UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA

VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES RESIDENTES EM CINCO MUNICÍPIOS DA REDE PERNAMBUCANA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS.

KARINA DE PAULO LIRA

RECIFE/2014

KARINA DE PAULO LIRA

VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES RESIDENTES EM CINCO MUNICÍPIOS DA REDE PERNAMBUCANA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS.

Projeto de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva- PPGISC do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para conclusão do mestrado em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.ª Doutora Ronice Franco de Sá

Co-orientadora: Prof.ª Doutora Solange Laurentino dos Santos

RECIFE/2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

L768v Lira, Karina de Paulo.
Violações de direitos humanos entre crianças e adolescentes residentes em cinco municípios da rede pernambucana de municípios saudáveis / Karina de Paulo Lira. – Recife: O autor, 2014.
83 f.: il.; tab.; quadr.; gráf.; 30 cm.

Orientadora: Ronice Franco de Sá.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Direitos humanos. 2. Violência. 3. Criança. 4. Cidade saudável. I. Sá, Ronice Franco de (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2014-197)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO MEDICINA SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DA MESTRANDA:

KARINA DE PAULO LIRA

No dia 15 de julho de 2014, às 14h, no auditório do NUSP- Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores Ronice Maria Franco de Sá (Doutor (a) do Núcleo de Saúde Pública da UFPE- Orientador (a)) Membro Interno, Maria Carmelita Maia e Silva (Doutor (a) da Secretaria de Saúde do Instituto de Medicina Legal de Pernambuco) Membro Externo e Solange Laurentino dos Santos (Doutor (a) do Departamento de Medicina Social- UFPE) Membro Externo, componente da Banca Examinadora, em sessão pública, arguiram a mestranda Karina de Paulo Lira sobre a sua dissertação intitulada: "**VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES RESIDENTES EM CINCO MUNICÍPIOS DA REDE PERNAMBUCANA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS".** Ao final da arguição de cada membro da banca examinadora e resposta da mestranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profa. Dra**.** Ronice Maria Franco de Sá: _____Aprovada_____

Profa. Dra**.** Maria Carmelita Maia e Silva: ____Aprovada_____

Profa. Dra. Solange Laurentino dos Santo: __Aprovada_____

_____

Profa. Dra**.** Ronice Maria Franco de Sá

_____

Profa. Dra**.** Maria Carmelita Maia e Silva

_____

Profa. Dra. Solange Laurentino dos Santos

Irá chegar

Irá chegar um novo dia
Um novo céu, uma nova terra, um novo mar
E nesse dia os oprimidos
A uma só voz, a liberdade, irão cantar.

Na nova terra o negro não vai ter corrente
E o nosso índio vai ser visto como gente
Na nova terra o negro, o índio e o mulato
O branco e todos vão comer no mesmo prato.

Na nova terra o fraco, o pobre e o injustiçado
Serão juízes deste mundo de pecado
Na nova terra o forte, o grande e o prepotente
Irão chorar até ranger os dentes.

Na nova terra a mulher terá direitos
Não sofrerá humilhações, nem preconceitos
O seu trabalho todos vão valorizar
Das decisões ela irá participar.

Na nova terra os povos todos irmanados
Com sua cultura e direitos respeitados
Farão da vida um bonito amanhecer
Com igualdade no direito de viver.

Autor desconhecido

A minha querida irmã Edna, que com seu jeito amável e simples de ver e experimentar a vida, sempre me inspirou a ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Pai celestial, que cuida de mim a cada instante com terno amor e sempre honrou cada minuto meu de esforço e dedicação.

A meu pai Srº Biu que já não está mais aqui comigo, mas quando esteve me olhava com tom tão encorajador e orgulhoso que nunca vou esquecer.

A minha mãe Dona Deta, que à sua maneira se esforçou ao máximo para que com meus estudos eu pudesse percorrer os caminhos que sempre sonhava.

