tiveram algum contato com DHR antes do relatório implicado na morte da criança. A pesquisa, no entanto, também aponta falhas no que concerne ao levantamento dos dados, pois

como o sistema utilizado para o estudo continha inúmeras falhas de informações e formato sem padronização, os dados não representam, totalmente, a realidade do problema a ser pesquisado.

Cappelleri *et al* (1993) realizaram um estudo a respeito da violência sexual em comparação com a violência física, e sua relação frente a cinco fatores: 1) Idade da descoberta da violência; 2) Gênero; 3) Renda; 4) Etnia; 5) Bairro/região/cidade que já atingiu um status que exige metrô. A violência emocional ou psicológica não foi pesquisada por ser de difícil mensuração. Os casos foram identificados através de serviços de proteção à criança bem como outras instituições de atendimento, como escolas e hospitais de 19 (dezenove) estados selecionados, sendo as idades das crianças estudadas de 0 a 17 anos. O estudo constatou um número total de 133.619 casos relatados de violência sexual em crianças, o que representa uma taxa de incidência estimada de 2,11 por 1000 crianças; quanto à violência física foram relatados 311.524 casos em crianças, o que representa uma taxa de incidência estimada de 4,95 por 1000 crianças. Os principais resultados foram: 1) A violência física teve maior incidência nas idades maiores que 2 (dois) anos até 17 (dezesete) anos, e os grupos etários mais velhos não diferiram estatisticamente entre si; 2) Meninas apresentaram maior taxa de violência sexual do que os meninos; 3) A violência física não variou significativamente de acordo com o sexo da criança; 4) A baixa renda familiar foi um fator de risco significativo tanto para violência física quanto para violência sexual; 5) A violência sexual foi relatada em maior quantidade, sem prevalência significativa, em crianças brancas do que em crianças negras; 6) A violência física, ao contrário, foi relatada em maior quantidade em crianças negras do que em crianças brancas; 7) Não houve diferenças entre as regiões urbanas e as rurais quanto às taxas de violência sexual e violência física. Dentre os fatores de risco, a

incidência de violência sexual é mais provável em: 1) Brancos do que negros; 2) Meninas do que meninos, independentemente da renda familiar; 3) Para crianças residentes em áreas urbanas do que para crianças residentes em áreas rurais; 4) O risco de violência sexual em relação à violência física é um pouco maior para as meninas, principalmente nas famílias de baixa renda.

Chiu *et al.* (2014) realizaram pesquisa sobre a violência física, emocional e sexual, analisando a relação entre o histórico de violência na infância e sua ocorrência na idade adulta. E analisaram, ainda, a variação dos tipos de violência em relação às características sociodemográficas. O estudo ocorreu na cidade de Boston, Massachusetts, Estados Unidos da América, no período entre abril de 2002 a junho de 2005, sendo o estudo de coorte realizado com 5.502 homens e mulheres entre 30 e 79 anos de idade.

As entrevistas foram conduzidas por um entrevistador bilíngue após aquisição do consentimento informado por escrito com 2.301 homens e 3201 mulheres. A amostra foi composta de 1.766 negros, 1877 hispânicos e 1.859 brancos. Os principais resultados obtidos por esse estudo foram: 1) Violência sexual na infância foi relatada por 26,7% das mulheres e 16,7% dos homens. 25,8% dessas mesmas mulheres e 13,2% dos homens sofreram violência sexual na idade adulta; 2) Um em cada cinco indivíduos relatou violência emocional na infância ou abuso físico na idade adulta, independentemente do sexo; 3) As taxas de prevalência por variáveis sócio-demográficas mostraram que os homens relataram violências diferentes por raça/etnia para os três tipos de violências tanto na infância quanto na fase adulta, com a exceção de violência física, na idade adulta. Sendo que, homens brancos apresentaram maior prevalência de terem sofrido violência sexual e violência emocional na infância e idade adulta; os homens latinos foram os menos propensos a denunciar qualquer tipo

de violência, assim como as mulheres, a não ser a violência física que eram relatados somente após os 14 anos de idade. Mulheres em situação de pobreza são mais propensas a relatar violência física que as mulheres de melhor condição socioeconômica; 4) Para todos os tipos de abusos, na idade adulta, a maior frequência de relatos ocorreu na idade entre 40 a 59 anos, e a menor prevalência dos relatos ocorreu nas idades entre 70 a 79 anos; 5) Quanto ao sexo, 8,2% das mulheres e 8,1% dos homens relataram terem sofrido os três tipos de violências na infância, enquanto que, na idade adulta, esse percentual foi de 4,9% e 3,6%, respectivamente. Os autores concluem os resultados do estudo da seguinte forma: um histórico de abusos na infância está associado a maior risco de ser vítima de todos os tipos de abuso na adultidade, com a condição de revitimização ocorrendo segundo um padrão dose dependente.

As variáveis do estudo são cruciais para a epidemiologia, pois o intuito é estudar problemas inerentes aos grupos ou regiões específicas, objetivando a promoção, prevenção e propostas de políticas públicas. Dessa forma, dados precisos e completos das variáveis em estudo são imprescindíveis para se compreender uma dada realidade.

Uma das variáveis de importância para a epidemiologia, e que utilizaremos no nosso estudo, é o espaço ocupado pela população em análise. Na sequência, trataremos da apresentação de trabalhos relevantes na área de políticas públicas voltadas para a atenção a crianças e adolescentes. A análise de trabalhos envolvendo políticas públicas mais as informações do ambiente construído será de relevância para a discussão deste trabalho.

1.2.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas pressupõem problemas coletivos, e não os que se restringem ao indivíduo ou ao aspecto privado deste. As demandas coletivas exigem planejamento, organização e execução de políticas públicas que venham a sanar problemas públicos e não a nível privado e individual.

No Brasil, a Constituição Federal estabelece como objetivos: 1) Construir uma sociedade livre, justa e solidária; 2) Garantir o desenvolvimento nacional; 3) Erradicar a pobreza, a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; 4) Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. E, desde a sua promulgação, no ano de 1988, tem sido um elemento norteador da formulação e implementação de políticas públicas que contribuem para se alcançar esses objetivos pactuados (MADEIRA *et al.*, 2014, p.21).

A dimensão social da política pública se dá com o intuito de garantir a oferta de bens e serviços nas transferências de renda e na regulação de elementos do mercado. Para tanto, segundo Madeira *et al.* (2014), as políticas sociais buscam realizar a justiça social mediante dois objetivos conjuntos: a proteção social, a qual se manifesta na seguridade social, que tem como ideia-força a solidariedade e a promoção social, entendida como a resultante da geração de igualdades, oportunidades e resultados para indivíduos e/ou grupos sociais. A política social está voltada para a transferência de renda, o que geraria autossustentabilidade e empoderamento de camadas da população em situação de pobreza, recompondo a renda familiar. A política social visa, no âmbito territorial, por meio das políticas públicas, distribuir, pelo território nacional, condições mais adequadas de renda mediante transferências

de renda e de acesso a bens e serviços, visando fomentar as potencialidades locais e regionais (MADEIRA *et al.*, 2014, p. 37).

Nas políticas de proteção social, existe o imperativo da verificação de necessidades da população, dos riscos inerentes a essa população e dos fatores que afetam a condição de dignidade humana, a pobreza e a desigualdade social. Para tanto, a universalização dos serviços e a boa qualidade destes são imprescindíveis. Esse aspecto da política de proteção social vem ao encontro da proposta dessa pesquisa, na qual se procurará analisar, também, a estrutura existente no município de Foz do Iguaçu-PR, que constitui a rede de atenção à criança e ao adolescente.

O capítulo 1 (1.2) relata que a política de proteção social voltada à criança e ao adolescente não possui um padrão de planejamento e avaliação, existe um direcionamento único na esfera federal de governo, porém, nos municípios onde são executadas, ainda existe falha no diagnóstico da realidade e avaliação dessas políticas. Além de que, há a necessidade de planejamento e interação permanente entre governo e sociedade, de forma que sejam pactuados objetivos e metas que orientem a formulação e a implementação dessas políticas públicas.

Primeiro, apresentaremos as pesquisas nacionais e, depois, as internacionais, para uma discussão comparativa, ao final, sobre o assunto.

Sucupira *et al.* (2014) realizaram uma pesquisa de avaliação dos determinantes sociais da saúde de crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral, Ceará, Brasil, consistindo de estudo de corte transversal com crianças nascidas nos anos de 1990 a 1994, em que foram realizadas entrevistas nos domicílios dessas crianças e avaliação clínica juntamente com exames laboratoriais. A amostra foi realizada de forma aleatória com 2.900 crianças ao todo, baseada no ano de nascimento, a partir do cadastro dos domicílios da Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi considerada

somente uma criança por domicílio. A amostra final foi de 3.444 sujeitos para a entrevista domiciliar, 2.856 para a avaliação de enfermagem, 2.822 para a avaliação clínica e 2.795 para os três procedimentos. A coleta dos dados foi realizada entre novembro de 1999 e outubro de 2000. Os resultados deste estudo apontam que, no período de coleta de dados, nasceram 50% de meninos e 50% de meninas no período, e que, desses nascimentos, 72,5% foram de negros/mulatos, 27,1% de brancos, 0,1% oriental, 0,1% índio e 0,2% sem resposta. Nesta pesquisa, obteve-se dados a partir do ambiente construído e a participação das crianças nesses equipamentos/instituições. Analisou-se a distribuição das crianças de 5 a 9 anos segundo a percepção das famílias quanto à proximidade dos equipamentos sociais ao domicílio, e frequência aos equipamentos e às casas de familiares ou amigos, na zona urbana de Sobral: 1) Casa de parentes ou amigos (64,5%); 2) Igreja ou templo (56,6%); 3) Associação de moradores (5,6%); 4) Clube esportivo (6,7%); 5) Praça pública (11,3%); 6) Bar (5,5%). Não foi respondida a participação das crianças na escola, na política e em mercearias ou mercados. Quanto às condições de vida, trabalho e renda das famílias de crianças de 5 a 9 anos, residentes na zona urbana de Sobral, semiárido nordestino, constatou-se que, no que se refere a características do domicílio, as respostas foram: casa (97,9%), apartamento (1,4%), cômodo (0,6%); quanto à posse do domicílio: próprio já pago (74,5%), alugado (14,6%), cedido (9,6%), próprio em financiamento (0,9%); tipo de construção: alvenaria (69%), alvenaria sem revestimento (13,5%), taipa (11,7%) e taipa sem revestimento (5,4%). No que se refere ao saneamento básico: abastecimento de água da rede pública com canalização (86,2%), rede pública sem canalização (8,2); água de poço com canalização (1,6%); escoadouro de dejetos: vala a céu aberto (14,2%), fossa rudimentar ou séptica (19,8%); quanto à coleta de

lixo: coletado diretamente (70,4%), jogado em terreno baldio ou rio (18,1%), coletado indiretamente (11,1%).

No quesito escolaridade, quanto mais baixa a escolaridade da mãe e a renda familiar *per capita*, maior foi a ocorrência de repetência entre as crianças pesquisadas. Entre sete e dez anos, a repetência foi de 20,5% e, considerando repetência e evasão, houve 25,1% de fracasso escolar entre os pesquisados. O que vem ao encontro da pesquisa que realizamos sobre a violência, e a relação que até aqui temos visto com a política básica de garantia de direitos e a ocorrência de violência contra crianças e adolescentes.

Enquanto não houver políticas básicas de saneamento, habitação e renda, a violência se fará presente, seja de forma institucionalizada, na forma de falta de acesso e serviços, seja a violência física, sexual ou negligência, por falta de conhecimento e elaboração de conflitos sem violência por parte de adultos. Essa pesquisa de Sucupira *et al.* (2014) mostra, na saúde, um quadro semelhante ao da assistência social referente aos níveis de complexidade, em que somente 88,6% das famílias referiram procurar sempre ou às vezes a Unidade Saúde da Família (USF). Apenas 11,1% nunca procuram a ESF. Quase 80% responderam que procuram a USF quando a criança fica doente, 16,9% vão a serviços privados e apenas 1% assume que procura a farmácia. Em relação ao trabalho infantil, a problemática esta presente na medida em que existe baixo rendimento socioeconômico dos pais. E constatou-se que, à medida que a escolaridade do chefe de família aumenta, diminui o percentual de crianças envolvidas com algum trabalho infantil. Quanto ao motivo para a criança trabalhar, 83,5% dos entrevistados afirmaram ser para ajudar no trabalho de casa, e 2,4% afirmaram ser para ajuda no orçamento familiar. As crianças que trabalhavam tiveram uma chance 1,6 maior de repetir o ano na escola do que as que não trabalhavam. Uma questão

interessante foi o questionamento feito aos entrevistados a respeito dos equipamentos sociais existentes e de uso e a distância destes dos domicílios. Os equipamentos considerados perto foram os serviços de educação e saúde, enquanto os de lazer foram vistos como mais distantes. Os entrevistados colocam que praças e quadras esportivas concentram-se nas regiões centrais, e constatou-se, nas entrevistas, que era a população de melhor renda que tinha acesso à maioria dos clubes esportivos. A frequência com que as famílias se declararam tendo uma religião reflete-se na alta percentagem de referência de ida à igreja ou ao templo. Foi muito baixa a utilização dos equipamentos de lazer. Uma prática que ficou mais evidente foi visita à casa de amigos e parentes, referida pela quase totalidade das famílias. Essas informações refletiram os hábitos culturais vigentes no município. Para a pesquisa de violência contra criança e adolescente, estas informações são relevantes, pois o cotidiano e hábitos dos sujeitos constituem informação sobre seu comportamento e como estes hábitos e cultura podem interferir em atos de violação de direitos de crianças e adolescentes, sendo que as redes de afeto e de proteção também são passíveis de avaliação e pesquisa.

Como resultado, Sucupira *et al.* (2014) constataram que, no ano 2000, mesmo com alguns avanços observados nas políticas públicas a partir da constituição federal de 1988, muito ainda precisava ser feito para garantir “saúde” e condições equânimes para inserção social de grande parte das crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral. Ainda, segundo os autores, essa realidade, provavelmente, está presente em muitos municípios de características semelhantes no país (SUCUPIRA *et al.*, 2014, p. 176).

Uma pesquisa sobre a avaliação de um programa nacional de combate a violência sexual contra crianças e adolescentes foi realizada por Costa *et al.* (2010),

especificamente, avaliando o Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. Constituiu estudo descritivo, com coleta de dados primários, no período de 2003 a 2006, baseado em entrevistas com três grupos diferenciados: profissionais da rede de atendimento à violência no município; representantes da comissão do PAIR local; informantes-chave da comunidade. As entrevistas tiveram como objetivo a avaliação desses três grupos de participantes da pesquisa em relação às ações desenvolvidas pelo PAIR neste período em Feira de Santana. Na pesquisa, para avaliação do PAIR, foram entrevistados 20% dos profissionais da rede de atendimento a esta população, onze representantes da comissão local do PAIR, participantes no período de 2003 a 2006, e 78 representantes de grupos sociais de categorias profissionais com possíveis conexões com a rede de apoio ao enfrentamento da violência sexual, ou participação no ciclo de vitimização sexual (taxistas, caminhoneiros, funcionários dos postos de gasolina, profissionais da mídia, profissionais de saúde da rede pública, hospitais, professores das escolas públicas e privadas, gerentes e funcionários de bares, restaurantes, hotéis, motéis, danceterias, policiais civis, militares e policiais rodoviários federais e estaduais e funcionários da rodoviária). Os resultados desse estudo de Costa *et al.* (2010) obteve resultados no que diz respeito à avaliação dos processos de capacitação do PAIR, e, nos aspectos da articulação política e institucional, foi considerada adequada (ótimo e bom). Na avaliação desse mesmo item, a capacitação, pelos técnicos da rede de atendimento, 55% dos entrevistados relatou que as oficinas atingiram plenamente suas metas e objetivos, sendo que mais de 45% consideraram pleno o impacto do seminário de elaboração do plano operativo local (POL), mesmo tendo mais de 65% dos entrevistados considerado parcialmente cumprida as metas e objetivos relacionados à

articulação político-institucional; 60% dos profissionais da rede consideraram a atuação das políticas públicas setoriais junto ao PAIR com desempenho satisfatório (bom e ótimo), ainda assim, mais de 30% desses profissionais consideraram regular o desempenho dos setores de Segurança, Judiciário, Defensoria Pública e Educação; na avaliação das instâncias que desempenham ações de controle social e sociedade civil junto ao PAIR, os relatos foram de que apenas a rede social realizou adequadamente sua função (ótimo e bom), sendo relatada ainda a atuação regular dos itens “protagonismo juvenil” e Conselhos Tutelares, os quais deixaram de cumprir parcialmente (mais de 30%) os objetivos propostos. Quanto ao relato dos informantes-chave de grupos sociais alvo sobre a avaliação da atuação das políticas locais de Saúde e de Assistência Social junto ao PAIR, foi considerada satisfatória (bom e ótimo) por mais 50% dos entrevistados e regular em cerca de 30% dos entrevistados. A atuação conjunta do Sistema de Educação com o PAIR foi avaliada como ruim por 29,5% dos entrevistados e regular por 33% dos entrevistados; a parceria do PAIR com o Sistema Judiciário, Defensoria Pública e Ministério Público foi considerada boa (40% dos entrevistados) e a Segurança Pública obteve desempenho bom e regular (35% dos entrevistados); o desempenho dos Conselhos Tutelares foi avaliado como bom (cerca de 42% dos entrevistados) e regular (cerca de 32% dos entrevistados). O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) foi mencionado como desconhecido por mais de 60% dos informantes-chave, e a mídia foi considerada com desempenho bom e regular (cerca de 35% dos entrevistados). Na avaliação das ações de enfrentamento à violência sexual, foram relatadas algumas melhorias, como o comprometimento de gestores (nas respostas de mais de 50% dos entrevistados) e da mídia (mais de 70%); as campanhas de enfrentamento (cerca de 66%), cabendo destacar que mais de 90% consideraram um avanço as campanhas

quanto à motivação e incentivo a denúncias, e mais de 35% não sabiam informar sobre ações de articulação da rede.

A violência sexual é destacada como grave problema social, envolvendo os diferentes segmentos da população em geral, a partir de pesquisas nacionais que apontam crianças, adolescentes e mulheres como vítimas de exploração e tráfico, numa rede de influência internacional que exige responsabilização e mobilização. No contexto de enfrentamento e mobilização, o PAIR foi implementado nas esferas federal, estadual e municipal, tendo como base a “Doutrina de Proteção Integral”, alicerçada nos pilares do ECA e na articulação de diversos atores do poder público (CMDCA, Rede de Atendimento e Garantias de Direitos), com lideranças comunitárias e movimentos sociais, os quais fortalecem as redes locais (COSTA *et al.*, 2010, p. 570).

Tendo em vista que crianças e adolescentes, no Brasil, são prioridade absoluta, o estudo de Costa *et al.* (2010) tem em consenso com esta pesquisa a base fundamental e imprescindível da Doutrina de Proteção Integral voltada à criança e ao adolescente, que visa garantir direitos básicos na execução de políticas públicas também aos adultos de referência dessa criança ou adolescente, com trabalho digno, saneamento básico, atendimento em saúde, assistência social e toda a rede de bens e serviços de forma digna, isenta de preconceitos e falhas.

Forrester *et al.* (2009) realizaram o estudo “*What is the Impact of Public Care on Children’s Welfare? A Review of Research Findings from England and Wales and their Policy Implications*” acerca do impacto da política de proteção social inserido no estado de bem-estar social e suas implicações políticas em crianças da Inglaterra e País de Gales. Esse estudo trata da revisão de pesquisas acerca de estudos publicados na Inglaterra e País de Gales desde 1991 a 2006 que fornece dados sobre qualquer aspecto do bem-estar de crianças na política de proteção social. Compreende-se a

criança sendo atendida em proteção social englobando todo e qualquer elemento de bem-estar, incluindo a educação, o comportamento e os resultados visualizados mais tarde na vida dessa criança (como o desemprego por exemplo). Foi constatado, como resultado da pesquisa, falta de investigação nessa área. Dessas poucas pesquisas, descobriu-se que as crianças que entraram no sistema de proteção foi por motivos sérios de conflito e violência, mas que, em geral, seu bem-estar melhorou ao longo do tempo. Esse resultado é consistente com a literatura internacional. Uma das dificuldades do estudo de Forrester *et al.* (2009) foram as falhas encontradas em todas as pesquisadas incluídas no trabalho no que concerne à obtenção de dados de quando as crianças entraram no atendimento, o que limitou a realização da comparação entre as condições da criança quando da entrada no serviço e, mais tarde, as consequências desse atendimento sobre a vida delas. Novamente, visualizamos nesse estudo, a dificuldade que é geral, ou seja, a lacuna nos levantamentos de dados devido a falhas na execução das políticas públicas no que se refere ao registro de informações acerca da criança, adolescente, familiares e situações de vida, entre outras informações, relevantes para a compreensão da real situação em que se encontra, na prática, a efetivação da proteção integral à criança e ao adolescente.