A meu companheiro Rodrigo, que com paciência suportou os momentos difíceis desta caminhada.

Ao meu filho Renato, minha maior motivação para buscar uma vida melhor para a nossa vida e para a coletividade.

À minha filha Rebeca, agora no meu ventre, enchendo meu coração de vida e esperança.

À Visão Mundial, instituição que me inspirou e apoiou neste projeto, sou muito orgulhosa em fazer parte desta organização.

Às minha amigas Keline, Neilza, Laura, Joana e Carmem, cada uma de seu lugar tem uma função particular na minha vida.

A todos os participantes deste estudo, minha orientadora, os conselheiros tutelares e a equipe do programa, sem vocês ele não teria se tornado uma realidade.

Aos colegas de turma, pela união, generosidade e harmonia que sempre existiu na nossa classe, fazendo deste momento uma parte inesquecível da minha vida.

RESUMO

A violência é um conceito complexo, polissêmico e controverso. Versa de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas. Este estudo discute a violência no exame da matéria e na prática da defesa dos direitos da criança e do adolescente, distinguindo entre as idéias de violaçäo de direitos e de violência, compreendendo que a "violência" está contida no conjunto maior "violaçäo", na qualidade de epifenômeno. As crianças e adolescentes são vítimas das violências em todos os países, as comunidades e grupos culturais, e essas violações constituem barreiras ao seu crescimento e desenvolvimento que podem gerar sequelas profundas que perduram por toda a vida. Este estudo visa conhecer a magnitude e as características das diferentes formas de violações de direitos humanos de crianças e adolescentes residentes em cinco municípios da Rede de Municípios Saudáveis em PE. Trata-se de um estudo descritivo cuja população foi todos os casos de violações de direitos de crianças e adolescentes que deram entrada nos conselhos tutelares destes municípios no ano de 2012. Os dados foram obtidos nos registros destas unidades, frequências relativas foram calculadas de modo a conhecer o perfil geral das violações de direitos contra crianças e adolescentes conforme formas e tipos de violências, caracterizando o perfil da vítima e do agressor. Verificou-se que violência intrafamiliar é principal forma encontrada entre os municípios estudados, cometida principalmente pela figura materna, através, primordialmente, da negligência e a violência física. Observou-se ainda um aspecto forte de gênero na caracterização das vítimas, tendo em vista que os tipos de violências atingem de maneiras distintas meninos e meninas. É fundamental que a estratégia de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes sejam abrangentes e sustentáveis, incluindo fatores culturais, políticos, sociais e financeiros. Por favorecer processos de desenvolvimento social baseados nos princípios da promoção da saúde, a estratégia de Municípios Saudáveis constitui-se numa possibilidade territorial concreta para ancorar iniciativas de proteção à infância e prevenção às violências.

Palavras-Chave: Direitos humanos. Violência. Criança. Cidade saudável.

ABSTRACT

Violence is a complex, polysemic and controversial concept. It goes against reality, is differentiated and its specificities need to be known. This study discusses: violence in relation to the practice of defending the rights of children and adolescents; distinguishing ideas of human rights violations and violence; and the understanding that "violence" is contained in a set greater "breach" in quality epiphenomenon. Children and teenagers are victims of violence in all countries, communities and cultural groups, and these violations form barriers to their growth and development which can generate profound consequences that endure for a lifetime. This study aims to investigate the magnitude and characteristics of different forms of violations of human rights of children and adolescents living in five municipalities of the Network of Healthy Cities in PE. This is a descriptive study in which all the subjects were examples of cases of violations of rights of children and adolescents who were admitted to the community councils of these cities in 2012. Data was collected from the records of these units and relative frequencies were calculated to know: the general profile of rights violations against children; the forms and types of violence, and the profiles of the victim and the aggressor. It was found that domestic violence is the main form among the cities studied - committed mainly by a maternal figure, and primarily is in the forms of neglect and physical violence. We also observed strong gender aspects in the characterization of the victims. The types of violence were different in relation to boys and girls. It is crucial that the strategy to combat violence against children and adolescents are comprehensive and sustainable and include cultural, political, social and financial factors. By favoring processes of social development based on the principles of health promotion, the strategy of Health Municipalities constitutes a concrete possibility to anchor territorial initiatives for childhood protection and prevention of violence.

Key words: Human rights. Violence. Child. Healthy city.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema temático e pergunta norteadora. 38

Figura 2: Divisão Territorial dos Municípios do Agreste Setentrional do Estado Pernambucano. 41

Figura 3: Classificação das violações de direitos humanos contra crianças e adolescentes - Adaptação de Bonzam (2008) por Lira, (2014). 46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das notificações de violações de direito contra crianças e adolescentes nos cinco conselhos tutelares, por município, conforme forma e tipo de violência, 2012. 51

Tabela 2. Proporção dos tipos de violações de direitos notificados contra crianças e adolescentes nos cinco conselhos tutelares, segundo idade e sexo da vítima, conforme forma de violência, 2012. 54

Tabela 3. Percentual das notificações de violações de direitos contra crianças e adolescentes nos cinco conselhos tutelares, segundo relação com a vítima, sexo do agressor, local de ocorrência e denunciante, 2012. 56

LISTA DE QUADRO

Quadro 1: Equipamentos de serviços de assistência social na regional 42

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1: Proporção das notificações de violações de direitos contra crianças e adolescentes nos cinco conselhos tutelares, segundo forma e municípios, 2012. 50

Gráfico 2: Perfil das vítimas notificadas nos cinco conselhos tutelares, segundo idade, sexo e escolaridade,2012. 54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CADE- Relatório Criança e Adolescente em Dados e Estatística
CEDASP- Centro de Promoção da Saúde
CEPEDOC- Pesquisa e Documentação de Cidades Saudáveis
CONDEPE- Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco
CONANDA- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DNA- Ácido Desoxirribonucleico
ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente
FNDCA- Fórum Nacional da Criança e do Adolescente
FIA- Fundo para a Infância e Adolescência
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano
IPES- Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade
JICA- Agência Internacional de Cooperação do Japão
MS- Ministério da Saúde
NUSP- Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social
OMS- Organização Mundial de Saúde
PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD- Programa das Nações Unidas
PUC- Pontifícia Universidade Católica
RPMS- Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis
SIH/SUS- Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SIM- Sistema de Informação de Mortalidade
SIPIA- Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
STP- Saúde em Todas as Políticas
SUS- Sistema Único de Saúde
UFPE- Universidade Federal de Pernambuco
UIPES- União Internacional de Promoção e Educação para Saúde
UNICEF- Fundo das Nações Unidas
VIVA- Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 16

2. REVISÃO DE LITERATURA 21

2.1. Violações de Direitos Humanos na Infância e os Determinantes Sociais na Saúde 21

2.2. Promoção da Saúde e Enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde 26

2.2.1. Promoção da Saúde e Municípios Saudáveis 28

2.3. O Brasil e Pernambuco frente à Defesa e Garantia dos Direitos das Crianças 31

2.3.1. Panorama da Situação da Infância em Pernambuco 34

3. ESQUEMA CONCEITUAL DO ESTUDO E PERGUNTA CONDUTORA 37

4. OBJETIVOS 39

5. MÉTODO 40

5.1. Caracterização das Áreas do Estudo 40

5.2. Instrumento do Estudo 42

5.3. Coleta de Dados 47

5.4. Critérios de Inclusão e Exclusão 47

5.5. Processamento e Análise dos Dados 47

5.6. Considerações Éticas 48

6. RESULTADOS 49

6.1. Perfil das formas de violações de direitos contra Crianças e Adolescentes 49

6.2. Caracterização das Vítimas 52

6.3. Caracterização da Agressão 55

7. DISCUSSÃO 58

8. CONCLUSÕES 66

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS 68

REFERÊNCIAS 70

APENDICE A – Instrumento de coleta de dados 76

APENDICE B- Cartas de anuência 77

APENDICE C- Parecer consubstanciado do comitê de ética 83

1. INTRODUÇÃO

A violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual. Minayo e Souza (1998) tratam o conceito como "violências", pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas.