Outro artigo tratou da avaliação de políticas públicas voltadas à criança de até 8 anos de idade de família de imigrantes, nos Estados Unidos da América, e estudar as implicações de vida dessa população de imigrantes, visto que, com a implantação de políticas mais eficazes a esse público, se dará, mais tarde, um resultado amplo na economia do país. Esse estudo foi realizado por Hernandez *et al.* (2009) com três categorias de criança, e, como critério para essa divisão, foi estabelecida a fluência na língua inglesa pelos pais destas crianças. O primeiro grupo de crianças tinha um dos pais com fluência na língua inglesa, o segundo grupo de crianças tinha ambos os pais

com fluência na língua inglesa, e o terceiro grupo de crianças tinha um dos pais com fluência na língua inglesa e o outro aprendendo a língua inglesa. O critério da língua para analisar as políticas públicas foi utilizado em razão de estudos anteriores terem constatado que a aquisição da fluência da língua do país que recebe o imigrante facilita às crianças crescerem com maior sociabilidade, adequação e inclusão social, a terem maior autoestima, acesso ao ensino superior e maior expectativa de entrada no mercado de trabalho, e níveis mais baixos de comportamento antissocial. Os resultados da pesquisa confirmam os estudos anteriores, sendo constatado que famílias imigrantes com fluência na língua inglesa têm uma renda familiar no país de recepção maior que as sem fluência na língua inglesa, sendo estas últimas mais suscetíveis a vulnerabilidades, concluindo-se que a diversidade de características encontradas nas famílias de imigrantes e seus filhos exige a execução das políticas bem como o desenvolvimento de programas, e os profissionais que farão o atendimento necessitam conhecer as características dos grupos que procuram o serviço, um grande número de crianças que vivem nos Estados Unidos provenientes do México. Esse público tem perfis e características estudadas através de inquéritos nacionais, porém se constatou que esses inquéritos devem ser utilizados como referência para estudos críticos e ampliação do debate para maior fidedignidade.

Na Europa, mais especificamente na Espanha, os autores Sicilia *et al.* (2008) escreveram sobre a avaliação de políticas no contexto da saúde comunitária. Nesse trabalho, os autores demonstram que a avaliação do impacto sobre a saúde está sendo cada vez mais relevante em países europeus, sendo de interesse dos governos colocar a saúde na ordem do dia. O impacto sobre a saúde fornece um quadro estruturado de avaliação das consequências potenciais de políticas em saúde comunitária. O objetivo final da avaliação é maximizar ganhos em saúde e, na medida do possível, reduzir as

desigualdades. É creditada com um enorme potencial para abordagem dos determinantes e ação intersectorial na área da saúde. Como desafios, vislumbram a necessidade de reforçar os fundamentos metodológicos, em especial, em relação aos impactos do processo de estimativa e à necessidade de avançar nos processos de decisão formais por si só, ou como parte de outras avaliações de impacto. Na Europa, esse instrumento de avaliação do impacto na saúde tem sido utilizado como uma nova ferramenta de apoio e de tomada de decisões na formulação e fortalecimento de políticas públicas voltadas para a saúde. Esse instrumento é definido como:

...una combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante las que una política, programa o proyecto puede ser evaluado en función de sus potenciales efectos en la salud de la población y de la distribución de éstos en dicha población (SICILIA *et al.*, 2008, p. 349).

Com essa avaliação, se pretende maiores ganhos na qualidade da saúde da população e redução de desigualdades sociais. Pode ser aplicada em intervenções pontuais, como políticas e programas locais, tanto setoriais quanto transversais, ou de forma mais ampla, nos quais os impactos serão mais significativos em termos de saúde no contexto geral do país. No contexto europeu, a estratégia de saúde em todas as políticas de forma transversal, impulsada pela Comunidade Europeia e a OMS, reforça a avaliação do impacto sobre a saúde como ferramenta eficaz de avaliação sistemática no que se refere a políticas de saúde e bem-estar comunitário. Os maiores avanços dessa ferramenta de avaliação em políticas públicas voltadas à saúde tem sido vistas em países como a Inglaterra, Gales, Irlanda, Suécia, Finlândia e nos Países Baixos, onde a avaliação do impacto sobre a saúde está sendo introduzida de forma mais ou menos sistemática em distintas instâncias e níveis de decisão.

En función de las tendencias internacionales observadas, en estos últimos años se han iniciado procesos de replanteamiento y reforma en algunas comunidades autónomas. Además de la necesaria reorganización y actualización de servicios y recursos, se trataría de reforzar la salud pública (dentro del sector salud y en los otros sectores) y dotarla de mayor prioridad en las agendas político institucionales. Por tanto, estamos en un momento oportuno para que la nueva generación de leyes de salud pública incluya la estrategia de «Salud en todas las políticas», nuevos formatos de trabajo intersectorial y nuevas herramientas que, como la EIS, permitan incorporar el conocimiento científico a la toma de decisiones. (SICILIA *et al.* 2008, p. 251-252).

A grande contribuição da avaliação do impacto sobre a saúde é o debate da saúde de forma transversal com as demais políticas públicas, essencial para a avaliação e reordenamento de serviços e programas. As políticas voltadas para a criança e o adolescente têm características transversais, pois englobam todos os serviços, sendo que a família dessa criança ou adolescente, quando conseguem o acesso aos serviços públicos, devem ser atendidas por todas as políticas públicas (habitação, assistência social, saúde, educação, trabalho, transporte, etc), sendo, por essa razão, importantes as avaliações constantes de políticas públicas, apontando necessidades e peculiaridades regionais para que a efetivação das mesmas e o acesso se faça de forma universal.

Para tanto, a análise do ambiente construído se faz essencial na projeção de políticas públicas, e abordaremos essa questão no próximo tópico.

1.2.4 AMBIENTE CONSTRUIDO

O Ambiente Construído, segundo Hino *et al.* (2012) “caracteriza-se por estruturas e espaços modificados diretamente pelo ser humano, como edifícios, sistemas viários, praças e outros.” Esses estudos são importantes para a verificação entre o ambiente físico e o impacto sobre o ser humano. Na nossa pesquisa sobre as políticas voltadas à criança e ao adolescente, essa variável é relevante, pois a rede de proteção à criança e ao adolescente encontra-se em um espaço geograficamente definido.

A maioria das pesquisas sobre o ambiente construído ainda tem como foco a influência deste sobre a atividade física. Segundo Hino *et al.* (2012), verifica-se que, em países ricos, o ambiente construído está mais de acordo com o fazer das atividades físicas (AF) e, em seu estudo, o autor conclui que o uso de medidas objetivas para avaliar a AF e o ambiente construído, empregados em países desenvolvidos, apresentaram aplicabilidade no contexto brasileiro.

Sobre a relação entre ambiente e crianças, foi realizado um estudo nos Estados Unidos por Kyle *et al.* (2006) no qual avaliou-se a estrutura e os métodos utilizados para desenvolver uma primeira avaliação integrada de ambiente e saúde para crianças nos Estados Unidos, realizada e coordenada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Os objetivos do estudo foram: 1) Identificar contaminantes ambientais significativos para crianças em relação a doenças ou distúrbios de crianças susceptíveis de serem relacionadas com contaminantes nas condições ambientais; 2) Desenvolver medidas quantificáveis de mudanças nas doenças ou contaminantes ambientais nos Estados Unidos para o período de 1990 a 2000, utilizando dados existentes; 3) Avaliar diferenças por raça/etnia e status socioeconômico; 4) Identificar as áreas com necessidade de atenção ou prosseguimento da investigação; 5) Identificar lacunas de dados. Os resultados iniciais

foram finalizados no ano de 2000, e a avaliação, intitulada *Crianças da América e do Ambiente: Medidas de contaminantes, os Encargos corporais e doenças*, foi expandida e lançada no ano de 2003. Foram aproveitados, na pesquisa, alguns elementos utilizados no modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS), são eles: forças motrizes, pressões, exposição a estados ambientais, condições de saúde ou efeitos de saúde. As forças motrizes incluem mudança social e econômica como a urbanização, a pobreza e a desigualdade, avanços científicos e técnicos e padrões de produção e consumo. Pressões incluem fontes ou liberações de agentes ambientais. Estados ambientais incluem as condições do meio ambiente, tais como lagos ou córregos. A discussão do estudo se iniciou com a questão do desenvolvimento de medidas comparativas entre os contaminantes do ambiente e a carga corporal, e os valores medidos ou calculados foram comparados a normas de regulação tais como padrões de qualidade do ar no ambiente. Os resultados desse estudo não foram definitivos, pois se encontrou significativas limitações no monitoramento, relatórios e dados de poluentes internos, contaminação de água, alimentos e terrestre, porém, ainda assim, os dados, segundo eles, são passíveis de serem utilizados para a avaliação inicial da relação ambiental com a qualidade da saúde de crianças. Os autores ainda relatam a importância de pesquisas epidemiológicas e a necessidade de mudança nas ações políticas, no sentido de viabilização de planejamento para mudança nas variáveis ambientais encontradas.

Tais comparações podem ser úteis porque a maioria das pessoas entende que as concentrações que excedem tais normas estão relacionadas com potenciais para doença.

Há um estudo de Morton *et al.* (2014), realizado em New Jersey (EUA), em que é investigada a relação entre as taxas de negligência e abuso sexual de crianças e a

frequência na utilização de pontos de venda de álcool por seus pais ou responsáveis. A pesquisa utilizou dados oriundos de cinco fontes: 1) Departamento das Crianças e das Famílias de New Jersey, onde foram obtidos dados sobre mau-trato infantil do município de Bergen (New Jersey); 2) Divisão de Controle de Bebidas Alcoólicas de New Jersey; 3) Divisão de Saúde Mental e Prevenção da Dependência de New Jersey; 4) Centro de Álcool e Drogas do Condado de Bergen; 5) Censo do ano de 2000 dos Estados Unidos da América. Os resultados obtidos nessa pesquisa evidenciaram que a questão socioeconômica e o ambiente construído estão relacionados com a proporção de ocorrência de abuso sexual e negligência em crianças, quanto maior a frequência de pontos de venda de álcool, maior o número de ocorrências de violência.

Walker *et al.* (2014) realizou um estudo semelhante ao desta dissertação, na região de Vancouver, Canadá. Os autores mapearam, no período de 2001- 2008, 575 incidentes violentos de trauma. Foi investigado também o ambiente físico onde ocorreram os incidentes violentos, a situação socioeconômica dos envolvidos e o nível do bairro onde ocorreram. Os dados foram classificados como: 1) Ferida de bala; 2) Objeto afiado; 3) Objeto pontiagudo; 4) força corporal (por exemplo, soco); 5) assalto. Constatou-se que os dados sobre lesões oriundas de incidentes violentos somaram 518 vítimas do sexo masculino e 57 vítimas do sexo feminino, e que 75% das lesões entre os homens ocorreram durante a noite, em comparação com 56% das lesões entre as mulheres; e uma em cada três lesões foi causada por arma de fogo.

Foi constatado que, em regiões de grande concentração de centros comerciais, cinemas, recreação para jovens e trânsito intenso, os incidentes violentos com lesões graves foram mais frequentes, e a média da idade da vítima de incidentes violentos com lesões graves foi de 25 anos, sendo que, em regiões com um ambiente construído com menor concentração de atrações e estabelecimentos, a média de idade das vítimas

de incidentes violentos com lesões graves foi de 30 anos. Em regiões com condições socioeconômicas desfavoráveis e maior desigualdade social, constatou-se que as vítimas de incidente violento com lesão foram, em sua maioria, mulheres, e a idade média para os casos de incidente violento com lesão foi em torno de 38 anos. Um dado que o estudo constatou é o de que, em regiões nas quais existe um número maior de estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas, existe prevalência de número de ocorrências de incidentes violentos com lesão grave. A respeito da forma como as lesões foram provocadas, houvera 192 casos de trauma por arma de fogo, mais do que qualquer outro meio. Além disso, nesse estudo, foram encontrados diferentes padrões de lesão por incidente violento em bairros diferentes da mesma cidade. Esse fato foi relacionado com os fatores de proteção e risco presentes no ambiente construído, e os fatores socioeconômicos dos bairros. O estudo é pertinente, como exemplo do modo como mapeamentos em *hotspot* com sistema baseado em informação geográfica (GIS) podem auxiliar na análise de problemas sociais e indicar métodos de prevenção em diferentes áreas de atendimento em casos de violência.

2- DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

A presente pesquisa é de natureza quantitativa, descritiva e exploratória e recorte temporal transversal.

Inicialmente, foram obtidos dados de relatórios de gestão cedidos pela secretaria municipal da assistência social, família e relações com a comunidade de Foz do Iguaçu, contendo todos os atendimentos do período considerado na pesquisa (2013 e 2014), lançados pela secretaria quanto aos atendimentos de baixa, média e alta complexidade, referentes a crianças e adolescentes do terceiro setor e de órgãos governamentais do município no que se refere às políticas de proteção social. Os relatórios de gestão são apresentados bimestralmente em reunião pública do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Foz do Iguaçu. A partir da obtenção desses dados foi possível determinar a demanda, bem como o atendimento dos casos de violação de direitos de crianças e adolescentes do município de Foz do Iguaçu-PR, de acordo com o nível de complexidade, assim como as instituições envolvidas em cada caso, governamental ou não governamental, permitindo analisar se essa rede de atenção social atende à legislação do SUAS.

Em seguida, foi realizada a análise espacial da violência contra crianças e adolescentes que ocorreu a partir de dados de vítimas da violação de direitos por ação ou omissão de terceiros, atendidos por órgãos governamentais. Dessa forma, os dados da pesquisa foram obtidos de fichas de notificação compulsória de violências oriundas da Secretaria Municipal da Saúde do município de Foz do Iguaçu-PR.

Esses dados foram analisados espacialmente, e os atendimentos ocorridos nos anos de 2013 e 2014 foram classificados segundo o tipo de violação de direitos (física, psicológica, sexual e negligência, dentre outras) da criança e do adolescente segundo

Áreas de Expansão Demográfica (AEDs) definidas pelo IBGE a partir dos setores censitários. Um setor censitário se define como “a unidade territorial estabelecida para fins de controle cadastral, formado por área contínua, situada em um único quadro urbano ou rural, com dimensão e número de domicílios que permitam o levantamento por um recenseador” (IBGE, 2010, p. 22), permitindo a obtenção de um panorama dos tipos de casos atendidos segundo a característica de cada região. Além disso, as unidades de atendimento da rede de proteção a crianças e adolescentes do município de Foz do Iguaçu-PR foram georreferenciadas espacialmente, permitindo identificar a sua distribuição e a realização de análise de ambiente construído a respeito da assistência ao público vulnerável, foco do nosso estudo.

A partir das fichas de notificação compulsória de violências (APÊNDICE B) de atendimento a crianças e adolescentes, foram obtidas, além da informação sobre o tipo de violência sofrida (física, psicológica, sexual e envolvendo negligência, abandono ou privação de cuidados), as seguintes variáveis: sexo, idade, gênero, raça, data de ocorrência, data de registro/atendimento, endereço da vítima, endereço da ocorrência, hora da ocorrência, nível de escolaridade dos pais, modo de agressão.

Foram incluídos na pesquisa dados (relatórios de gestão da secretaria da assistência social, da família e relações com a comunidade e fichas de notificações de violências da secretaria municipal da saúde) de crianças e adolescentes de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos incompletos, residentes e atendidos no município de Foz do Iguaçu, decorrente de violação de direitos, no período de 2013 e 2014. Foram excluídos somente dados de adolescentes em conflito com a lei atendidos pela rede. Também foram excluídos da pesquisa os dados de sujeitos com a idade de 18 anos completos ou mais.

Os dados foram tabulados utilizando-se o programa Excel (Microsoft, EUA, versão 2010) ou equivalente. A estatística descritiva (média, percentual, desvio padrão) foi realizada através do programa Excel (versão de proteção do município de Foz do Iguaçu).

A análise espacial foi realizada através do programa gratuito e *opensource* Quantum GIS (versão 2.8, disponível em: <http://www2.qgis.org/en/site/>) que possibilitou a análise de parâmetros espaciais representados através de pontos. Os mapas do município de Foz do Iguaçu em *shapefile* foram obtidos gratuitamente na página do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; disponível em: <https://www.ibge.gov.br>).

O georreferenciamento de cada caso de violação de direitos de crianças e adolescentes, ocorrido no período de 2013 e 2014, segundo o tipo, no município de Foz do Iguaçu, assim como a sua representação na forma de densidade pelo método de Kernel foi realizado utilizando-se o Programa Quantum GIS (versão 2.8). Como nos esclarece MEDEIROS (2015) o termo “Kernel “ (núcleo em inglês) faz referência a um método estatístico de estimação de curvas de densidade. Neste método cada uma das observações é ponderada pela distância em relação a um valor central, o núcleo. Sendo assim, o mapa de Kernel é uma alternativa para a análise geográfica do comportamento de padrões, no mapa é plotado, por meio de métodos de interpolação, a intensidade pontual de determinado fenômeno em toda a região de estudo. Dessa forma se tem uma visão geral da intensidade do processo em todas as regiões do mapa.

Os dados de latitude e longitude de cada endereço de residência ou ocorrência de violência foi obtido por meio da utilização do recurso gratuito da página <<http://www.latlong.net>> .

A análise de ambiente construído foi realizada a partir do mapeamento e georreferenciamento das instituições de atenção à crianças e adolescentes de Foz do Iguaçu-PR utilizando-se o Programa Quantum GIS (versão 2.8). Para a análise do ambiente construído foram utilizados dados dos estabelecimentos de saúde que foram obtidos por meio da Secretaria da Saúde do Município de Foz do Iguaçu; para os dados sobre os estabelecimentos de ensino infantil, escolas municipais e estaduais os dados foram obtidos por meio da Secretaria da Educação De Foz do Iguaçu; e os estabelecimentos de segurança pública do município foram obtidos por meio da Secretaria Estadual de Segurança pública do Estado do Paraná.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), segundo parecer 1.000.817 de 26/03/2015 (APÊNDICE A).

Legenda

□ AEDs_Foz_do_Iguacu

- 1 - Três Lagoas
- 2 - Vila C
- 3 - Morumbi
- 4 - Porto Meira
- 5 - Jd. São Paulo
- 6 - Jd. América
- 7 - Imperatriz
- 8 - AKLP
- 9 - Centro
- 10 - Campus do Iguaçu
- 11 - Carimã

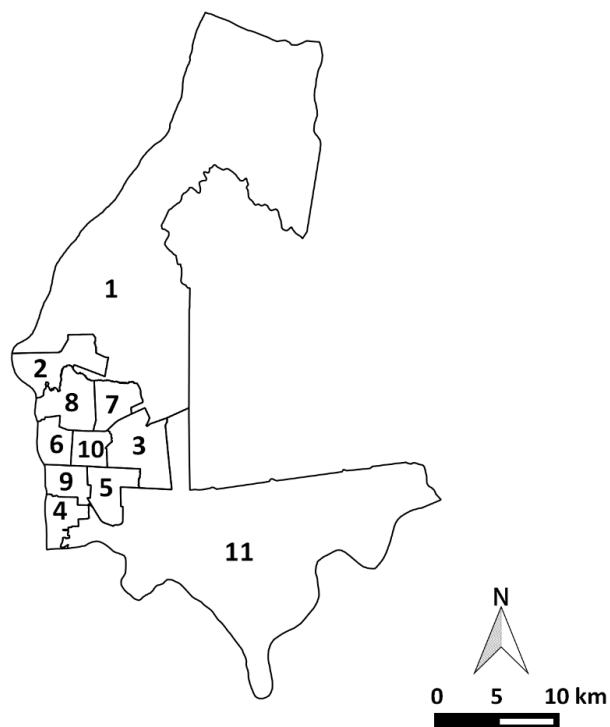


Figura 1. Mapa do município de Foz do Iguaçu indicando as suas 11 áreas de expansão demográfica (AEDs).

Quadro 2. Características demográficas e territoriais das 11 Áreas de Expansão Demográfica do município de Foz do Iguaçu, 2010.

| AED Área | Km ² | População por AED | População Total (%) | Densidade Demográfica hab./km ² |
|----------|-----------------|-------------------|---------------------|--|
| AED 1 | 280,28 | 13297 | 5,2 | 47,4 |
| AED 2 | 17,18 | 13708 | 5,4 | 797,9 |
| AED 3 | 21,10 | 14348 | 5,6 | 680,0 |
| AED 4 | 9,13 | 14336 | 5,6 | 1570,0 |
| AED 5 | 12,03 | 92138 | 36,0 | 7659,0 |
| AED 6 | 8,49 | 14910 | 5,8 | 1756,2 |
| AED 7 | 10,37 | 13157 | 5,1 | 1268,7 |
| AED 8 | 15,55 | 16778 | 6,6 | 1078,9 |
| AED 9 | 8,42 | 17527 | 6,8 | 2081,6 |
| AED 10 | 7,63 | 22776 | 8,9 | 2985,0 |
| AED 11 | 221,39 | 23113 | 9,0 | 104,4 |
| Total | 611,57 | 256088 | 100,00 | 418,7 |

2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No município de Foz do Iguaçu, os atendimentos a crianças e adolescentes em situação de violação de direitos está referenciado na Assistência Social. Segundo o relatório de gestão (FOZ DO IGUAÇU, 2014), o município utilizou dados do IBGE referente a 2010 para o cálculo de crianças e adolescentes passíveis de atendimento nos níveis da baixa, média e alta complexidade nos anos de 2013 e 2014. Assim, com base nesse período, verifica-se a cobertura nos atendimentos voltados à criança e ao adolescente no município. A seguir, na Tabela 1, apresenta-se os atendimentos a crianças e adolescentes no município de Foz do Iguaçu, segundo nível de complexidade, no ano de 2013.

Tabela . Número de atendimentos a crianças e adolescentes pelas instituições de proteção por nível de complexidade, Foz do Iguaçu-PR, 2013.

| Nível de complexidade | Mar/Abril | Mai/Ago | Set/Dez | Total |
|------------------------------|------------------|----------------|----------------|--------------|
| Baixa | 15739 | 24453 | 14754 | 54946 |
| Média | 1634 | 5364 | 5947 | 12945 |
| Alta | 234 | 800 | 792 | 1826 |

O número de atendimentos de crianças e adolescentes em Foz do Iguaçu em 2013, no nível da baixa complexidade, foi maior que os de média e alta complexidade.

Considerando que o número de habitantes de Foz do Iguaçu, segundo o Censo de 2010, foi de 256.088 habitantes, com aproximadamente 49167 habitantes com idade de 10 a 19 anos (IBGE, 2010), número este aproximado ao da população desta pesquisa (crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos), o total de

atendimentos de baixa e média complexidade foram elevados em 2013. No entanto, vale ressaltar que esses dados não representam, necessariamente, o número absoluto de crianças e adolescentes atendidos, pois há a possibilidade da mesma criança ou adolescente ter sido atendida mais de uma vez durante o ano.

A Tabela 2 mostra os atendimentos de baixa, média e alta complexidade no ano de 2014. Comparando-se com o número de atendimentos dos mesmos meses entre o ano de 2013 e 2014, os atendimentos em todos os níveis de complexidade diminuíram. O cálculo para verificação dos atendimentos é realizado pela Secretaria de assistência social, da família e relações com a comunidade do município, constando nos relatórios de gestão 2013-2014 (FOZ DO IGUAÇU, 2014). Esse cálculo é realizado de acordo com o número de crianças por família, com fundamentação do IBGE (2010) que tem como orientação a utilização de 1,9 filhos por família, referenciados em fertilidade da mulher (IBGE, 2010, p. 18).

Tabela 2. Número de atendimentos a crianças e adolescentes pelas instituições de proteção por nível de complexidade, Foz do Iguaçu-PR, 2014.

| Nível de complexidade | Mar/Abril | Mai/Ago | Set/Out | Total |
|------------------------------|------------------|----------------|----------------|--------------|
| Baixa | NI | 1293 | 5774 | 7067 |
| Média | NI | 249 | 1104 | 1353 |
| Alta | NI | 400 | 482 | 882 |

*NI: Não Informado

Os atendimentos de baixa complexidade visam a possibilidade de conhecer os problemas sociais e a necessidade de serviços, objetivando o fortalecimento das relações familiares e da comunidade em geral como medida de prevenção da vulnerabilidade social (BRASIL, 2009).

Os atendimentos de alta complexidade são realizados pelo acolhimento institucional, sendo que não existem estudos ou legislação sobre o número de acolhimentos considerados aceitáveis pelo número de habitantes e/ou crianças/adolescentes existentes no município. A reflexão que se faz então, refere-se aos atendimentos de baixa complexidade, ou seja, de promoção e prevenção que visam à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias para evitação de violências e rompimentos de vínculos. Se existe serviço de baixa complexidade no município, existe a possibilidade de que as desigualdades sociais estejam sendo assistidas.

No Brasil, no período de 1930 a 1980, introduziram-se e se expandiram as políticas de garantia e proteção social. O SUAS, segundo consta na norma operacional básica (BRASIL, 2012) na década do ano 2000, veio propor um modelo com a descentralização, universalização e equidade dos serviços, fundamentados na Constituição Federal de 1988 e no Sistema de Garantia de Direitos, com a promoção da cidadania e fortalecimento da autonomia de famílias e indivíduos. O Sistema de Garantia de Direitos (BRASIL, 2014) é composto de instituições do poder público e da sociedade civil. No município de Foz do Iguaçu, os atendimentos de baixa complexidade são realizados por organizações não governamentais e pelos CRAS, este último ligado ao poder público.

Os atendimentos de média e alta complexidade também se incluem no Sistema de Garantia de Direitos, porém são atendimentos a famílias e indivíduos que estão em situação de violação de direitos. Segundo o “Caderno CREAS” (2011), as situações atendidas pelo CREAS são complexas e permeadas por tensões familiares e comunitárias, o que pode acarretar fragilização ou, até mesmo, rupturas de vinculações. O desempenho do papel do CREAS exige o desenvolvimento de

intervenções mais complexas, as quais demandam conhecimentos e habilidades técnicas mais específicas por parte da equipe, além de ações integradas com a rede.

Para que a atenção seja adequada, é necessária uma articulação entre os diferentes níveis de atenção. Resultados dos estudos realizados por Moreira *et al.* (2013) em Fortaleza, Ceará, no ano de 2009, com 458 adolescentes, destacam a falta de articulação na rede de atendimento a adolescentes, sendo as famílias desassistidas no que concerne às políticas básicas.

Os dados apresentados na Tabela 3 apresentam as diferenças entre os atendimentos entre órgãos governamentais e a sociedade civil ocorridos no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013 e 2014. Existe uma redução no número de atendimentos da atenção de baixa complexidade no ano de 2014 comparado a 2013, e a participação predominante de ONGs na atenção de alta complexidade no município de Foz do Iguaçu no ano de 2014. Pesquisa realizada por Anderson *et al.* (1983), relata 267 mortes de crianças relacionadas com abuso sexual e negligência no Texas, no período entre os anos de 1973 a 1977. Os resultados demonstraram que 49,4% das famílias destas crianças nunca tinham sido atendidas pelo serviço público de proteção à infância. Esta pesquisa sugere que a falta de um atendimento básico, de promoção de famílias e prevenção de violências pode estar relacionado com uma maior vulnerabilidade de crianças à situações de violência.

Tabela 3. Número de atendimentos a crianças e adolescentes pelas instituições de proteção, e segundo setor governamental ou não governamental, por nível de complexidade, Foz do Iguaçu-PR, 2013 e 2014.

| Nível de complexidade | 2013 | | | 2014** | | |
|-----------------------|------|---------|-------|--------|---------|-------|
| | ONG | Governo | Total | ONG | Governo | Total |
| Baixa | 1683 | 14056 | 15739 | 2676 | 4917 | 7593 |

| | | | | | | |
|--------|-----|------|------|-----|------|------|
| Média* | 111 | 1309 | 1420 | 377 | 1282 | 1659 |
| Alta | 94 | 121 | 215 | 482 | 0 | 482 |

*Os dados do PETI deixaram de constar em 2014, tendo em vista, o cancelamento desse serviço no município.

**Os dados de março a agosto de 2014 não estavam disponíveis.

Em relação aos dados referentes aos casos de violação de direitos contra crianças e adolescentes obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) baseados nas fichas de notificação compulsória de violências domésticas e outras violências, referente ao período de 2013 e 2014, houve um total de 578 casos notificados de violação de direitos contra a criança e o adolescente no município de Foz do Iguaçu (Tabela 4). Conforme apresentado na Tabela 4, nesse período de 2013 a 2014, 61,8% dos atendimentos envolveram a faixa etária de 0 a 12 anos, e 38,2% dos atendimentos envolveram a faixa etária de 13 a 18 anos. A maioria dos atendimentos, 60,9%, envolveram crianças e adolescentes do sexo feminino, da raça branca (62,9%), seguido da parda (23,7%). A maioria das ocorrências ocorreu na residência (62,0%), seguido da creche (15,2%), e no horário de 13h00 às 18h00 (16,1%). Quanto à escolaridade, a maioria dos pais das crianças e adolescentes que foram atendidas no período, tinha até o ensino fundamental completo (43,0%).

Tabela 4. Número de notificações compulsórias totais de violências por sexo, escolaridade, local e hora de ocorrência de violências gerais em Foz do Iguaçu-PR, 2013- 2014.

| Parâmetro | N (%) |
|-----------|------------|
| Sexo | |
| Masculino | 226 (39,1) |

| | |
|----------------------------------|------------|
| Feminino | 352 (60,9) |
| Idade | |
| 0 – 6 anos | 191 (33,1) |
| 7 – 12 anos | 166 (28,7) |
| 13 – 15 anos | 126 (21,8) |
| 16 - 18 anos | 95 (16,4) |
| Raça | |
| Branca | 364 (62,9) |
| Parda | 137 (23,7) |
| Preta | 39 (6,7) |
| Amarela | 12 (2,1) |
| Indígena | 1 (0,2) |
| Ignorado | 9 (1,6) |
| Sem registro | 16 (2,8) |
| Escolaridade dos pais | |
| Analfabeto | 54 (9,3) |
| 1ª a 4ª série incompleto | 20 (3,5) |
| 4ª série incompleto | 113 (19,6) |
| 5ª à 8ª série incompleto | 19 (3,3) |
| Ensino Fundamental completo | 42 (7,3) |
| Ensino Médio incompleto | 6 (1,0) |
| Ensino Médio completo | 3 (0,5) |
| Educação Superior completo | 51 (8,8) |
| Não se aplica | 191 (33,0) |
| Sem registro | 79 (13,7) |
| Local de ocorrência | |
| Residência | 358 (62,0) |
| Creche | 88 (15,2) |
| Instituição de Longa Permanência | 45 (7,8) |
| Via Pública | 28 (4,8) |
| Estabelecimento de Saúde | 8 (1,4) |
| Escola | 7 (1,2) |
| Ambiente de Trabalho | 5 (0,9) |
| Habitação coletiva | 3 (0,5) |
| Instituição Socioeducativa | 1 (0,2) |

| | |
|----------------------|------------|
| Ignorado | 21 (3,6) |
| Sem registro | 14 (2,4) |
| Hora da ocorrência | |
| 8h00 as 12h00 | 35 (6,1) |
| 13h00 as 18h00 | 93 (16,1) |
| 0h00 as 7h00 | 37 (6,4) |
| Outros horários | 99 (17,1) |
| Sem registro de hora | 314 (54,3) |

Quanto ao tipo de violência sofrida, as mais frequentes foram a física (53,5%), sexual (36,6%), psicológica (17,5%) e a negligência (14,3%), e quanto ao modo da agressão predominaram o uso da força (23,9%), ameaça (14,2%), corte (5,9%) e autoprovocadas (5,9%) (Tabela 5).

Tabela 5. Número de notificações compulsórias totais de violências por tipos de violências gerais, modo de agressão, em Foz do Iguaçu-PR, 2013- 2014.

| VARIÁVEL | N (%) |
|-------------------|------------|
| Tipo de violência | |
| Física | 309 (53,5) |
| Sexual | 229 (36,6) |
| Psicológica | 101 (17,5) |
| Negligência | 83 (14,3) |
| Tortura | 14 (2,4) |
| Financeira | 3 (0,5) |
| Legal | 2 (0,3) |
| Tráfico humano | 1 (0,2) |
| Trabalho infantil | 1 (0,2) |
| Outras | 17 (2,9) |
| Modo de agressão | |
| Força | 138 (23,9) |
| Ameaça | 82 (14,2) |
| Corte | 34 (5,9) |
| Autoprovocadas | 34 (5,9) |
| Fogo | 23 (4) |
| Objeto | 21 (3,6) |

| | |
|---------------|-----------|
| Enforcamento | 15 (2,6) |
| Água quente | 13 (2,2) |
| Envenenamento | 7 (1,2) |
| Arma de fogo | 0 (0) |
| Outros | 86 (14,9) |

No Brasil, muitas vezes o quadro da violência contra crianças e adolescentes se torna mais concreto quando os casos chegam e são registrados no setor da saúde. Com relação às crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2006) constatou que acidentes e agressões são a principal causa de morte no Brasil e respondem por quase um quarto dos óbitos nessa faixa etária. Também se constatou que no Brasil as violências intencionais envolvendo crianças de 0 (zero) e 4 (quatro) anos correspondem a 5,1% das mortes por causas externas nessa faixa etária em 2002.

Ainda o UNICEF constata que, de fevereiro a setembro do ano de 2005, as ocorrências de 1.942 denúncias de violência contra crianças de até 6 anos no serviço disque-denúncia da subsecretaria de direitos humanos da Secretaria Geral da Presidência da República, o maior número de ocorrências é de violência física e negligência. A tabela 4 corrobora os estudos da UNICEF em relação aos resultados deste estudo em que a idade mais acometida por violência foi de 0 a 6 anos com 40,5% das ocorrências gerais de violência. Acerca da raça, os estudos da UNICEF e o que se visualiza na tabela 4 são semelhantes, ambos os estudos constataram a raça branca com maior ocorrência de violência. A UNICEF constatou, no ano de 2005, 138 casos de violência contra crianças e adolescentes brancos; 131 pardos; 39 negros, 3 amarelos; 2 índios, 2 NI. A tabela 4, no quesito raça, com ocorrências nos anos de 2013 e 2014 tem resultados semelhantes à UNICEF constatados em 2005 no Brasil. Também, quanto à questão de gênero, os estudos da UNICEF em 2005 confirmam a tabela 4,

ambos trazem maior ocorrência de violências gerais em meninas. Quanto ao local onde ocorrem as violências, foram constatados, através das notificações compulsórias de violência, que 358 (62,0%) das violências notificadas foram realizadas na residência das vítimas, o que corrobora com o estudo de Gawryszewski *et al.* (2012) quanto ao local de ocorrência, o qual indica a residência como local idade mais frequente das violências com 72,9% do resultados dos dados de notificação para ambos os sexos, sendo maior, porém, entre as meninas (75,9%) do que entre os meninos (66,4%), bem como Braun (2002) que aponta pesquisa realizada na cidade de Porto Alegre, a qual tem como resultado que, em casos de violências sexuais, 80% dos casos ocorrem em ambiente doméstico, com um mínimo de 01 ano de duração. Ainda segundo pesquisa de Costa *et al.* (2007), em pesquisa realizada na Bahia, cidade de Feira de Santana, a maioria dos casos de violência ocorreram no domicílio da vítima (78%) seguido da rua (7,6%) e escolas (2,5%).

A seguir para uma melhor compreensão da violência contra crianças e adolescentes no município de Foz do Iguaçu, realizamos a distribuição espacial dos casos de violência contra crianças e adolescentes notificados no município no período de 2013 a 2014. Os casos notificados de violência contra crianças e adolescentes ocorridos no município de Foz do Iguaçu foram georreferenciados tendo como unidade geográfica as 11 áreas de expansão demográficas do município. Inicialmente, analisamos a distribuição de todos os casos segundo o endereço de residência das vítimas (Figura 2). A partir do georrefenciamento dos casos de violência, foi possível identificar as regiões geográficas de alta, média e baixa densidade de casos de violência (*hotspots*) contra crianças e adolescentes, por meio da análise de Kernel. A partir dessa análise, foi possível constatar que as principais AEDs onde se concentram a residência das crianças e adolescentes relacionados com os *hotspots* de alta

densidade de casos de violência no município de Foz do Iguaçu no período analisado foram a AED 1 (Três Lagoas), 2 (Vila C), 3 (Morumbi), 5 (Jd São Paulo), 8 (AKLP) e 11 (Carimã). As AEDs com média densidade de casos foram as AEDs 4 (Porto Meira), 7 (Imperatriz) e 9 (Centro) (Figura 2 e Tabela 6).

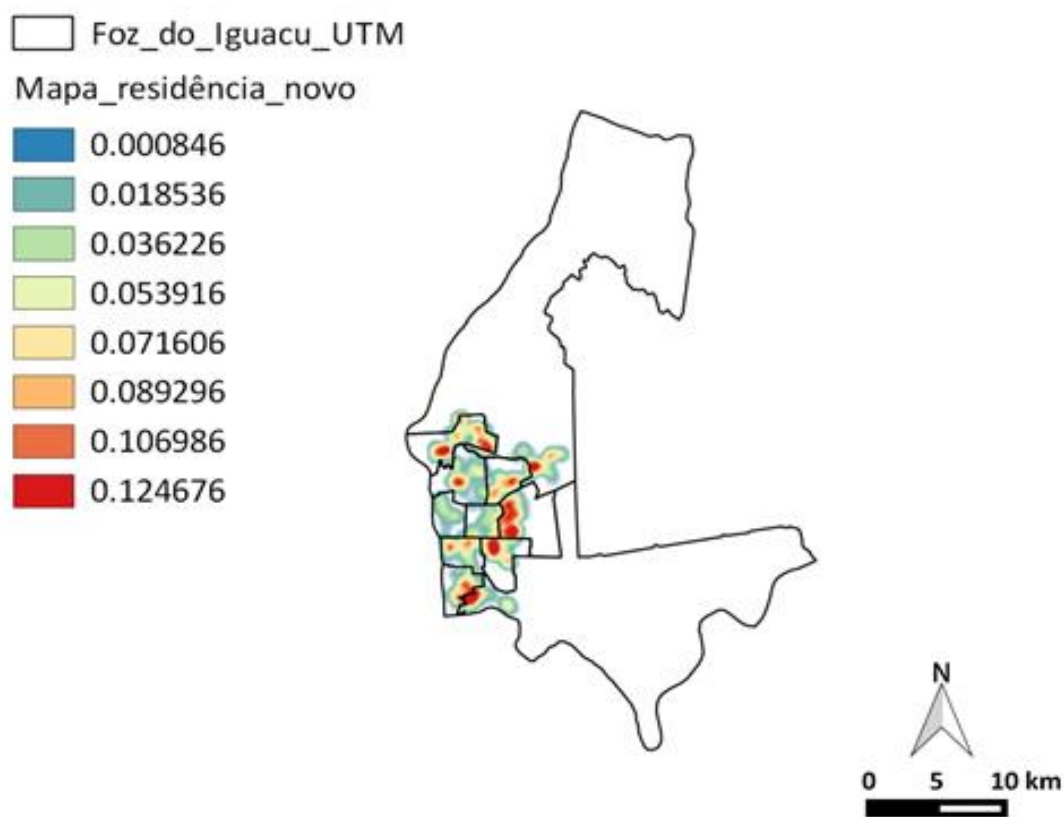


Figura 2. Mapa de densidade dos casos de violência contra crianças e adolescentes, segundo local de residência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 6. Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de violência contra crianças e adolescentes, segundo o local de residência, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Densidade dos casos de ocorrência geral de violência | AED | Bairros |
|---|-----------------------|----------------------|
| Alta | Três Lagoas | Jardim Vale do Sol |
| | | Lagoa Dourada |
| | | Jardim Ipê |
| | | Parque Presidente II |
| | | Tres Lagoas |
| | Vila C | Jardim Porto Belo |
| | Morumbi | Morumbi I |
| | | Morumbi II |
| | | Morumbi III |
| | Jd São Paulo | Jardim São Paulo |
| | Jardim São Paulo II | |
| | Residencial São Roque | |
| | Jardim Manaus | |
| AKLP | Vila A | |
| | Jardim Laranjeiras | |
| | Jardim Lancaster II | |
| | Jardim Petrópolis | |
| Carimã | Jardim Carimã | |
| | Jardim Panorama | |
| Média | Porto Meira | Parque Ouro Verde |
| | | Jardim Morenitas |
| | Imperatriz | Parque Imperatriz |
| | Centro | Centro |
| | Jardim Central | |

Do total de 578 casos notificados de violência contra crianças e adolescentes em Foz do Iguaçu, no período de 2013 a 2014, as fichas de notificação compulsória de apenas 249 casos apresentavam o endereço da ocorrência da violência, sendo 91 adolescentes e 158 crianças (Tabela 7). Na sua maioria, o local de ocorrência foi a residência (67,5%) (Tabela 7) e envolvendo principalmente casos de violência física (59,0%), sexual (27,7%) e negligência (19,3%) (Tabela 8).