As crianças e adolescentes são vítimas de violência, abusos, exploração, negligência e discriminação em todos os países, comunidades e grupos culturais. Essas violações constituem barreiras aos direitos das crianças, entraves que não são adequadamente reconhecidos ou relatados e que comprometem a sobrevivência, o desenvolvimento e a participação da criança (UNICEF, 2009b).

Os efeitos físicos e psicológicos dos abusos contra a criança podem ser marcantes, gerando profundas dificuldades e consequências que podem perdurar por toda a vida. Violações dos direitos das crianças também são associadas à discriminação, pobreza, negação dos direitos a bens e serviços essenciais, um padrão decente de vida, ambiente familiar, identidade e outras liberdades civis, sociais e econômicas.

É difícil dimensionar e fiscalizar a maioria das violações à proteção da criança, devido não só às normas sociais que as consideram normais e sensibilidades políticas relacionadas a questões como o trabalho infantil, exploração sexual e punições físicas, mas também há falhas na definição, na coleta e na análise de indicadores adequados para medir abusos contra a proteção. Além disso, as pessoas que praticam muitos dos abusos contra criança frequentemente não poupam esforços para ocultar seus atos, já as vítimas sentem vergonha do estigma associado às violações ou medo de relatar incidentes de violência, abuso e exploração contra elas. Tudo isso resulta em omissão de relatos em todas as sociedades

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (2009a) aponta alguns números que evidenciam os desafios da proteção da criança no mundo: entre 500 milhões e 1,5 bilhões de crianças foram afetadas por violência, 150 milhões de crianças estão envolvidas no trabalho infantil, 145 milhões de crianças perderam um ou ambos os

pais devido a todas as causas, 70 milhões de mulheres e meninas em 29 países foram mutiladas/corte na genital, mais de 64 milhões de mulheres de 20 a 24 anos casaram-se antes dos 18 anos e 51 milhões de crianças ficam sem o registro ao nascer.

Na América Latina, a cada ano, seis milhões de meninos, meninas e adolescentes são vítimas de abusos graves, dos quais 80 mil morrem em decorrência da violência doméstica, totalizando em média 220 crianças a cada dia. A cada hora, 28 crianças e/ou adolescentes são vítimas de abusos sexuais, dos quais entre 70% e 80% são mulheres; em 50% dos casos, os agressores e agredidos vivem debaixo do mesmo teto e 75% estão estreitamente relacionados com as crianças, conforme revelam os dados (UNICEF, 2009a).

Outras formas de violências também são preocupantes. O laboratório de análise de violência da Universidade do Rio de Janeiro constatou que o homicídio é a principal causa de morte dos adolescentes e equivale a 45,2% do total de óbitos nessa faixa etária. Na população geral, as mortes por homicídios representam 5,1% dos casos. O dado inclui mortes em conflito com a polícia, conhecidas como auto de resistência. Alguns fatores, como gênero e raça/cor da pele, aumentam a possibilidade de um jovem ser morto. Em 2010, a chance de um adolescente do sexo masculino ser assassinado era 11,5 vezes maior que a de jovens do sexo feminino. Se o indivíduo for preto ou pardo, a possibilidade aumenta quase três vezes em relação ao branco (MELO, CANO, 2012).

Lefèvre (1992) em seu estudo Violação e Violência discute a necessidade de se considerar, no exame da matéria e na prática da defesa dos direitos da criança e do adolescente, a distinção entre as idéias de ***Violação de Direitos e de Violência***. Compreendendo que a "Violência" está contida no conjunto maior "Violação", na qualidade de epifenômeno.