Tabela 7. Número de notificações compulsórias, segundo sexo, idade, raça, escolaridade dos pais, local e hora de ocorrência em Foz do Iguaçu-PR, 2013- 2014, de acordo com o endereço da ocorrência da violência.

| Parâmetro | N (%) |
|----------------------------------|------------|
| Sexo | |
| Masculino | 118(52,6) |
| Feminino | 131(47,4) |
| Idade | |
| 0 – 6 anos | 100 (40,1) |
| 7 – 12 anos | 70 (28,1) |
| 13 – 15 anos | 40 (16,1) |
| 16 - 18 anos | 39 (15,7) |
| Raça | |
| Branca | 172 (69,1) |
| Preta | 15 (6,2) |
| Amarela | 4 (1,6) |
| Parda | 41 (16,5) |
| Indígena | 1 (0,4) |
| Ignorado | 7 (2,8) |
| Sem registro | 9 (3,6) |
| Escolaridade dos pais | |
| Analfabeto | 23 (9,2) |
| 1ª a 4ª série incompleto | 9 (3,6) |
| 4ª série incompleto | 48 (19,3) |
| 5ª a 8ª série incompleto | 6 (2,4) |
| Ensino Fundamental completo | 9 (3,6) |
| Ensino Médio incompleto | 2 (0,8) |
| Ensino Médio completo | 1 (0,4) |
| Educação Superior completo | 21 (8,4) |
| Não se aplica | 99 (39,8) |
| Sem registro | 31 (12,4) |
| Local de ocorrência | |
| Residência | 168 (67,5) |
| Creche | 47 (18,9) |
| Via pública | 12 (4,8) |
| Instituição de longa permanência | 9 (3,6) |
| Escola | 5 (2,0) |
| Ambiente de trabalho | 2 (0,8) |
| Estabelecimento de Saúde | 3 (1,2) |
| Habitação coletiva | 0 (0) |

| | |
|----------------------------|------------|
| Instituição Socioeducativa | 0 (0) |
| Ignorado | 1 (0,4) |
| Sem registro. | 2 (0,8) |
| Horário da ocorrência | |
| 8h00 as 12h00 | 20 (8,0) |
| 13h00 as 18h00 | 43 (17,3) |
| 0h00 as 7h00 | 21 (8,4) |
| Outros horários | 61 (24,5) |
| Sem registro de hora | 104 (41,8) |

Tabela 8. Número de notificações compulsórias de tipos de violências e modo de agressão de acordo com o endereço da ocorrência da violência. em Foz do Iguaçu-PR, 2013- 2014.

| VARIÁVEL | N (%) |
|--------------------------|--------------|
| TIPO DE VIOLÊNCIA | |
| Física | 147 (59,0) |
| Sexual | 69 (27,7%) |
| Psicológica | 43 (17,3%) |
| Negligência | 48 (19,3%) |
| Tortura | 8 (3,2%) |
| Financeira | 1 (0,4%) |
| Legal | 1 (0,4%) |
| Tráfico humano | 0 (0%) |
| Trabalho infantil | 1 (0,4%) |
| Outras | 11 (4,4%) |
| MODO DE AGRESSÃO | |
| | N (%) |
| Força | 51 (20,5%) |
| Ameaça | 35 (14,1%) |
| Corte | 12 (4,8%) |
| Autoprovocadas | 15 (6,0%) |
| Fogo | 10 (4,0%) |
| Objeto | 21 (4,4%) |
| Enforcamento | 7 (2,8) |
| Água Quente | 6 (2,4%) |
| Envenenamento | 3 (1,2%) |
| Arma de fogo | 0 (0) |

No presente estudo, a análise espacial dos casos de violência ocorreu a partir do endereço de ocorrência dos casos notificados, uma vez que, posteriormente procurou-se avaliar o ambiente construído do local de ocorrência em que a violência ocorreu no município de Foz do Iguaçu. No entanto, como será discutido posteriormente, como a maioria das ocorrências de violência contra crianças e adolescentes ocorreu nas suas residências, entende-se que haverá, em algum grau, uma sobreposição, no momento da análise, entre o ambiente construído das regiões relacionadas com o local de ocorrência da violência e o local de residência das vítimas.

Conforme apresentado na Figura 3 e Tabela 9, as AEDS que apresentaram regiões (*hotspots*) de alta densidade de casos de violência contra crianças e adolescentes, segundo endereço da ocorrência da violência foram as AEDs 1 (Três Lagoas), 3 (Morumbi), 5 (Jd São Paulo) e 11 (Carimã), e as AEDs 2 (Vila C, 8 (AKLP) e 9 (Centro) apresentaram áreas de média densidade. Os bairros que corresponderam às regiões de alta densidade de casos notificados de violência foram o Santa Rita, Parque Morumbi I, Jardim São Paulo e Jardim Carimã.

Em seguida, analisamos a distribuição espacial de cada tipo de violência sofrida por crianças e adolescentes que tiveram o caso notificado no período de 2013 a 2014, no município de Foz do Iguaçu. A violência física prevaleceu nas notificações compulsórias de violência doméstica e outras violências do presente estudo. Conforme a Figura 4 e Tabela 10, observa-se que as regiões de maior densidade de ocorrência de violência física

foram as AEDs 1 (Três Lagoas), 3 (Morumbi), 5 (Jd São Paulo), 7 (Imperatriz) e 11 (Carimã).

Carvalho *et al* (2009) realizou pesquisa acerca de maus tratos praticados contra crianças e adolescentes registrados em delegacia especializada em crimes contra criança na cidade de Salvador-BA, no período de 1997 a 1999, e constatou mais de 10.000 casos de violência notificados, perfazendo uma média mensal de aproximadamente 350 casos. Houve prevalência de violência física, representando 64,7% dos casos registrados; seguido por violência psicológica (28,3%) e o abuso sexual (16,5%). Um perfil semelhante ao encontrado em Foz do Iguaçu.

Legenda

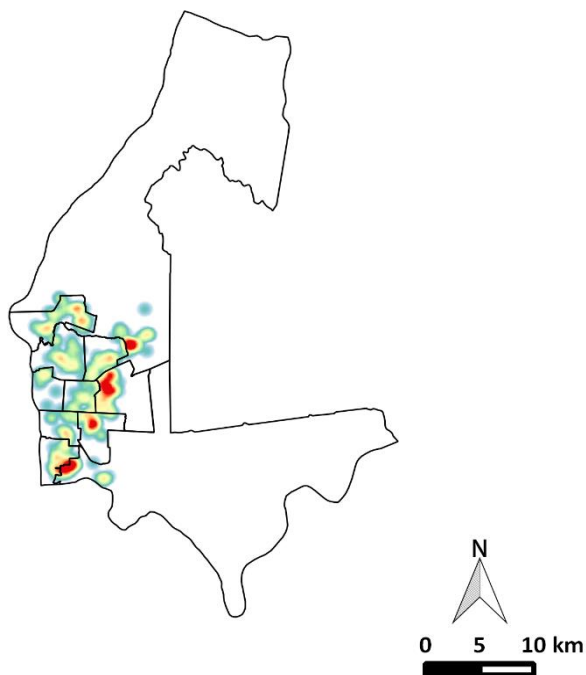
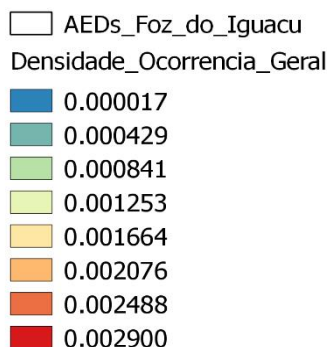


Figura 3. Mapa de densidade dos casos de violência contra crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 9. Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência geral de violência contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Densidade dos casos de ocorrência geral de violência | AED | Bairros |
|--|--------------|------------------|
| Alta | Três Lagoas | Santa Rita |
| | Jd São Paulo | Jardim São Paulo |
| | Morumbi | Parque Morumbi I |
| | Carimã | Jardim Carimã |
| Média | Vila C | Vila C |
| | AKLP | AKLP |
| | Centro | Centro |

Legenda

□ AEDs_Foz_do_Iguacu

Densidade_Ocorrencia_Violencia_Fisica

■ 0.000000

■ 0.000259

■ 0.000518

■ 0.000777

■ 0.001036

■ 0.001295

■ 0.001554

■ 0.001813

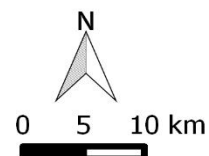
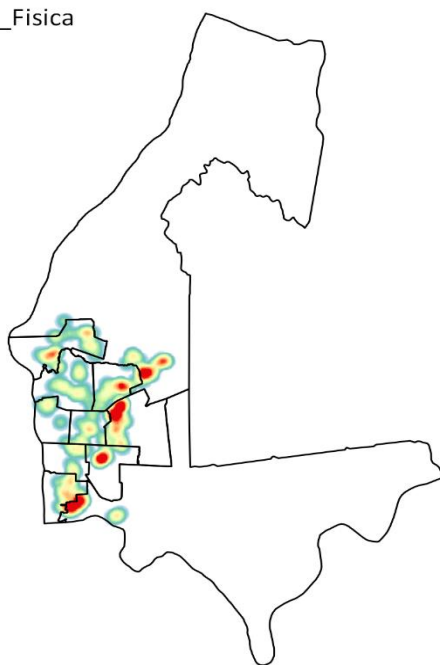


Figura 4. Mapa de densidade dos casos de violência física contra crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 10. Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de violência física contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| | AED | Bairros |
|---|-------------|------------------------------|
| Densidade dos casos de ocorrência de violência física | | |
| Alta | Três Lagoas | Residencial Lagoa Dourada |
| | Morumbi | Parque Morumbi I |

| | | |
|-------|------------------|-------------------|
| | Jardim São Paulo | Jardim São Paulo |
| | Imperatriz | Parque Imperatriz |
| | Carimã | Jardim Carimã |
| Média | Vila C | Vila C |
| | Porto Meira | Porto Meira |
| | Campos do Iguaçu | Campos do Iguaçu |

A violência física deixa marcas corporais visíveis sendo que a primeira pesquisa sobre o assunto foi exatamente sobre este tipo de violência, em um estudo acerca da “criança maltratada” (ALBERTON, 2005). Realizado na França, no ano de 1860, no campo da medicina, por Ambroise Tardieu, presidente da Academia de Medicina de Paris. Ambroise pesquisou 32 casos de violências físicas contra crianças, sendo que destes, 18 levaram a criança a óbito. Nesta pesquisa, Ambrosie verificou que as crianças apresentavam múltiplas e variadas lesões originadas de fraturas, queimaduras, hematomas e equimoses, e que as explicações dos pais acerca das mesmas não se ajustavam às características encontradas nas lesões. Na época suas pesquisas não foram consideradas no meio científico, tampouco suas denúncias foram levadas a sério. Somente um século depois, no início de 1960 a questão da violência física começou a ser discutida fora do campo da medicina, sendo este tipo de violência a forma de maltrato infantil de maior ocorrência.

Historicamente a violência tem sido registrada como medida disciplinadora. A legislação voltada à criança e ao adolescente no final do século XX era baseado em medidas disciplinares e de controle. Segundo David Gil (1970) as violências contra crianças e adolescentes são conhecidas através de dados estatísticos referentes à mortalidade infantil, a desnutrição, pobreza, assistência médica e educacional inadequadas. Afirma também que violências físicas são oficialmente sancionadas em escolas, creches,

instituições de acolhimento e tribunais de justiça, uma vez que, culturalmente existe o incentivo do uso de força física na educação dos filhos.

A violência física como sendo preponderante em relação às outras violências foi encontrada também em outro estudo realizado em São Paulo por Gawryszewski *et al.* (2012) onde a violência física isolada ou associada a abuso psicológico (34,0%) foi a predominante, seguido da violência sexual isolada (33,2%), como resultado da análise de 4.085 notificações envolvendo menores de 15 anos, registradas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

Conforme apresentado na Figura 5 e na Tabela 11, as AEDs que apresentaram regiões com maiores densidades de casos notificados de violência psicológica contra crianças e adolescentes no período analisado foram a AEDs 1 (Três Lagoas), 5 (Jd São Paulo), 7 (Imperatriz), 8 (AKLP) e 11 (Carimã).

Legenda

□ AEDs_Foz_do_Iguacu

Densidade_Ocorrencia_Psicologica

0.000000

0.000097

0.000195

0.000292

0.000389

0.000487

0.000584

0.000681

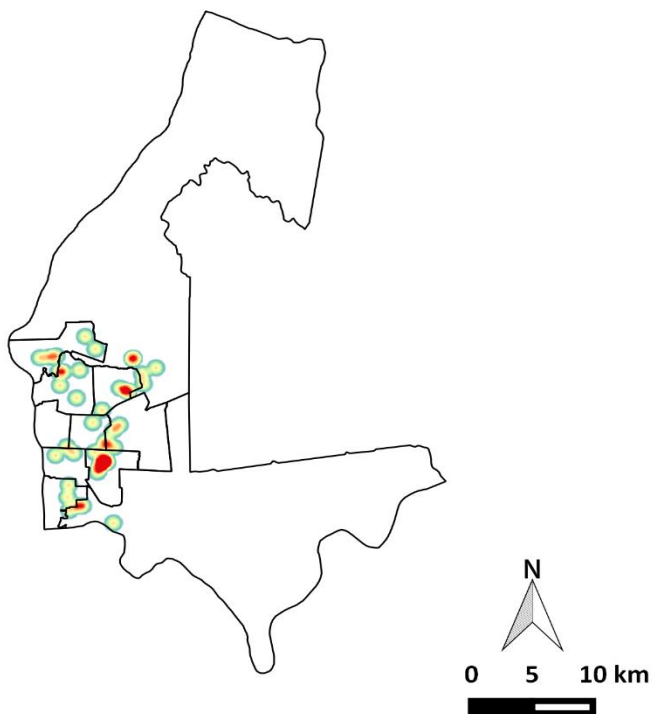


Figura 5. Mapa de densidade dos casos de violência psicológica contra crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 11. Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de violência psicológica contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Densidade dos casos de ocorrência de violência psicológica | AED | Bairros |
|--|------------------|---------------------------|
| Alta | Três Lagoas | Residencial Lagoa Dourada |
| | Jd São Paulo | Jardim São Paulo I |
| | AKLP | AKLP |
| | Carimã | Jardim Carimã |
| Média | Vila C | Vila C |
| | Campos do Iguaçu | Campos do Iguaçu |

| | |
|-------------|-------------|
| Centro | Centro |
| Porto Meira | Porto Meira |

O caderno do CRAS (BRASIL, 2009) cita a importância de identificar microterritórios e regiões com incidência de população em situação de vulnerabilidade, que devem ser prioritariamente cobertos, se não existir um diagnóstico territorial de riscos no município, os CRAS devem estar localizados em regiões nas quais existe maior número de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família. Em Foz do Iguaçu, segundo dados da Secretaria Estadual da Assistência Social e combate à fome do Paraná (PARANÁ, 2012), as AEDs em que existe maior número de famílias inseridas no bolsa família são as AEDs 1 (Três Lagoas) e 11 (Carimã).

Na AED 1 existe um CRAS e uma ONG que trabalham com baixa complexidade, ou seja, a prevenção de violências e promoção de famílias.

A violência psicológica se manifesta em associação com outras violências. As violências contra crianças e adolescentes não são excludentes, mas sim cumulativas, como relatado em Faleiros & Faleiros (2008). A violência psicológica contra crianças está citada em um dos principais tipos de violência não fatais do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde - 2002 (UNICEF, 2005, p. 24). A violência psicológica tem origem histórica da criança como incapaz, de a criança como objeto, como alguém que somente age sob o medo, a disciplina e a intimidação, devendo aceitar a intolerância de um adulto inquestionável. A violência psicológica desconsidera as necessidades da criança e do adolescente em cada etapa de seu desenvolvimento.

Conforme apresentado na Figura 6 e na Tabela 12, as AEDs que apresentaram regiões com maiores densidades de casos notificados de violência sexual contra

crianças e adolescentes no período analisado foram as AEDs 1 (Três Lagoas), 3 (Morumbi), 5 (Jd São Paulo) e 11 (Carimã).

Como ficará mais evidente na análise do ambiente construído, nestas AEDs existem poucos recursos de atendimento à criança e ao adolescente na prevenção de violências e promoção de indivíduos e famílias.

Legenda

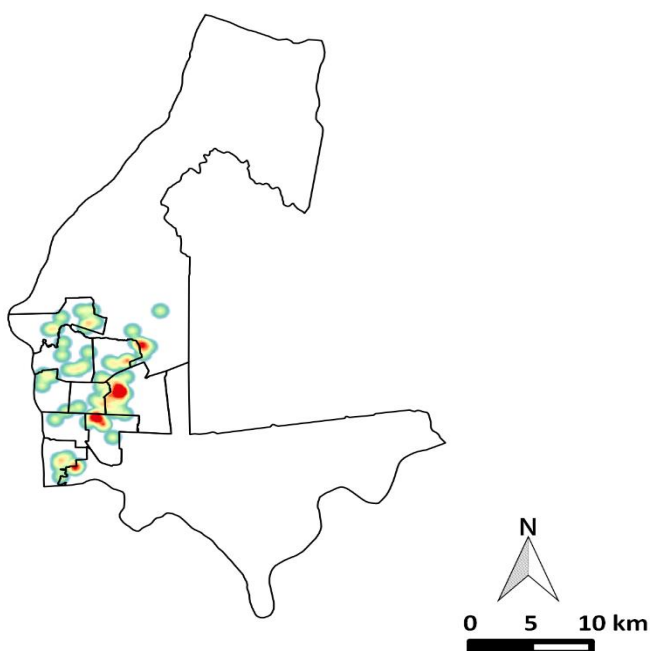
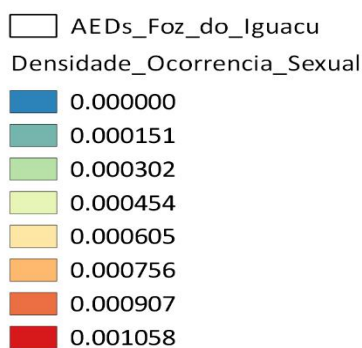


Figura 6. Mapa de densidade dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 12. Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de violência sexual contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Densidade dos casos de ocorrência de violência sexual | AED | Bairros |
|---|--------------|-------------------|
| Alta | Três Lagoas | Santa Rita |
| | Jd São Paulo | Jardim São Paulo |
| | Morumbi | Parque Morumbi II |
| | Carimã | Jardim Carimã |
| Média | AKLP | Jardim Karla |
| | Vila C | Vila C |
| | Centro | Centro |

A UNICEF (2005) estima que 20% das mulheres e 10% dos homens de todo o mundo tenham sofrido violência sexual na infância. Ainda assim este tipo de violência, juntamente com a violência psicológica, é um dos tipos de violência doméstica contra crianças e adolescentes menos notificados. A pesquisa aponta que, até os 10 anos de idade, a violência sexual se realiza sem nenhum tipo de agressão física e por vezes mesmo sem contato genital. Segundo as fichas de notificação compulsória de violências, em Foz do Iguaçu, a violência sexual foi o terceiro tipo de violência mais notificado no período analisado.

No período de 2013 a 2014, houveram 6 casos notificados de tortura contra criança e adolescentes em Foz do Iguaçu. Conforme a Figura 7, os casos de tortura ocorreram nas AEDs 1 (Três Lagoas), 5 (Jardim São Paulo), 6 (Jardim América), 10 (Campos do Iguaçu) e 11 (Carimã).

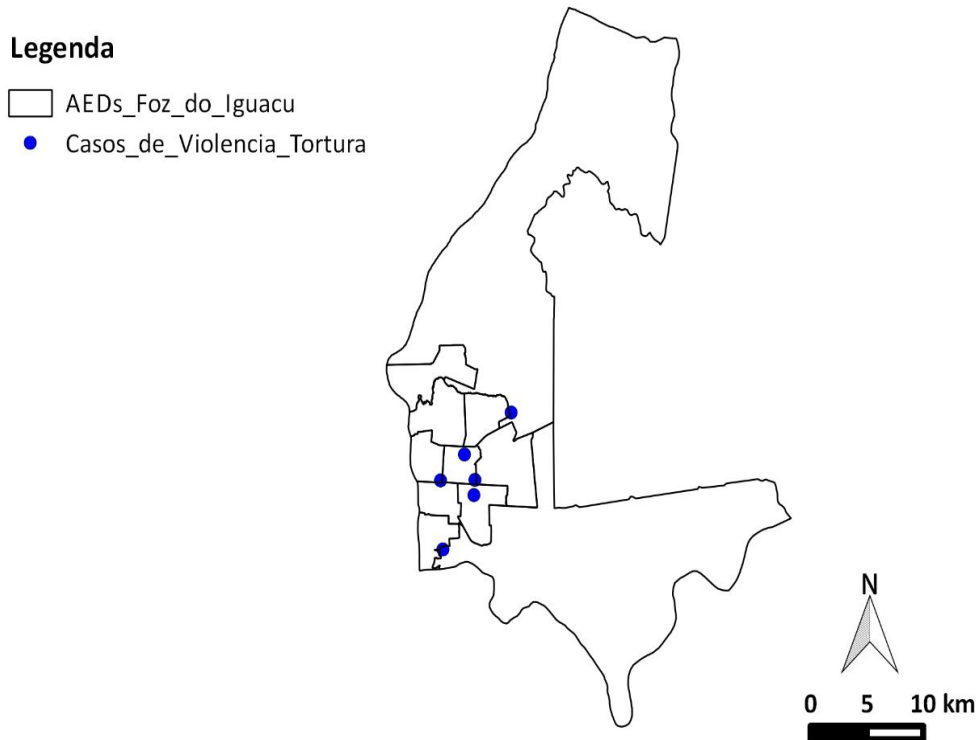


Figura 7. Distribuição espacial dos casos de tortura contra crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Conforme apresentado na Figura 8 e na Tabela 13, as AEDs que apresentaram regiões com maiores densidades de casos notificados de violência autoinflingida por crianças e adolescentes, no período analisado, foram as AEDs 10 (Campos do Iguaçu) e 11 (Carimã).

Legenda

□ AEDs_Foz_do_Iguacu

Densidade_Ocorrencia_Autoinfringida

■ 0.000000

■ 0.000077

■ 0.000153

■ 0.000230

■ 0.000306

■ 0.000383

■ 0.000460

■ 0.000536

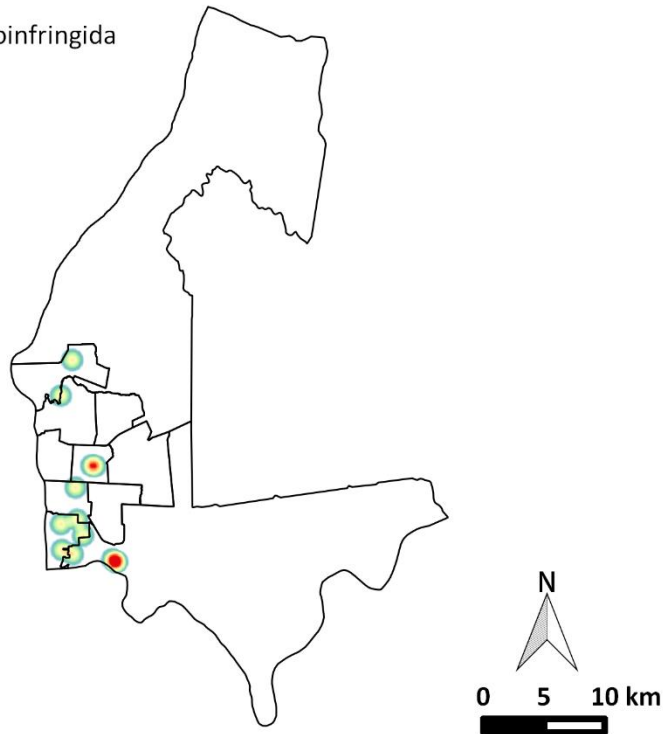


Figura 8. Mapa de densidade dos casos de violência autoinfligida por crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 13. Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência geral de violência autoinfligida de crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Densidade dos casos de ocorrência de violência autoinfligida | AED | Bairros |
|--|------------------|------------------|
| Alta | Campos do Iguaçu | Campos do Iguaçu |

| | | |
|--------------|-------------|---------------|
| | Carimã | Jardim Carimã |
| Média | Vila C | Vila C |
| | AKLP | AKLP |
| | Porto Meira | Porto Meira |
| | Centro | Centro |
| | | |

Conforme o artigo 5º do ECA, 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. Somente no ano de 1997 se define o crime de tortura no Brasil e a lei Nº 9.455 de 07 de abril de 1997 é sancionada pela Presidência da República, sendo um crime de responsabilização recente que está associado à violência física, psicológica e sexual (BRASIL, 1997, p. 1). A violência autoinfligida está relacionada à violência psicológica e à negligência dos pais ou responsáveis pela criança ou adolescente.

Conforme apresentado na Figura 9 e na Tabela 14, as AEDs que apresentaram regiões com maiores densidades de casos notificados de negligência contra crianças e adolescentes no período analisado foram as AEDs 2 (Vila C), 3 (Morumbi), 4 (Porto Meira) e 11 (Carimã).

Historicamente, como observa Arès (1981) observa desde o Brasil Império, que a negligência é um tipo de violência que ocorre desde a aculturação das crianças indígenas até a adoção de crianças enjeitadas, que serviam à execução de tarefas domésticas, sendo uma realidade cultural no Brasil até o início da década de 1990, quando a adoção legal era substituída por “filho de criação”. A negligência é passível de ser confundida com a pobreza, sendo uma violência comumente associada a outras formas de violência e por essa razão também ao trabalho infantil.

Legenda

□ AEDs_Foz_do_Iguacu

Densidade_Ocorrencia_Negligencia

■ 0.000000

■ 0.000121

■ 0.000242

■ 0.000363

■ 0.000484

■ 0.000605

■ 0.000727

■ 0.000848

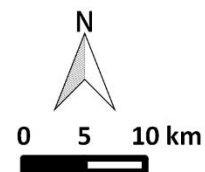
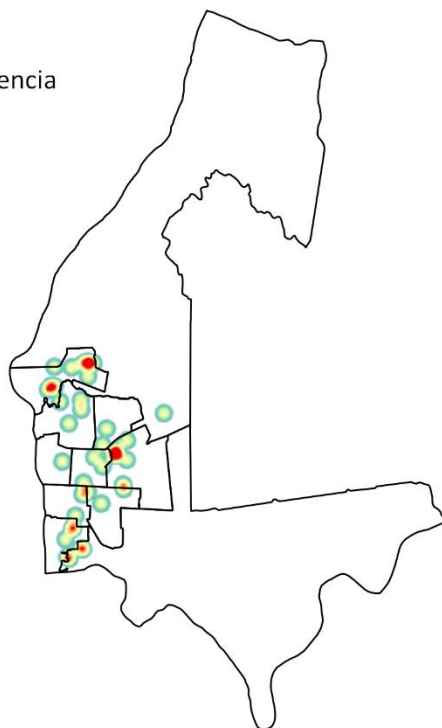


Figura 9. Mapa de densidade dos casos de negligência de crianças e adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 14. Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de negligência contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Densidade dos casos de ocorrência de negligência | AED | Bairros |
|--|-------------|------------------|
| Alta | Vila C | Vila C |
| | Morumbi | Parque Morumbi I |
| | Porto Meira | Porto Meira |
| | Carimã | Jardim Carimã |

Dados do IBGE (2010) constataam a existência de exploração do trabalho infantil no brasil, registrando somente em Foz do Iguaçu, 1848 crianças e adolescentes de 10 a 15 anos, nesta O trabalho infantil tem amparo legal no ECA e na Lei 10.097/00 sobre o adolescente aprendiz, esta lei esclarece no artigo 403 que é “proibido qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendiz, parágrafo único: o trabalho do menor não poderá ser realizado em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social e em horários e locais que não permeiam a frequência à escola.” (BRASIL, 2000, s/p).

Em 2004, foi elaborado o Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil, porém a exploração do trabalho infantil continua presente no país com a aquiescência da opinião pública, levando crianças e adolescentes à situações de risco seja de saúde e social, com acidentes de trabalho, intoxicações e aliciamento ao crime. No município de Foz do Iguaçu, não é diferente, e constituir uma região de fronteira é um agravante.

Os homicídios de adolescentes, no ano de 2005, segundo Lazzarini (2006) foram 71 ocorrências, sendo que 59 foram em consequência de homicídio sendo as relações familiares de conflito e negligência responsáveis por esses números. Em Feira de Santana - BA, Costa *et al.* (2007) realizaram um estudo no período de 2003 e 2004 acerca das denúncias de violência contra crianças e adolescentes, sendo computados 1293 denúncias. Destas, o tipo de ocorrência predominante foi a negligência com 727 denúncias durante o período, e a forma mais frequente de negligência foi a omissão de cuidados com 304 denúncias. No sofrimento devido à

negligência, Clark e Clark (2001) constataram que as crianças ou adolescentes ficam mais vulneráveis à aquisição de doenças físicas em razão de estarem constantemente em situação de insegurança e vulnerabilidade. Há uma correlação entre negligência e outras violências.

Em seguida, procuramos avaliar se haveria um determinado padrão espacial quanto ao local de ocorrência dos casos de violência contra crianças quando comparado com os locais de ocorrência de casos de violência contra adolescentes no município de Foz do Iguaçu, no período analisado.

Conforme apresentado na Figura 10 e na Tabela 15, as AEDs que apresentaram regiões com maiores densidades de casos notificados de ocorrência de violência geral contra crianças (de 0 a 12 anos, tendo como Referência o ECA), no período analisado, foram as AEDs 1 (Três Lagoas), 2 (Vila C), 3 (Morumbi), 5 (Jd São Paulo) e 11 (Carimã).

Legenda

□ AEDs_Foz_do_Iguacu

Densidade_Ocorrencia_Crianças

■ 0.000000

■ 0.000253

■ 0.000506

■ 0.000759

■ 0.001012

■ 0.001266

■ 0.001519

■ 0.001772

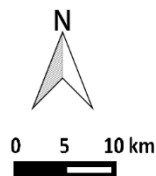
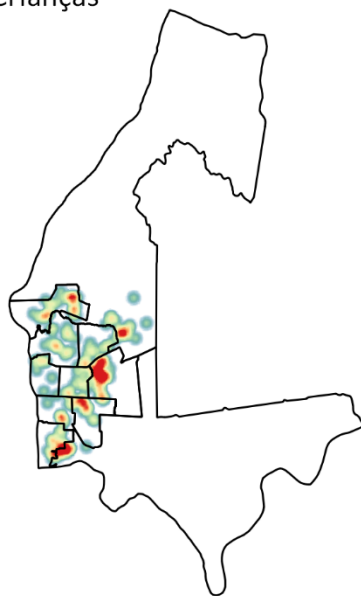


Figura 10. Mapa de densidade dos casos de violência contra crianças, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 15. Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de violência contra crianças, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Densidade do número de crianças em situação de violência | AED | Bairros |
|--|---------|--|
| Alta | Morumbi | Parque Morumbi I Parque Morumbi II Parque Morumbi III Jardim Europa |
| | Vila C | Vila C São Sebastião |

| | | |
|-------|------------------|---------------------------|
| | | Porto Belo |
| | | Jardim Jupira |
| | Porto Meira | Jardim das flores |
| | AKLP | Vila A |
| | Tres Lagoas | Residencial Lagoa Dourada |
| Média | Campos do Iguaçu | Campos do Iguaçu |
| | Porto Meira | Jardim Morenitas II |
| | | Jardim Morenitas III |

Conforme apresentado na Figura 11 e na Tabela 16, as AEDs que apresentaram regiões com maiores densidades de casos notificados de ocorrência de violência geral contra adolescentes, no período analisado, foram as AEDs 1 (Três Lagoas), 3 (Morumbi), 5 (Jd São Paulo), 7 (Imperatriz) e 11 (Carimã).

Verifica-se a partir desses dados que as AEDs 1, 3, 5 e 11 apresentam regiões com maiores densidades de casos de violência contra crianças como de adolescentes.

Legenda

□ AEDs_Foz_do_Iguacu

Densidade_Ocorrências_Adolescentes

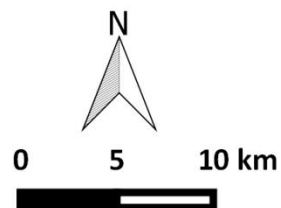
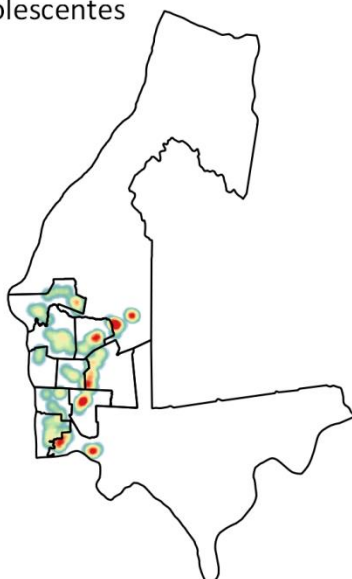
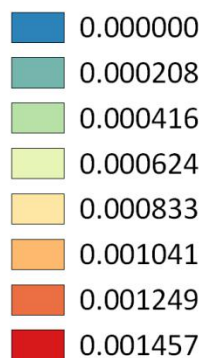


Figura 11. Mapa de densidade dos casos de violência contra adolescentes, segundo local de ocorrência, notificados no município de Foz do Iguaçu no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 16. Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência de violência contra adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Densidade dos casos de ocorrência geral de violência | AED | Bairros |
|--|-------------|---------------------------|
| Alta | Três Lagoas | Residencial Lagoa Dourada |
| | Morumbi | Morumbi III |
| | Vila C | Cidade Nova |
| | Carimã | Jardim São Luíz |
| | | Portal da Foz |
| Média | Vila C | Porto Belo |

| | |
|------------------|-------------------|
| | Vila C |
| Tres Lagoas | Jardim Santa Rita |
| Campos do Iguaçu | Campos do Iguaçu |

Em contrapartida, a AED 2 apresentou regiões com alta densidade de casos de violência contra crianças, mas não para adolescentes, e a AED 7 apresentou uma região com alta densidade de casos de ocorrência de violência contra adolescentes, mas não para crianças.

No Brasil, segundo a UNICEF (2005) os números oficiais de violência são conhecidos por meio de registros de morbimortalidade, os quais permitem desagregação por idade, sendo as violências físicas e sexuais as principais causas de morte de crianças de 1 a 6 anos no Brasil.

As crianças com idade inferior a 6 anos são mais suscetíveis a sofrerem agressões. Schloesser *et al* (1991) analisaram 104 mortes de crianças por agressão relatados em aparatos estatais de proteção à criança, sendo utilizado para captação dos dados as certidões de nascimento e de óbito para obter a faixa etária da ocorrência da agressão fatal. Os resultados dos casos analisados foram de 85% de crianças com menos de dois anos de idade e 65% com um ano de idade com relação à ocorrências fatais de violência. Gawryszewsk (2012) analisou notificações registradas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) referentes à crianças e adolescentes no Estado de São Paulo em 2009, e conclui que adolescentes estão mais suscetíveis às violências físicas, enquanto que crianças à negligências e à violência sexual. A pesquisa de Jones e Curdy (1992) com amostragem retirado do Estudo Nacional Incidência de Abuso e Negligência de Crianças (NIS-2), constataram que 38,4% das crianças e 25% dos adolescentes haviam sofrido algum tipo de violência. Valente *et*

al. (2015) realizou um estudo semelhante nos anos de 2010 e 2011 em Curitiba, Paraná, que analisou 964 casos de violência contra crianças e adolescentes notificados pela rede de proteção à criança e ao adolescente do município, e em 2010, 70,5% dos casos envolviam crianças, e em 2010, esse percentual foi de 66,6%.

No município de Foz do Iguaçu, os casos de violência notificados no SINAN, considerando a faixa etária de 0 a 18 anos, no período de 2013 e 2014, envolveram muito mais crianças (61,8%) do que adolescentes (38,2%) (Tabela 4, Figuras 10 e 11).

O Quadro 3 a seguir apresenta um panorama geral dos casos de notificados de violências segundo o tipo, e se envolvia criança ou adolescente, segundo cada área de Expansão demográfica do município de Foz do Iguaçu, no período analisado. Essa análise indica que as AEDs que concentraram mais casos registrados de violência de diferentes tipologias envolvendo tanto crianças como adolescentes foram as AEDS 1 (Três Lagoas), 3 (Morumbi), 5 (Jd São Paulo) e 11 (Carimã) que se localizam nas regiões nordeste, leste e sul do município, respectivamente. Essas regiões podem ser consideradas regiões da periferia do município. Em contrapartida as AEDs com menor número de notificações de violência foram as AEDs 6 (Jd América) e 9 (Centro).

Segundo a Secretaria Estadual da Assistência Social do Paraná (PARANÁ, 2012), em Foz do Iguaçu, as famílias cadastradas no Cadastro Único da Assistência Social (CADÚNICO) com os maiores índices de vulnerabilidade se localizam nos AEDs 1, 3, 4 e 9, sendo as regiões correspondentes norte, leste, sul e central.

Quadro 3. Áreas de Expansão Demográfica

| | Física | Psicológica | Sexual | Tortura | Autoinfligido | Negligência | Crianças | Adolescentes |
|---------------------|--------|-------------|--------|---------|---------------|-------------|----------|--------------|
| AED 1 – Três Lagoas | ++ | ++ | ++ | + | | | ++ | ++ |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|----|----|----|---|----|----|-----|-----|
| AED 2 – Vila C | + | + | + | | + | ++ | ++ | ++ |
| AED 3 - Morumbi | ++ | | ++ | | | ++ | ++ | +++ |
| AED 4 – Porto Meira | + | + | | | + | ++ | +++ | |
| AED 5 – Jd São Paulo | ++ | ++ | ++ | + | | | | |
| AED 6 – Jd América | | | | + | | | | |
| AED 7 - Imperatriz | ++ | | | | + | | | |
| AED 8 - AKLP | | ++ | + | | | | | |
| AED 9 - Centro | | | | | | | ++ | |
| AED 10 - Campos do Iguaçu | + | + | | + | ++ | | + | + |
| AED 11 - Carimã | ++ | ++ | ++ | + | ++ | ++ | | ++ |

O Sistema Único da Assistência Social- SUAS trouxe um modelo de assistência diferenciada com cobertura universal, equidade e descentralização dos programas, como refere o capítulo 1 sobre as políticas públicas de proteção à criança e ao adolescente. Tem por função, segundo a NOBSUAS (Brasil, 2012) a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos. Organiza-se sob a forma de sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, com o objetivo de promover a proteção à vida, reduzir danos e prevenir a incidência de riscos sociais. A matricialidade e a territorialização são primordiais para que esse trabalho se realize. Dessa forma, o trabalho se realiza em diferentes níveis de complexidade com o atendimento de prevenção e promoção de famílias, o fortalecimento de vínculos e o acolhimento institucional.

Os mapas 12, bem como os mapas 13 e 14 mostram os atendimentos na Assistência Social referentes aos serviços de baixa, média e alta complexidade.

O mapa 12 se refere à baixa complexidade, o serviço ofertado pelo poder público é o CRAS, sendo que visualizamos quatro CRAS, localizados nos AEDs 1, 2, 3 e 4. Em termos de regiões, estes se localizam nas regiões nordeste, norte, leste e sul do município. Segundo as orientações técnicas do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) (BRASIL, 2009), esse serviço materializa a presença do Estado no território, possibilita a democratização do acesso aos direitos sócio-assistenciais, contribuindo para o fortalecimento da cidadania. Ainda acerca da legislação, a capacidade de atendimento de cada CRAS em municípios de grande porte (100.001 até 900.000 habitantes) é de 1.000 famílias por ano, tendo uma tolerância nos encaminhamentos por CRAS de até 2.500 famílias (BRASIL, 2009, p. 35). Dessa forma,

o desafio é conhecer a realidade do município e nela atuar, priorizando as situações de maior vulnerabilidade, dada a complexidade dos processos sociais de desproteção social e a extensão de necessidades e demandas a serem atendidas. Assim, a definição dos territórios de vulnerabilidade e o planejamento, no tempo (curto, médio e longo prazos), da instalação de CRAS em todos os territórios, deve necessariamente ser objeto do Plano, já que a universalização da proteção básica é importante objetivo a ser alcançado pela Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2009, p. 16).

No município, de acordo com a Tabela 18, os CRAS estão em AEDs com um número total de população de 55.689 habitantes, sendo a população total de 256.088 habitantes, constatando-se que a legislação, nos anos de 2013 e 2014, não foi cumprida, sendo a universalização de cobertura insatisfatória.

Os centros de convivência são instituições públicas e estão localizadas nas AEDs 1, 2, 4 e 9, correspondentes às regiões nordeste norte, sul e central do município. Essas instituições realizam atendimento de contraturno escolar, com atividades esportivas, educacionais e de lazer. As crianças que frequentam esses centros são encaminhadas dos serviços da assistência social nos diferentes níveis existentes no município. São centros de apoio à rede de proteção integral à criança e ao adolescente.