A natural publicidade associada aos fatos violentos ocorridos com crianças e adolescentes dá margem, dada à grande carga emotiva neles contidos, há certa desconsideração dos condicionantes estruturais geradores da própria violência, que estão presentes nas violações de direitos.

O termo violação é uma abordagem política lastreada nos direitos fundamentais e dentro dela estão contidas as diferentes expressões da violência, um fenômeno complexo presente em todas as classes e regiões do país.

As crianças são titulares de direitos humanos, como quaisquer pessoas. Aliás, em razão de sua condição de pessoa em desenvolvimento, fazem jus a um tratamento diferenciado, sendo correto afimar, então, que são possuidoras de *mais direitos* que os próprios adultos (ROSSATO, et. al., 2013). Os mesmos autores ressaltam que esta é a atual compreensão da comunidade internacional sobre os direitos humanos de crianças, comprovada, principalmente, após vários documentos, entre Declarações e Convenções surgidos no século XX, que passam a reconhecer a criança como objeto de proteção (Declaração de Genebra) ou sujeitos de direitos (Declaração de Direitos e Convenção sobre os Direitos), tal como os seres humanos. Além disso, as crianças passam a serem merecedores específicos, em decorrência de graves ofensas que não se encontram adstritas aos limites dos territórios nacionais, como ocorre com a venda, a pornografia e a exploração infantis.

No Brasil, em meio às evidências de uma violência que motiva atrocidades, ganharia corpo o debate sobre a ampliação dos instrumentos jurídico-institucionais capazes não só de proclamar direitos humanos, mas de coibir sua violação e favorecer o seu ressarcimento - direitos estes, primeiro, de um homem abstrato, depois, daquele considerado em suas diversas fases da vida, em seus diversos estágios e atributos, como podem ser reconhecidos a criança e o adolescente em sua existência particular (BOBBIO, 1992).

É exatamente por isso que a Lei 8.069/90 reconhece a criança como sujeito de direitos, como pessoa em condição peculiar de desenvolvimento e que possui, portanto, prioridade absoluta no atendimento aos seus interesses e necessidades.

O Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA (1990), como foi denominada essa lei, iria inovar na forma de conceber e garantir a proteção à infância e à juventude brasileiras: a partir de então, colocar a criança e o adolescente a salvo das formas da violência, seria invariavelmente uma responsabilidade comum e direta da família, da sociedade e do Estado. E o conselho tutelar seria o órgão público de primeira

instância que redimensiona o papel do Estado no que se refere às medidas protetivas dirigidas a crianças e jovens. No entanto, a despeito das avançadas leis de proteção à infância e de um país em franco desenvolvimento, o que se observa em todas as regiões do país, são crianças e adolescentes vitimizados sem acesso as suas necessidades mais básicas. E tais fatos evidenciam a necessidade do desenvolvimento de estudos que possibilitem ampliação da discussão da violência em seu sentido mais amplo e na sua capacidade de afetar a saúde das populações (MINAYO, 2005).

O tema da violência contra crianças e adolescentes tem sido estudado, principalmente, no campo da violência sexual, doméstica e causas externas. Porém, no que tange a estudos nas municipalidades ainda há muito a ser explorado; especialmente, dentro de uma abordagem política de violação de direitos que envolvem todas as outras formas de violência, como, por exemplo, a negação dos direitos básicos a saúde, à educação.

Por favorecer processos de desenvolvimento social baseados nos princípios da promoção da saúde (equidade, participação social, justiça social, intersetorialidade, autonomia), a estratégia de Municípios Saudáveis constitui-se numa possibilidade territorial para ancorar estudos como este, sobre a violência contra a criança e o adolescente, particularmente por favorecer ações intersetoriais e interdisciplinares.

A existência da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis- RPMS possibilitou um lócus privilegiado para estudar o fenômeno em questão. Essa Rede, hoje composta por 24 municípios, foi iniciada com a experiência do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil em cinco municípios do agreste pernambucano, que foi a região selecionada para a realização deste estudo.