As ONGs que realizam atendimento de promoção e prevenção estão localizadas nas AEDs 4, 6 e 9, e, regionalmente, no sul, e região central, existindo a complementação dos atendimentos não cobertos pelo CRAS em duas AEDs (6 e 9). As ONGs fazem parte do terceiro setor, constituído por organizações sem fins lucrativos, compreendida como pessoa jurídica de direito privado que tem como objetivo gerar serviços de caráter público, e, conforme descrito no capítulo 1, na década de 1990, as ONGs foram estabelecidas pela reforma administrativa do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2003).

Legenda

Densidade_Ambiente_Baixa_Complexidade

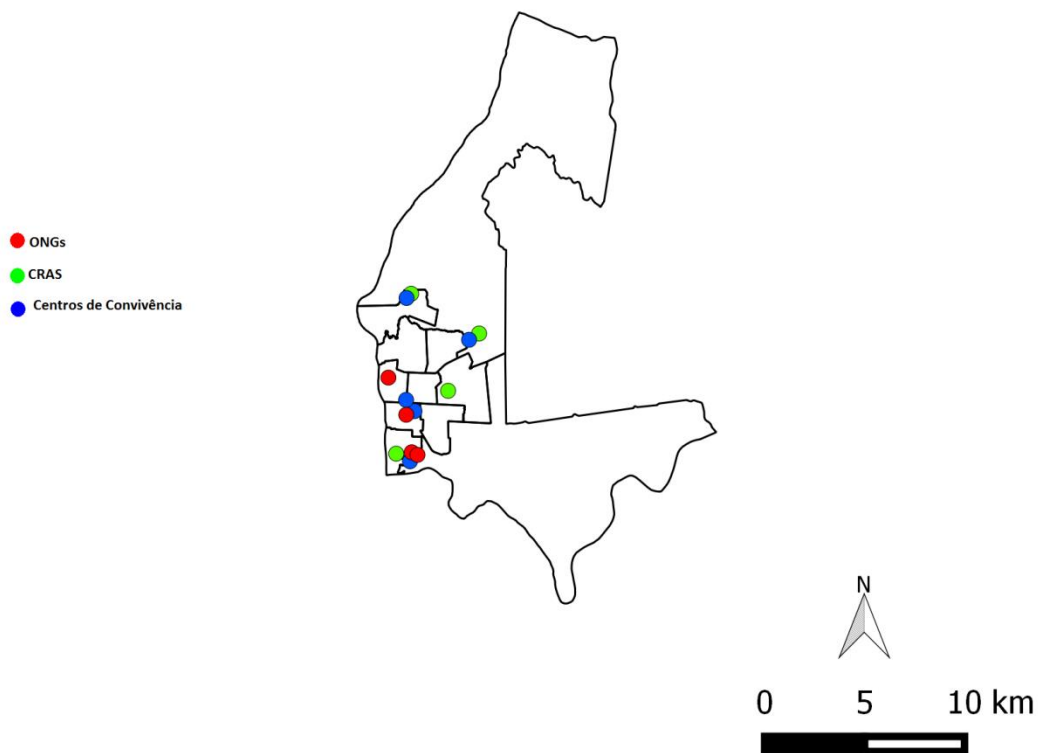


Figura 12: Mapa de densidade do ambiente construído de assistência social referente a serviço de baixa complexidade, no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 17. Localização por AED e por bairro das regiões com ambiente construído de serviços de baixa complexidade, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Densidade do ambiente construído de baixa complexidade | AED | População Por AED | % População total | Bairros | Ambiente construído por nº população |
|--|-------------|-------------------|-------------------|---------------------|--------------------------------------|
| CRAS | Três Lagoas | 13297 | 5,2 | Jardim Bandeirantes | |
| | Morumbi | 14348 | 5,6 | Morumbi I | |

| | | | | |
|------------------------|---------------------|-------|-----|--|
| | Porto Meira | 14336 | 5,6 | Soab |
| | Vila C | 13708 | 5,4 | Cidade Nova |
| ONGs | Porto Meira | 14336 | 5,6 | Vila Boa Esperança Vila Padre Monti |
| | Jardim América | 14910 | 5,8 | Jardim América |
| | Centro | 17527 | 6,8 | Vila Itajuba |
| Centros de convivência | Três Lagoas | 13297 | 5,2 | Lagoa dourada |
| | Vila C | 14336 | 5,6 | Vila C Velha |
| | Porto Meira Morumbi | 14336 | 5,6 | Jardim das flores |
| | | 14348 | 5,6 | Jardim Lindóia |
| | Centro | | | Polo Centro |
| | | 17527 | 6,8 | |

A Figura 13 e a Tabela 18 indicam a localização dos serviços de média complexidade que realizam os atendimentos de fortalecimento de vínculos, sendo 2 CREAS, ambos localizados na AED 9, na região Central do município. A média complexidade, segundo o caderno do CREAS (BRASÍLIA, 2011) se insere na política da assistência social de proteção especial com o objetivo de contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, o fortalecimento de potencialidades e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das

situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, sendo que em municípios de grande porte, é necessário, no mínimo, a implantação de um CREAS para cada 200.000 habitantes, com equipe mínima para atendimento de 80 famílias referenciadas (famílias/indivíduos). Foz do Iguaçu, com uma população de 256.088 habitantes (CENSO 2010) segundo os parâmetros técnicos apresenta o número recomendado de CREAS. No que tange aos atendimentos, segundo relatórios de gestão (FOZ DO IGUAÇU, 2014), no CREAS foi constatado número de demanda maior que o número de atendimentos referenciados no órgão no período de 2013 e 2014. O CREAS realiza intervenções juntamente com outras organizações atuantes na Rede de Proteção Social e no Sistema de Garantia de Direitos, mantendo relação estreita com órgãos do Poder Judiciário, da Segurança Pública, do Ministério Público e dos Conselhos Tutelares.

Legenda

Densidade_Ambiente_Média_Complexidade



Figura 13. Mapa de densidade do ambiente construído de assistência social, referente a serviço de média complexidade, no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 18. Localização por AED e por bairro das regiões com altas e médias densidades de casos de ocorrência geral de violência contra crianças e adolescentes, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Densidade dos casos de ocorrência geral de violência | AED | População por AED | % da população total | Bairros | Ambiente construído por nº população |
|--|-----|-------------------|----------------------|---------|--------------------------------------|
| | | | | | |

| | | | | |
|----------|--------|-------|-----|--------|
| CREAS I | Centro | 17527 | 6,8 | Centro |
| CREAS II | Centro | 17527 | 6,8 | Centro |

A Figura 14 e a Tabela 19 indicam a localização dos serviços de alta complexidade que atendem crianças e adolescentes no município do Foz do Iguaçu, no período de 2013 a 2014. Estes serviços integram o acolhimento institucional de crianças e adolescentes, estando localizados nas AEDS 2 (Vila C), 3 (Morumbi), 4 (Porto Meira), 5 (Jd SãoPaulo), 8 (AKLP) e 9 (Centro), referentes às regiões norte, leste, sul e central. A AEDs 5 possui 12,03 Km² e 92138 habitantes representando 36,0% do total populacional do município, nela existe apenas instituições de atendimento de proteção social especial de alta complexidade conforme observa-se nas figuras 12, 13 e 14, sendo que a AED 8 também apresenta somente serviços de proteção social especial de alta complexidade.

O acolhimento institucional só se faz por meio do juiz da Vara da Infância e Juventude, sendo o Conselho Tutelar responsável, excepcionalmente do acolhimento, em situações de grave risco à integridade física e/ou psíquica da criança, sendo obrigatório a comunicação ao juiz. A orientação para o afastamento da criança da família (BRASIL, 2009b) somente será adequada para garantir a proteção da criança e do adolescente em determinado momento, a orientação técnica tem por objetivo o estabelecimento de parâmetros para os casos de acolhimento, visando que a função

protetiva do estado esteja alinhada no que se refere ao fortalecimento de vínculos, desenvolvimento de potencialidades da criança e o empoderamento familiar.

Na Tabela 19, os dados apresentados permitem constatar que a instituição Aldeias Infantis SOS atende, por meio do acolhimento institucional, o maior número de bairros do município, comparativamente a outras instituições. Esta instituição é uma ONG, com acolhimento de acordo com a norma nacional referente às casas lares estando localizadas em nove bairros distribuídos em três AEDs no município. Verifica-se ainda que todos os serviços de acolhimento institucional realizados em Foz do Iguaçu são de responsabilidade do terceiro setor.

Através das tabelas 17, 18 e 19, referentes aos atendimentos nos diferentes níveis de complexidade se observa que na alta complexidade a distribuição do serviço se dá de forma mais homogênea, nas diferentes AEDs do município, enquanto que a baixa complexidade se distribuí somente nas AEDs 1, 3, 4 e 9. Pela norma técnica nacional, cada equipe de CRAS (baixa complexidade) atende de 1.500 famílias até no máximo 2.500 famílias, pode-se inferir então que, somente o atendimento referenciado em quatro AEDs seria insuficiente para os atendimentos de promoção e prevenção de violação de direitos contra crianças e adolescentes de forma satisfatória.

Existem estudos que indicam uma maior propensão para a resolução do problema de violação de direitos de crianças e adolescentes na medida em que há a utilização de serviços preventivos e de promoção de famílias/indivíduos no município. Costa (2007) fez um estudo comparativo dos diversos encaminhamentos para atendimentos no sistema de proteção integral em um município da Bahia, onde verificou-se 15 atendimentos de crianças e adolescentes no nível da alta

complexidade, 89 atendimentos no nível da média complexidade e 254 atendimentos baixa complexidade, envolvendo órgãos governamentais e do terceiro setor. Observa-se que os atendimentos de prevenção e promoção de violação de direitos contra crianças e adolescentes foram encaminhados em maior número que o acolhimento institucional. Nos Estados Unidos da América através do *National Child Abuse and Neglect Training and Publications Project* - CAPTA (2014) foi realizado, no ano de 1989, o planejamento de desenvolvimento de projetos junto à grupos da comunidade para trabalhar em conjunto para prevenir abuso infantil e negligência física. Foi constatado, a partir da realização dos projetos, que os conflitos nas relações interpessoais familiares diminuíram, trazendo maior qualidade de vida à crianças, adolescentes e seus familiares.

Densidade_Ambiente_Alta_Complexidade

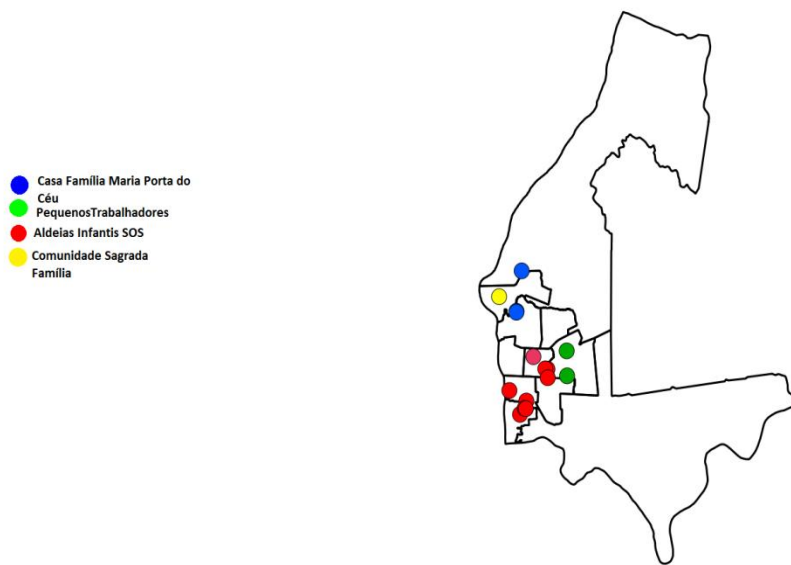


Figura 14. Mapa de densidade do ambiente construído de assistência social referente a serviço de alta complexidade, no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 19. Localização por AED e bairro das instituições envolvidas na assistência social de alta complexidade a crianças e adolescentes, e população por AED, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Instituições envolvidas na atenção de baixa complexidade | Localização segundo a AED | População por AED | Bairros |
|---|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Casa Família Maria Porta do Céu | AKLP | 16778 | Jardim Paraná |
| | Morumbi | 14348 | Morumbi II |
| Comunidade Pequenos Trabalhadores | Centro | 17527 | Jardim São Miguel Centro |
| Aldeias SOS | Porto Meira | 14336 | Vila Yolanda Ouro Verde |
| | Jardim São Paulo | 92138 | Jardim Elisa Jardim São Paulo II |
| | Vila C | 13708 | Conjunto Libra |
| Comunidade Sagrada Família | | | Jardim Califórnia |

A segurança pública, no que diz respeito ao Sistema de Proteção Integral na questão da criança e do adolescente, tem a função de salvaguarda da integridade física, tanto dos atores da rede de proteção quanto da criança e do adolescente em atendimento. Na figura 15, visualiza-se a segurança pública, da Polícia Militar, Polícia Civil e Polícia Federal presentes nas AEDs 4, 8 e 9, sendo que a polícia federal e a central da polícia civil estão territorialmente localizadas na AED 9, próximo das AEDs 6 e 10. A Polícia Militar é responsável pela ocorrência de flagrantes, a Polícia Civil pela abertura de Inquérito Policial ou Termo Circunstanciado para apuração Judicial no território do município e a Polícia Federal por ocorrências internacionais, interestaduais e no espaço aéreo do país.

Existem duas delegacias especializadas no atendimento à criança e ao adolescente no município, o Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Víctima de Crimes (NUCRIA), que se localiza na AED 8, e a Delegacia Especializada do Adolescente (DEA), localizada na AED 4. Segundo dados da Coordenadoria de Análise e Planejamento Estratégico (CAPE) da Secretaria de Segurança Pública e Administração Penitenciária do Estado do Paraná, foram atendidos nos anos de 2013 e 2014, em Foz do Iguaçu, 12.498 crianças e adolescentes de 0 a 18 anos (PARANÁb, 2015).

Densidade_Segurança_Pública

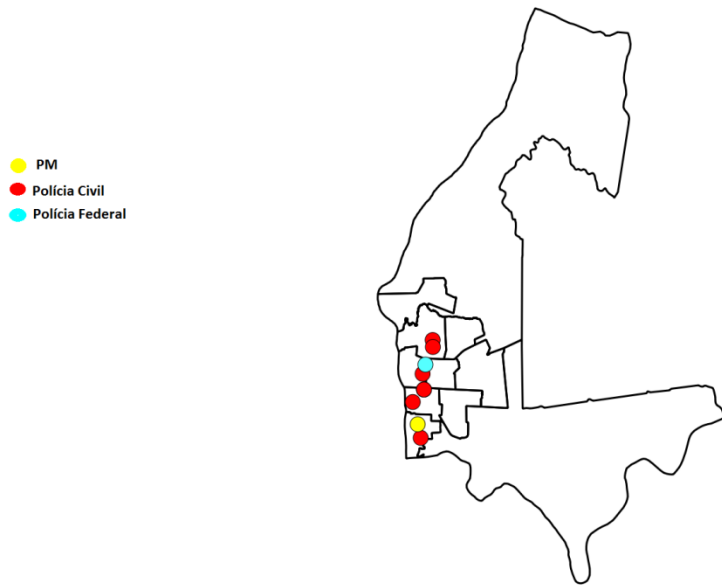


Figura 15. Mapa de densidade do ambiente construído de segurança pública no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 20. Localização por AED e por bairro das regiões do ambiente construído na área de segurança pública, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Instituições envolvidas na Segurança Pública | Localização segundo a AED | População por AED | Bairros |
|---|----------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Polícia Militar (PM) | Porto Meira | 14336 | Jardim Eldorado |
| Polícia Civil | Centro | 17527 | Centro, Jardim Central |
| | AKLP | 16778 | Vila A |
| | Porto Meira | 14336 | Profilurb II |
| Polícia Federal | Centro | 17527 | Polo Centro |

O ambiente construído referente às instituições de saúde em Foz do Iguaçu verifica-se que estas instituições estão distribuídas nas 11 AEDs do município, porém existe somente um programa específico para atendimento da criança e do adolescente, o Centro de Atendimento Psicossocial Alcool e Drogas (CAPSAD), inaugurado em março de 2013, onde há atendimento para adultos e um setor específico para crianças e adolescentes em situação de drogadição. Este centro funciona na AED 9 (Centro), com localização central e que atende todo o município (Figura 16).

Na Figura 16 e na Tabela 21 estão indicadas as instituições de saúde existentes no município, sendo que estão contemplados a atenção básica em saúde distribuídas nas AEDs 1 (Três Lagoas), 2 (Vila C), 3 (Morumbi), 4 (Porto Meira), 5 (Jd São Paulo), 6 (Jd América), 8 (AKLP), 9 (Centro), 10 (Campos do Iguaçu) e 11 (Carimã), e saúde especializada estão localizadas nas AEDs 8 e 9.

Nosso estudo teve como referência as fichas de notificação compulsória de violências, através do setor de epidemiologia, cujos dados acerca da criança e do adolescente são encaminhados para os conselhos tutelares e, por conseguinte, para a rede de proteção do município. Este procedimento é adotado como padrão, pois o

ECA em seu artigo 11 esclarece que é assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, e no artigo 13 que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a cartilha do SUS (BRASIL, 1990), tem necessidade de conhecer as principais características do perfil epidemiológico da população para que se possa identificar quais os principais grupos vulneráveis que necessitam de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, a serem desenvolvidas prioritariamente.

Ainda segundo a cartilha do SUS (BRASIL, 1990) existem grupos populacionais que estão mais expostos a riscos de saúde, sendo a violência considerado um agravo. Estes riscos estão relacionados ao território e suas características populacionais e com base nestas características e dados territoriais, se realiza o planejamento das ações de educação em saúde e de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle de vetores e atendimento ambulatorial e hospitalar.

Os procedimentos devem atender especialmente a situações de risco, com a finalidade de intensificar a promoção, proteção e recuperação da saúde. Daí vem o conceito e prática dos programas de saúde, que são parte da produção geral das ações de saúde pelas instituições, unidades e profissionais da área.

Legenda

Densidade_Unidades_Saúde

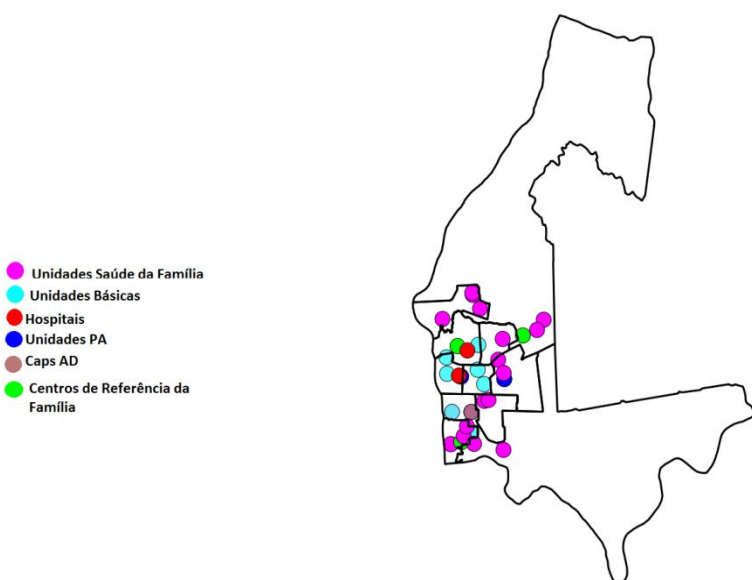


Figura 16. Mapa de densidade do ambiente construído de unidades de saúde no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 21. Localização por AED e por bairro das regiões comunidades de saúde, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Instituições envolvidas na Saúde Pública | Localização segundo a AED | População por AED | Bairros |
|--|---------------------------|-------------------|---|
| Unidades Saúde da Família | Vila C | 13708 | Vila C Vila C nova Porto Belo Cidade nova Jardim Jupira |

| | | | |
|---------------------------------|------------------|-------|--|
| | Três Lagoas | 13297 | Sol de Maio Três Lagoas Parque Três Bandeiras |
| | Morumbi | 14348 | Parque Morumbi III |
| | Carimã | 23113 | Portal da Foz Vila Carimã |
| | Jardim São Paulo | 92138 | Jardim São Paulo I Jardim São Paulo II |
| | Porto Meira | 14336 | Profilurb I Jardim Ouro Verde Jardim Elisa Jardim das Flores |
| Unidades Básicas | Carimã | 23113 | Vila Carimã |
| | Jardim América | 14910 | Jardim América |
| | Centro | 17527 | Vila Yolanda Parque Presidente |
| | Vila C | 13708 | Cidade Nova Jardim Jupira |
| | Porto Meira | 14336 | Vila Adriana |
| | Campos do Iguaçu | 22776 | Campos do Iguaçu Jardim Lancaster Jardim das Nações |
| Hospitais | AKLP | 16778 | Vila A |
| | Centro | 17527 | Jardim Central |
| CAPSAD | Centro | 17527 | Vila Yolanda |
| Centro de Referência da Família | AKLP | 16778 | Jardim das Laranjeiras |
| | Três Lagoas | 13297 | São João |
| | Morumbi | 14348 | Morumbi I |
| | Porto Meira | 14336 | Profilurb I |

Na Figura 17 e na Tabela 22, estão indicadas a localização das escolas municipais de Foz do Iguaçu, que segundo a Secretaria Municipal de Educação, no ano de 2013, atenderam 17.999 crianças e adolescentes e, no ano de 2014, atenderam 18.185 crianças e adolescentes do 1º ao 5º ano do ensino fundamental (FOZ DO IGUAÇU, 2014).

Na tabela 22 se observa que as escolas estão distribuídas em todas as AEDs do município, sendo que existe mais de uma escola por AED, totalizando 51 escolas municipais. Desta forma constatamos que o município de Foz do Iguaçu está em conformidade com o ECA pois em seu artigo 53 determina que a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, e no parágrafo quinto deste artigo está colocado que lhes é garantido o acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência (BRASIL, 2012, p. 42).

Legenda

Densidade_Escolas_municipais

Legenda

- pontos_escolamunicipal novo_UTM
- Foz_do_Iguacu_UTM

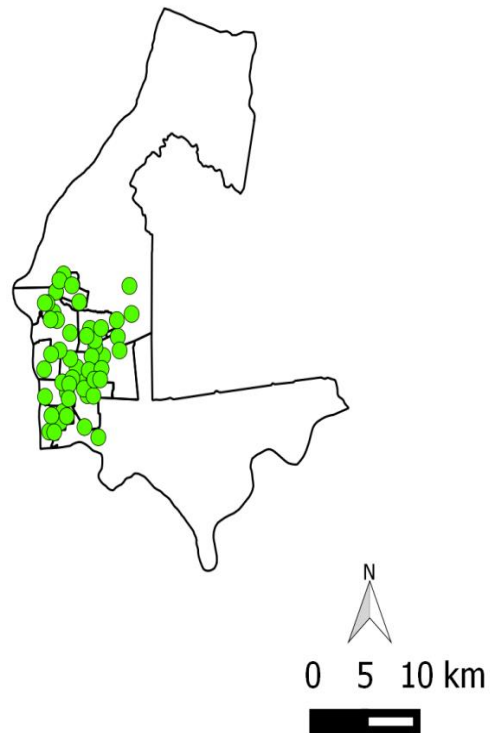


Figura 17. Mapa de densidade do ambiente construído de escolas municipais no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 22. Localização por AED e por bairro das escolas municipais, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Escola Municipal | AED | População por AED | Bairros |
|------------------|-----|-------------------|---------|
|------------------|-----|-------------------|---------|

| | | | |
|---------------|------------------|-------|---------------------|
| ESCOLA 1-2 | Três Lagos | 13297 | Lagoa Dourada |
| ESCOLA 3 | | | Gleba Guarani |
| ESCOLA 4 | | | Alto da Boa Vista |
| ESCOLA 5 | | | Jardim Canada |
| ESCOLA 6-7 | | | Jardim Tucuruí |
| ESCOLA 8-9 | | | Três Bandeiras |
| ESCOLA 10-11 | | | Três lagoas |
| ESCOLA 12-13 | Vila C | 13708 | Vila C |
| ESCOLA 14 | | | Vila C Nova |
| ESCOLA 15-16 | | | Porto Belo |
| ESCOLA 17 -18 | | | Cidade Nova |
| ESCOLA 19-20 | | | Jardim Califórnia |
| ESCOLA 21 | | | Jardim Jupira |
| ESCOLA 22 | | | Jardim Itaipu |
| ESCOLA 23-24 | Morumbi | 14348 | Morumbi I |
| ESCOLA 25-26 | | | Morumbi III |
| ESCOLA 27 | Porto Meira | 14336 | Profilurb II |
| ESCOLA 28 | | | Parque Ouro Verde |
| ESCOLA 29 | | | Jardim das Flores |
| ESCOLA 30 | | | Vila Adriana |
| ESCOLA 31 | | | Vila Shalon |
| ESCOLA 32 | Jardim São Paulo | 92138 | Jardim Copacabana |
| ESCOLA 33 | | | Jardim São Paulo |
| ESCOLA 34 | | | Jardim São Paulo II |
| ESCOLA 35 | | | Jardim Taroba |
| ESCOLA 36 | | | Vila Matilde |
| ESCOLA 37 | Jardim América | 14910 | Jardim América |
| ESCOLA 38 | Imperatriz | 13157 | Jardim Itamaraty |
| ESCOLA 39 | | | Parque Imperatriz |
| ESCOLA 40 | AKPL | 16778 | Jardim Petrópolis |
| ESCOLA 41 | | | Jardim Lancaster |
| ESCOLA 42 | | | Jardim Ipê |
| ESCOLA 43 | | | Jardim Naipi |

| | | | |
|--------------|------------------|-------|------------------|
| ESCOLA 44-45 | Centro | 17527 | Centro |
| ESCOLA 46 | | | Vila Yolanda |
| ESCOLA 47 | Campos do Iguaçu | 22776 | Campos do Iguaçu |
| ESCOLA 48 | Carimã | 23113 | Vila Carimã |
| ESCOLA 49 | | | Lote Grande |
| ESCOLA 51 | | | Portal da Foz |

Na Figura 18 e na Tabela 23, estão indicadas a localização das escolas estaduais de Foz do Iguaçu. As escolas estaduais que fazem atendimento do ensino fundamental e ensino médio estão, como se pode verificar na Figura 18 em comparação com a Figura 17, localizadas próximas das escolas municipais, e esta territorialização vem de encontro ao que o ECA preconiza, no capítulo IV Do Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer (BRASIL, 2012, p. 42). Na Tabela 23, constatamos que somente na AED 7 e 10 (Imperatriz e Campos do Iguaçu) não há escola estadual, porém, há escolas estaduais que se localizam em AEDs limítrofes a este, estando assim, de acordo com o ECA, apesar dessa falta.

Legenda

- escolas_estaduais_novo
- Foz_do_Iguacu_UTM

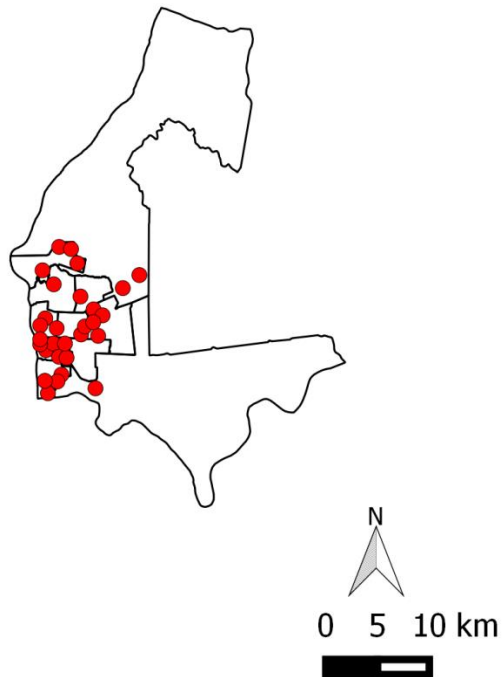


Figura 20. Mapa de densidade do ambiente construído de escolas estaduais no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 23. Localização por AED e por bairro das regiões - escolas, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| Escola Estadual | AED | Total População AED | Bairros |
|---|------------------|------------------------------------|---|
| ESCOLA 1 | Três Lagoas | 13297 | Três Lagoas |
| ESCOLA 2 | | | Três Bandeiras |
| ESCOLA 3 | | | Jardim Marisa |
| ESCOLA 4 | Vila C | 13708 | Vila C Cidade Nova |
| ESCOLA 5-6 ESCOLA 7-8 | Morumbi | 14348 | Morumbi II Morumbi III |
| ESCOLA 9 ESCOLA 10 | Porto Meira | 14336 | Porto Meira Jardim das Flores |
| ESCOLA 11 ESCOLA 12 | Jardim São Paulo | 92138 | Conjunto Libra Jardim Panorama |
| ESCOLA 13 | Jardim América | | Jardim América |
| ESCOLA 14 | AKLP | 14910 | Jardim lancaster |
| ESCOLA 15-16 ESCOLA 17 ESCOLA 18 ESCOLA 19 | Centro | 16778 17527 | Centro Vila Maracanã Pólo Centro Jardim Itália |
| ESCOLA 20 ESCOLA 21 | Carimã | 23113 | CCC Jardim Patriarca |

Na Figura 19 e na Tabela 24, estão indicadas a localização das escolas estaduais de Foz do Iguaçu. Os Centros Educacionais Municipais de Educação Infantil (CMEIs) estão localizados nas AEDs 1, 2, 3, 4, 5,7, 8, 9 e 11 do município. Pela

Tabela 24, os CMEIS estão distribuídos em inúmeros bairros por AED, o que está em conformidade com o ECA no que se refere à necessidade da educação infantil e fundamental estar próxima da residência da criança. No entanto, falta CMEI na AED 6 (Jardim América) e na AED 10 (Campos do Iguaçu), porém conforme indicado na Figura 19, observamos que os CMEIS estão proporcionalmente distribuídos, sendo que há CMEIS nas AEDs vizinhas das AEDs 6 e 10, sendo 1 na AED 9 e 4 na AED 5.

A definição e diretrizes dos Centros Educacionais de Educação Infantil está estabelecido em marco regulatório que consta do diretrizes curriculares a nível nacional de governo, sendo elas, a Educação Infantil como a primeira etapa da educação básica, oferecida em creches e pré-escolas, às quais se caracterizam como “espaços institucionais não domésticos que constituem estabelecimentos educacionais públicos ou privados que educam e cuidam de crianças de 0 a 5 anos de idade no período diurno, em jornada integral ou parcial”, os CMEIS são espaços públicos com funcionamento em jornada parcial no município de Foz do Iguaçu. São regulados e supervisionados por órgão competente do sistema de ensino e submetidos a controle social. É dever do Estado garantir a oferta de Educação Infantil pública, gratuita e de qualidade, sem requisito de seleção, isso quer dizer a cobertura universal e a equidade. A Figura 19 possibilita visualizarmos a distribuição dos CMEIS nas AEDs, porém não há como constatar a universalização da cobertura por esta pesquisa ser referente à análise espacial dos ambientes construídos, não acerca do número de crianças na AED em comparação com o número de atendimentos referenciados nos equipamentos de proteção social em cada uma delas.

Legenda

- mapa_pontos_cmei_UTM
- AEDs_Foz_do_Iguacu

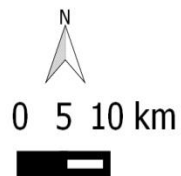
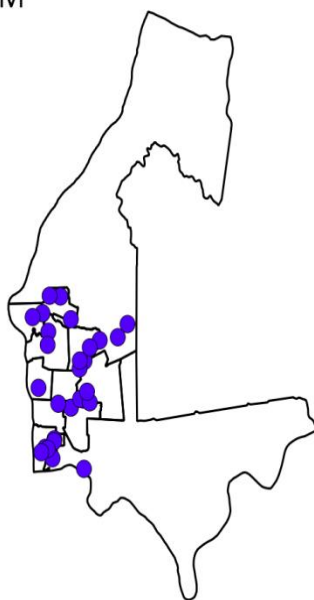


Figura 19. Mapa de densidade do ambiente construído de Centros Educacionais Infantis no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013-2014. No mapa, há a indicação das AEDs do município.

Tabela 24. Localização por AED e por bairro das regiões - Cmeis, Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| CMEI | AED | Total População por AED | Bairros |
|------|-----|-------------------------------|---------|
|------|-----|-------------------------------|---------|

| | | | |
|---------|------------------|-------|-----------------------|
| CMEI 1 | Vila C | 13708 | Cidade Nova |
| CMEI 2 | | | Vila C Nova |
| CMEI 3 | | | Vila C Velha |
| CMEI 4 | | | Jardim Califórnia |
| CMEI 5 | | | Porto Belo |
| CMEI 6 | Três Lagoas | 13297 | Sol de Maio |
| CMEI 7 | | | Parque Três Bandeiras |
| CMEI 8 | | | Três Lagoas |
| CMEI 9 | | | Vasco da Gama |
| CMEI 10 | Morumbi | 14348 | Parque Morumbi II |
| CMEI 11 | | | Parque Morumbi III |
| CMEI 12 | Jardim São Paulo | 92138 | Jardim São Paulo |
| CMEI 13 | | | Vila Borges |
| CMEI 14 | | | Jardim Lindóia |
| CMEI 15 | | | Cohapar II |
| CMEI 16 | Imperatriz | 13157 | Parque Imperatriz |
| CMEI 17 | | | Vila Esmeralda |
| CMEI 18 | Centro | 17527 | Jardim Lancaster |
| CMEI 19 | AKLP | 16778 | J |
| CMEI 20 | | | Jardim Santa Rosa |
| CMEI 21 | | | Jardim Karla |
| CMEI 22 | | | Vila Adriana |
| | | | Profilurb II |
| CMEI 23 | Porto Meira | 14336 | Jardim Ouro Verde |
| CMEI 24 | | | Boa Esperança |
| CMEI 25 | Carimã | | Jardim Novo Horizonte |

A Criança é considerada na sua historicidade e direitos que, nas interações, relações e práticas cotidianas que vivencia, constrói sua identidade pessoal e coletiva, brinca, imagina, fantasia, deseja, aprende, observa, experimenta, narra, questiona e constrói sentidos sobre a natureza e a sociedade, produzindo cultura.

Percorrendo o referencial teórico deste trabalho, se pode observar como a definição de criança foi se transformando no decorrer da história, de um objeto de uso para a família e a sociedade, sendo que sua definição com efeito de lei dentro da educação está em conformidade com o conceito de criança, regulamentado pela Constituição Federal de 1988, tornando-se sujeito de direitos. E, finalmente o currículo que é definido como o conjunto de práticas que buscam articular as experiências e os saberes das crianças com os conhecimentos que fazem parte do patrimônio cultural, artístico, ambiental, científico e tecnológico, de modo a promover o desenvolvimento integral de crianças de 0 a 5 anos de idade (BRASIL, 2010, p. 12).

No Quadro 4 apresentamos as características quanto ao ambiente construído de cada uma das AEDs do município de Foz do Iguaçu, com relação à presença de instituições de assistência social de baixa, média e alta complexidade, e instituições de segurança pública, saúde, e da área educacional (escolas municipais, estaduais e CMEIs).

No presente trabalho constatou-se que as AEDs que concentraram mais casos registrados de violência envolvendo tanto crianças como adolescentes foram as AEDS 1 (Três Lagoas), 3 (Morumbi), 5 (Jd São Paulo) e 11 (Carimã). Conforme indicado no Quadro 4, todas essas AEDs apresentam Unidades de saúde, escolas municipais, estaduais e CMEIs instalados, indicando que esses aparatos do serviço público não têm sido suficientes para prevenir a violência nessas localidades. Apenas as AEDs 1 e 3 apresentam instituições de assistência social que atendem casos de baixa complexidade e apenas as AEDs 3 e 5 apresentam instituições de assistência social que atendem casos de alta complexidade. A AED 11 não apresentou nenhuma instituição de baixa ou alta complexidade. Com relação à segurança pública,

nenhumas dessas AEDs apresentou instituição ligada à segurança pública instalada em seu território (Quadro 4).

Em contrapartida as AEDs com menor número de notificações de violência foram as AEDs 6 (Jd América) e 9 (Centro). A AED 9, que se localiza na região central de Foz do Iguaçu e como indicado no Quadro 4, constituiu a AED mais completa com relação à presença de todas as instituições avaliadas e consideradas no presente estudo. A AED 6, por sua vez, apresentou Unidade de Saúde, instituição que atende casos de baixa complexidade, e escolas municipal e estadual em seu território, mas não apresentou CMEI, e nem instituições que atendem casos de média e alta complexidade. Os dados do presente estudo indicam que a existência de instituições públicas ligadas ao setor da saúde e educação em uma determinada AED não é indicativo de prevenção ou redução dos níveis de violência contra crianças e adolescentes. O mesmo podendo se dizer da presença de instituição que atende casos de baixa complexidade na região, não indicando necessariamente fator de prevenção de casos de violência contra crianças e adolescentes.

Portanto, outras variáveis ligadas ao sujeito podem estar associadas com os casos de violência contra crianças e adolescentes. Mas os dados do presente estudo também sugerem que a presença de diferentes instituições públicas de assistência à população, todas na mesma AED, pode estar relacionado com a prevenção da violência, tendo em vista, que a região central, que apresentou todas as instituições assistenciais consideradas para análise no presente estudo apresentou o menor número de casos de violência notificados no período de 2013 a 2014. No entanto, pode-se afirmar que outras variáveis podem estar envolvidas como fatores de proteção e prevenção da violência, tendo em vista que, o Jd América também apresentou menor número de casos de violência notificados, no entanto, não apresentou todos os

diferentes tipos de instituição de assistência a população, analisados e considerados no presente estudo.

Quadro 4. Apresentação das características do ambiente construído segundo cada Área de Expansão Demográfica do município de Foz do Iguaçu, 2013-2014.

| | Baixa Complexidade | Média complexidade | Alta Complexidade | Segurança Pública | Saúde | Escolas Municipais | Escolas Estaduais | Educação Infantil (0 a5 anos) |
|---------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------|--------------------|-------------------|-------------------------------|
| AED 1 – Três Lagoas | ++ | | | | ++ | ++ | ++ | ++ |
| AED 2 – Vila C | ++ | | ++ | | ++ | ++ | ++ | ++ |
| AED 3 - Morumbi | ++ | | ++ | | ++ | ++ | ++ | ++ |
| AED 4 – Porto Meira | ++ | | ++ | +++ | ++ | ++ | ++ | ++ |
| AED 5 – Jd São Paulo | | | ++ | | ++ | ++ | ++ | ++ |
| AED 6 – Jd América | ++ | | | | ++ | ++ | ++ | |
| AED 7 - Imperatriz | | | | | | ++ | | ++ |
| AED 8 - AKLP | | | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ |
| AED 9 - Centro | ++ | +++ | ++ | +++ | ++ | ++ | ++ | ++ |
| AED 10 - Campos do Iguaçu | | | | | ++ | ++ | | |
| AED 11 - Carimã | | | | | ++ | ++ | ++ | ++ |

3. CONCLUSÃO

Por meio das fichas de notificação compulsória de violências ocorridas no período de 2013 a 2014, constou-se maior número de casos de violência contra crianças e com predomínio de meninas, e o local de ocorrência predominante foi a residência. Quanto ao tipo de violação de direitos os principais foram a violência física, a violência sexual e a violência psicológica. Conclui-se que o perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência, e a tipologia da violência sofrida, registrada no município de Foz do Iguaçu, no período de 2013 a 2014, foi semelhante ao encontrado em outros estudos nacionais.

Do total de 578 casos notificados, apenas 43 casos foram encaminhados ao CREAS. Por meio da análise espacial as principais AEDs com ocorrências de violência geral foram a AEDS 1 (Três Lagoas), 3 (Morumbi), 5 (Jd São Paulo) e 11 (Carimã). A análise espacial das ocorrências permite concluir que a violência se encontra predominantemente em regiões periféricas do município e a análise do ambiente construído referente aos serviços de saúde, educação infantil, educação municipal e estadual permite concluir que esses serviços estão instalados em todas as AEDs com regiões de alta densidade de casos de violência, portanto, não tem sido um fator diferencial de prevenção das violências contra crianças e adolescentes.

Quanto aos serviços sociais de baixa complexidade, nem todas as AEDs com alta densidade de casos de violência apresentou os serviços instalados em suas macrorregiões. Além disso, de acordo com o número e tipo de violências analisadas, constatou-se que o número de CRAS, que são responsáveis pelo atendimento de casos de baixa complexidade no município, pode ser considerado baixo segundo o porte do município, o que pode explicar o alto número de casos de violação de direitos de média e alta complexidade no município, podendo ser um reflexo da ineficiência das ações de prevenção da violência que este tipo de instituição proporcionaria.

O município conta com os serviços sociais de média complexidade, no entanto, todas se localizam no mesmo AED, tornando a assistência universal mais difícil. Não constituiu escopo do presente estudo o aprofundamento a respeito do número de equipes presentes no município de baixa e média complexidade do município, constituindo variáveis para análise em pesquisa futura. Quanto aos serviços sociais de alta complexidade constatamos o predomínio de serviços oferecidos pelo terceiro setor (ONGs). Tendo em vista a detecção de regiões com maiores densidades de notificações de violência no município de Foz do Iguaçu, concentradas principalmente em regiões periféricas, conclui-se que: 1) Os serviços sociais oferecidos de baixa, média e alta complexidade não tem conseguido sanar e prevenir totalmente a violência contra crianças e adolescentes no município; 2) Outras variáveis relativos às famílias e ao indivíduo residentes das AEDs com maiores densidades de violência podem estar relacionadas com a violência contra a criança e ao adolescente, e constitui perspectiva futura para o presente trabalho.

Uma limitação desta pesquisa foi a impossibilidade de analisar se os atendimentos às crianças e adolescentes pelos serviços sociais estão sendo executados de forma a realizar a universalização de cobertura nos atendimentos e o referenciamento por território que o SUAS e SUS preconizam. Isto porque o número de instituições de atendimento na baixa, média e alta complexidade estão contempladas na normativa nacional, porém o quesito utilizado para a verificação das excelência dos serviços ofertados estão no número de famílias referenciadas por equipes, e isto não foi analisado nesta pesquisa.

Foz do Iguaçu, como município de grande porte com mais de 100.001 mil habitantes necessita ter uma rede de proteção melhor estruturada voltada à criança e adolescente dentro dos parâmetros regulatórios nacionais que trabalhem a favor da

promoção da pessoa humana e tenham como meta a prevenção, inibição e erradicação da violência contra essa população.

Entendemos que a melhoria nos serviços de baixa, média e alta complexidade se faz necessário para que se alcance resultados mais eficientes tanto do fluxo dos atendimentos, quanto da diminuição das violações de direitos contra crianças e adolescentes no município de Foz do Iguaçu, Paraná. Para tanto iremos fazer um relatório com os principais resultados da pesquisa para enviar a gestão deste serviço no município, bem como para os conselho Municipal dos direitos da Criança e do Adolescente de Foz do Iguaçu.

REFERÊNCIAS

ALBERTON, M.S. **Violação da infância:** crimes abomináveis, humilham, machucam, torturam e matam! Editora Age Ltda. Porto Alegre, 2005.

ALBUQUERQUE, M.C. **Participação popular em políticas públicas:** espaço de construção na democracia brasileira. São Paulo: Instituto Pólis, 2006.

ANDERSON, R., et al. **Child deaths attributed to abuse and neglect:** An empirical study. *Children and Youth Services Review*, Vol 5, p. 75–89. 1983.

ARËES. P. **História Social da Criança e da Família.** LTC- Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. Rio de Janeiro, 1981.

ASSIS, M.M.A., et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família:** olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **A convenção sobre os direitos da criança:** para todas as crianças saúde, educação, igualdade, proteção. Nova York, 1989.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Direitos da criança:** Relatório do especialista independente para o Estudo das Nações Unidas sobre a Violência Contra Criança. Nova York, 2006.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Um Mundo para as Crianças.** Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Criança, Nova York, 2002.

AYRES, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira Epidemiologia**. Vol. 5, supl. 1, 2002.

BORON, A. A. **Estado, capitalismo e democracia na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BRASIL. **Tipificação nacional de serviços socioassistenciais**. Brasília, 2009.

BRASIL. **Orçamento público: orientações para incidir em políticas públicas**. Oficina de Imagens. Belo Horizonte, 2009.

BRASIL. **Plano de ação para co-financiamento do governo federal**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. SNAS Secretaria Nacional de Assistência Social, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei 9455. Revista dos tribunais online**. Thompson Reuters. 1997. Disponível em <http://www.consultoriaregisprado.com/Legisla%E7%E3o%20comparada/Tortura.pdf>
Acesso em: 2 ago. 2015.

BRASIL. **Sistema de Garantia de Direitos**. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Brasília, 2014. Disponível em <http://www1.direitoshumanos.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/sgd>
Acesso em: 20 abr. 2014.

BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: Relatório nacional de acompanhamento. Brasília, 2010.

BRASIL. **Plano nacional de promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária**. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_direitocrianças.pdf.
Acesso em: 23 abr. 2014.

BRASIL. **Código de menores**. Lei Nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6697.htm. Acesso em: 10 novembro 2013.

BRASIL. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil.** Estudos e Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica número 2. IBGE, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente:** versão atualizada 2013. Lei Federal nº 8.069, de 1990. *diário oficial da união*. Brasília, 2012.

BRASIL. **Norma operacional básica:** Ministério de Desenvolvimento Social e de Combate à Fome. Brasília, 2012. Disponível <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/suas/gestao-do-suas-1>. Acesso em: 10 novembro 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. SNAS-Secretaria Nacional de Assistência Social. **Plano de ação para co-financiamento do governo federal.** 2013.

BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento do milênio:** Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, 2010.

BRASIL. **Orçamento público:** orientações para incidir em políticas públicas. Belo Horizonte: Oficina de Imagens, 2009.

BRASIL. **Orçamento público: orientações para incidir em políticas públicas.** Texto Instituto Caliandra. 2.ed. Belo Horizonte: Oficina de Imagens, 2009.

BRASIL. **Plano nacional de promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária.** Brasília, 2006. Disponível em http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_direitocrancas.pdf. Acesso em 23 de abril de 2014.

BRASIL. **Presidência da república casa civil:** Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 10.097 de 19 de Dezembro de 2000. Brasília, 2000.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Sistema de garantia de direitos**. Brasília, 2014. Disponível em <http://www1.direitoshumanos.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/sgd>. Acesso em 20 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento social e Combate a Fome. **Censo Suas**. Brasília, 2014. Disponível em [:http://aplicacoes4.mds.gov.br/sagicenso/censosuas_2014/auth/index.php](http://aplicacoes4.mds.gov.br/sagicenso/censosuas_2014/auth/index.php). Acesso em 19 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília, 2009b.

BRASIL. **Violência faz mal à saúde**. Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Ministério da saúde. Brasília, 1990.

BRAUN, S. A. **A violência sexual infantil na família**: do silêncio à revelação. Age. Porto Alegre, 2002.

BRESSER PEREIRA, L. C. & NURIA. G. C. (orgs.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1999.

CARINHATO, P.H. Neoliberalismo, reforma do estado e políticas sociais na últimas décadas do século XX no Brasil. AURORA ano II número 3, p. 37-45. São Paulo, 2008.

Disponível em file:///home/chronos/u-7a836139a8db7de5b4ab71113631ab17b81935bc/Downloads/carinhato%202008.pdf.

Acesso em 20 de julho de 2014.

CAPPELLERI, J.C. et al. **The epidemiology of child abuse**: findings from the second national incidence and prevalence study of child abuse and neglect. *Public Health Briefs*. Vol. 83, N. 11. 1993.

CAPTA. **The child abuse prevention and treatment act**: 40 years of safeguarding America's children. National child abuse and neglect training and publications. Washington, 2014.

CARVALHO, A.C.R. et al. **Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol 14, p. 546. Rio de Janeiro, 2009.

CHIU, G. R. et al. **Prevalence and overlap of childhood and adult physical, sexual, and emotional abuse**: a descriptive analysis of results from the Boston area community health (BACH) survey. *Violence Victims*. 2014.

CLARK, R. E., & CLARK, J. F. **The encyclopedia of child abuse**. Nova York. 2001

COSSETIN, M. Assistência e Proteção ou Punição aos Pobres: o primeiro código de menores (1927) *In Socioeducação no Estado do Paraná*: os sentidos de um enunciado necessário: Cascavel: Edunioeste, 2012.

COSTA, M.C.O. **O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares**: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol 12, N 5), p. 1129-1141, 2007.

COSTA, M. C. O. et al. **Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e**

adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. *Ciência. & Saúde Coletiva*, v.15, n.2, p.563-74, 2010.

DEL PRIORI, M. **O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império.** In: *História da Criança no Brasil*. Mary DelPriore (org). Contexto, 6° Ed. São Paulo: 2008.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Seção 1, ISSN 1677-7042, Nº 108, segunda-feira, 9 de junho de 2014.

FALEIROS, V.P. **Estratégias em serviço social.** Editora Cortez, 10. ed. São Paulo, 2011.

FALEIROS, V. P. *et al.* **Construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

FALEIROS, V.P., FALEIROS, E. S. **Escola que protege:** enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Ministério da Educação, 2ª edição, Brasília, 2008.

FORRESTER, D. *et al.* What is the Impact of Public Care on Children's Welfare? A Review of Research Findings from England and Wales and their Policy Implications. *Journal of Social Policy* vol 38, p.439-356. Copyright, 2009.

FOZ DO IGUAÇU. **Divisão de documentação escolar:** departamento de ensino fundamental. Secretaria Municipal de Educação. Foz do Iguaçu, 2014.

FOZ DO IGUAÇU. **Relatório de gestão:** Atendimento à Crianças e Adolescentes, Secretaria Municipal de Assistência Social, Família e Relações com a Comunidade. Foz do Iguaçu, 2014.

FRANCIOZI, C.E.S., et al. **Trauma na infância e adolescência: epidemiologia, tratamento e aspectos econômicos em um hospital público.** *Acta Ortop. Bras.*, v.16 n. 5, São Paulo, 2008.

FLEURY, Silvia. **Seguridade social inconclusa**. In: Denise Rocha; Maristela Bernardo (Org.) INESC, p. 105-119. Brasília, 2004.

FREYRE, G. **Casa grande & senzala**. São Paulo: Global, 2005.

GAWRYSZEWSK, V.P. **Maus-tratos contra a criança e o adolescente no estado de São Paulo, 2009**. Revista Associação Médica Brasileira, *Vol 58, N 6, p. 659-665*. São Paulo, 2012.

GIL, D. **Violence against children: Physical Child Abuse in the United States**. Commonwealth Fundacion Publications. Harvard University Press. 1970.

GIRON, M. F. R. **As violências e seus contextos**. In: ZAPELINI, Cristiane Antunes Espindola (Org.). Módulo 2: violências, Rede de Proteção e Sistema de Garantia de Direitos. Florianópolis: NUVIC-CEDUFSC, 2010.

Hernandez DJ, et al. **Life circumstances and public policies for young children in immigrant families**. *Early Childhood Research Quarterly, Vol 24, p. 487-501*. 2009.

HERZLICH, C. **Fragilidade da Vida e Desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde Physis** - Revista de Saúde Coletiva, *vol. 15, n. 2, p. 193-203* Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil, 2005.

HINO, A.A.F. *et al.* **Aplicabilidade de métodos mistos de pesquisa e informações georreferenciadas em estudos sobre atividade física e ambiente construído**. Projeto ESPAÇOS de Curitiba, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica, v. 32, n. 3, 2012*.

IBGE. **Censo 2010 cidades: trabalho infantil**. Brasília, 2010. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/trabalho infantil/outras/index.html>. Acesso em 10 de agosto de 2015

IBGE. **Guia do censo 2010 para jornalistas**. Brasília, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/Guia_do_censo2010.pdf.

Acesso em 10 de agosto de 2015.

JONES, E. D., & McCURDY, R. **The links between types of maltreatment and demographic characteristics of children**. *Child Abuse & Neglect*, Vol 16, N 2, p. 201-215. 1992.

KULHMANN JR. M. Educação Infantil e Currículo. In FARIA. A.L.G, PALHARES. M.S. **Educação infantil pós LDB: rumos e desafios**. São Paulo: Autores Associados, 1999.

KYLE, A.D. et al. **Integrated assessment of environment and health: America's children and the environment**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 2, p. 439-451, 2006.

LAZZARINI, V. (Org). **Abandono, exploração e morte de crianças e adolescentes em Foz do Iguaçu: Pesquisa sobre a situação dos abrigos, o trabalho infantil e a mortalidade de adolescentes**. Foz do Iguaçu, 2006.

LIMA, Cláudia A. **Violência faz mal à saúde**. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos em saúde. Brasília, 2006.

MADEIRA, L.M. **Avaliação de Políticas Públicas**. UFRGS/CEGOV. Porto Alegre, 2014.

MARTINS, C.B.G. & ANDRADE, S.M. **Epidemiologia dos Acidentes e Violências entre Menores de Quinze Anos em Município da Região Sul do Brasil**. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 530-537. São Paulo, 2005.

MEDEIROS, A. E book: **sistema de informação geográfica com QGIS**. Disponível em <http://andersonmedeiros.com/>. Acesso em 19 de outubro de 2015. 2015

MENDONÇA, Sonia R. **A Pesquisa sobre estado e poder: balanço historiográfico.** In: SILVA, CARLA I., CALIL, Gilberto G., KOLING, Paulo J. (Org). Estado e Poder: questões teóricas e estudos históricos. Cascavel: Ed. Unioeste, 2001 (p 21-22).

MINAYO, M. C. **Violência e saúde na adolescência:** uma agenda de investigação estratégica. Saúde em debate, *Vol 39, p. 12-18*, 1993.

MINAYO, M.C. **A violência social sob a perspectiva da saúde pública.** *Cadernos de Saúde Pública, Vol 10, p 7-18.* Rio de Janeiro. 1994.

MIRANDA SÁ JR. L.S. **Desconstruindo a definição de saúde.** Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM), 2004. Disponível em: unifesp.br/dis/pg/Def-Saude.pdf> Acesso em: 20 de julho de 2014.

MOREIRA, D.P. **Exposição à violência entre adolescentes de uma comunidade de baixa renda no Nordeste do Brasil.** *Ciência e Saúde, Vol 18, N 5, p. 1273- 1282.* 2013. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/12.pdf> Acesso em 20 de maio de 2015.

MORTON, C.M. et al. Neighborhood alcohol outlet density and rates of child abuse and neglect: Moderating effects of access to substance abuse services. *Child Abuse & Neglect, vol. 38, p. 952.* Copyright, 2014.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Um mundo para as crianças.** Nações Unidas, Nova Iorque, 2002.

PARANÁ. **Ocorrências criminais envolvendo vítima, adolescente infrator e autor-** faixa etária de 0 a 18 anos comparativo ano 2013 x 2014. Secretaria de Segurança Pública e Administração Penitenciária: coordenadoria de análise e planejamento estratégico. Curitiba, 2015.

PARANÁ. **Secretaria estadual da assistência social:** Famílias Cadastradas no CadÚnico com maiores Índices de Vulnerabilidade. Curitiba, 2012.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**, Cadernos MARE da reforma do estado v.1. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília, 1997.

PEREIRA, P. A. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania**. In: BOSCHETTI, Ivanete. (Org). Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas. Editora Cortez, 2ª ed. São Paulo, 2009.

PEREIRA, P. A. **Política social: temas e questões**. Editora Cortez. São Paulo, 2008.

PEREIRA, P.A. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. Editora Cortez, 2. ed. São Paulo, 2002.

PEREZ J.R., PASSONE E.F. Políticas Sociais de Atendimento às Crianças e aos Adolescentes no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago, 2010.

PERONI, V.M.V. **Mudanças na configuração do estado e sua influência na política educacional**. In: PERONI, V. M. V., BAZZO, V. L. , PEGORARO, L. (org.) Dilemas da educação brasileira em tempos de globalização neoliberal: entre o público e o privado. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

PIANA, M.C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 12 de abril de 2014.

PINKER, S. **Tábula rasa: a negação contemporânea da natureza humana**. São Paulo. Companhia das Letras, 2004

RIBEIRO, M.G. M. **Educação Superior Brasileira: Reforma e Diversificação Institucional**. Bragança Paulista: EDUSF, 2002

RIZZINI, I. **O século Perdido: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil.** Rio de Janeiro: Petrobrás - BR: Ministério da Cultura: USU Ed. Universitária. Amais, 1997.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil:** percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2004.

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (Orgs.). **A arte de governar crianças:** a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Editora Cortez. São Paulo, 2011.

ROCHA, Z. **Paixão, violência e solidão:** o drama de Abelardo e Heloísa no contexto cultural do século XII. Recife: UFPE, 1996.

SCHLOESSER, P. *et al.* **Active surveillance of child abuse fatalities.** Child & Neglect, *Vol. 1, p. 3-10.* Kansas. 1992.

SICILIA et al. **La evaluación del impacto en salud:** el estado de la cuestión. *Gaceta Sanitaria; Vol 22, N. 4, p. 348-53.* 2008.

SILVA, E.; MOTTI, A. **Estatuto da criança e do adolescente, uma década de direitos:** avaliando resultados e projetando o futuro. Campo Grande: Ed. UFMS, 2001

SILVA JR, J.R.; SGUISSARDI,V. **Novas faces da educação superior no Brasil-** Reformas do Estado e mudanças na produção. 2. ed. rev. São Paulo: Edusf/Cortez, 2001.

SUCUPIRA, A.C.S.L. et al. Determinantes sociais da saúde de crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira Epidemiologia*, p. 160-177, 2014.

TURCI et al. **Epidemiologia e saúde coletiva:** tendências da produção epidemiológica brasileira quanto ao volume, indexação e áreas de investigação - 2001 a 2006. *Ciência & Saúde Coletiva, Vol.15 N 4, p. 1967-1976.* Rio de Janeiro, 2010.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400012&lang=pt. Acesso em 21 de março de 2015.

UNICEF. **Violência:** Pequenas vítimas. Situação da Infância Brasileira. Brasília, 2005. Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_020_039_Violencia2.pdf. acesso em 28 de julho de 2015.

UNICEF. **De olho no orçamento criança:** atuando para priorizar a criança e o adolescente no orçamento público. São Paulo, 2005.

VALENTE, L. A. *et al.* **Domestic violence against children and adolescents:** prevalence of physical injuries in a southern brazilian metropolis. *Brazilian Dental Journal*, Vol. 60, N° 1, p. 55-60. São Paulo, 2015.

WALKER, B.B., SCHUURMAN, N., HAMEED, S. **A GIS-based spatiotemporal analysis of violent trauma hotspots in Vancouver, Canada:** identification, contextualisation and intervention, *Vol, 4, N 2, p.3-7*. BmjOpen, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on child injury prevention.** Geneva: WHO/Unicef; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence:** a public health priority. Geneva: WHO; 1996

APÊNDICE A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise Espacial dos Atendimento à Crianças e Adolescentes Vulneráveis no Município de Foz do Iguaçu, Paraná.

Pesquisador: Oscar Kenji Nihei

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42677615.6.0000.0107

Instituição Proponente: hospital universitario do oeste do parana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.000.817

Data da Relatoria: 26/03/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto bem apresentado e claro

Objetivo da Pesquisa:

adequados ao estudo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

presentes e claros

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

bastante relevante a proposta de mapeamento da violência contra crianças e adolescentes no municípios de Foz do Iguaçu para diversas áreas do conhecimento

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos adequados

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

Município: CASCAVEL

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Continuação do Parecer: 1.000.817

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado. O projeto não necessita adequações.

CASCADEL, 26 de Março de 2015

Assinado por:
João Fernando Christofolletti
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3272

Município: CASCADEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

APÉNDICE B



FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais

1 Data da Notificação 2 UF 3 Município de Notificação Código (IBGE)

4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código (CNES)

5 Data da Ocorrência do Evento 6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)

Dados da Pessoa Atendida

7 Nome 8 Data de Nascimento

9 Idade 10 Sexo 11 Gestante

12 Cor 13 Escolaridade

14 Ocupação 15 Situação conjugal

16 Relações sexuais 17 Possui algum tipo de deficiência?

18 Número do Cartão SUS 19 Nome da mãe

Dados de Residência

20 UF 21 Município de residência Código (IBGE) 22 Bairro de residência

23 Logradouro (rua, avenida,...) 24 Número

25 Complemento (apto., casa, ...)

26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados da Ocorrência

31 Local de ocorrência

32 UF 33 Município de Ocorrência 34 Bairro de ocorrência

35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...) 36 Número 37 Complemento (apto., casa, ...)

38 Zona de ocorrência 39 Ocorreu outras vezes? 40 A lesão foi autoprovocada?

41 Meio de agressão 42 Tipo de violências

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Violência Sexual | 43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Outros _____ | 44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal | | | | | | | | | | | |
| | 45 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado | 46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros _____ | 47 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado | 48 Supeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado | | | | | | | | | |
| Dados do provável autor da agressão | 49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____ | | | | | | | | | | | | |
| | 50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei | | | | | | | | | | | | |
| Em casos de violência sexual | 51 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado | 52 Se óbito pela agressão, data <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____ | | | | | | | | | | | | | |
| Evolução e encaminhamento | 54 Circunstância da lesão (confirmada) CID 10 <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> | | | | | 55 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Informações complementares e observações

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| TELEFONES ÚTEIS | | |
| Disque-Saúde 0800 61 1997 | Central de Atendimento à Mulher 180 | Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100 |

| | | | |
|--------------------|----------------------------|-----------------------------|------------|
| Notificador | Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES | |
| | Nome | Função | Assinatura |
| | | | |