Doravante, estes municípios podem avançar ainda mais na busca de iniciativas que promovam a qualidade de vidas das populações mais vulneráveis, em particular a população infantil. Nesta perspectiva, este estudo constitui-se enquanto uma oportunidade que serve como intrumento de reflexão para os órgãos do sistema de garantia de promoção e garantia de direitos, especialmente os conselhos tutelares, contribuindo para que todos os municípios que compõem a Rede Pernambucana de

Municípios Saudáveis possam pensar em estratégias de enfrentamento da violência adequadas às necessidades de seus contextos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Qualquer reflexão teórico-metodológica sobre violência pressupõe um reconhecimento de sua complexidade, polissemia e controvérsia (MINAYO, 1998). Frente a esta constatação é de fundamental importância observar este fenômeno desde as suas raízes.

2.1. Violações de Direitos na Infância e os Determinantes Sociais em Saúde.

A violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. Não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente. Pelo contrário, a dialética do desenvolvimento social traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano, uma vez que desde os tempos imemoriais existe uma preocupação em se entender a essência do fenômeno da violência, sua natureza, suas origens e meios apropriados, a fim de atenuá-la, preveni-la, e eliminá-la da convivência social. Hoje, é praticamente unânime a ideia de que a violência não faz parte da natureza humana e que a mesma não tem raízes biológicas, pois se trata de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade (MINAYO, 1994). Diante desta perspectiva refutamos a concepção "delinquencial da violência" que atinge especialmente as crianças e adolescentes, reduzindo a explicação de um fenômeno tão complexo através de relações do tipo causa/efeito como pobreza gera violência (CRUZ NETO, MOREIRA, 1999).

Em consonância com Arendt (2011) compreendemos a violência como um fenômeno intrinsecamente político, que, no entanto, não é o mesmo que afirmar que a essência da política ou do governo resida na violência, mas sim na forma de recusar as concepções teóricas que veem na violência a manifestação de forças irracionais ou bestiais supostamente inerentes à natureza.

> *"Não há dúvida de que é possível criar condições sob os quais os homens sejam desumanizados-tais como os campos de concentração, a tortura, a fome" (ARENDT, 1968).*

Para Assis (1994) o estudo da violência contra crianças na sociedade brasileira atual deve ser abordado por duas vertentes. A primeira, mais mensurável,

se refere aos eventos fatais, denominados causas externas (ou violentas), entre as quais se incluem os homicídios, suicídios e acidentes. Na segunda vertente encontram-se variadas formas de violência que, embora potencialmente levem à morte, comumente não o fazem. O perfil da infância e da adolescência brasileiras, desafortunadamente no que se refere à violência, assemelha- se a uma teia em que, ao se puxar um fio, percebe-se sua ligação com toda a unidade.

Daí a importância que a informação exerce para o processo de conhecimento de um determinado fato ou situação que se deseja aprofundar para orientar a formulação de uma política pública efetiva, especialmente quando tratamos de questões complexas como a violência. Portanto, a notificação dos agravos de violações de direitos é um passo fundamental para romper o ciclo da violência, cuja denuncia e a notificação dos casos de violência são essenciais para restabelecer a garantia dos direitos constitucionais e de cidadania das crianças e adolescentes brasileiras (LINS, 2008).

Desta forma, é de total relevância tornar visíveis as múltiplas facetas violências, desde o enfoque do indivíduo, a família e o Estado, que em seus diferentes níveis e poderes, restringe o acesso da grande maioria da população aos direitos básicos que lhe proporcionariam uma vida digna, gerando assim um grave quadro de exclusão social (CRUZ NETO, MOREIRA, 1999).

Assim, é delineado para este estudo uma abordagem que engloba as “violências” que representam violações de direitos humanos contra crianças e adolescentes, realizado a partir da classificação proposta por Minayo (2001) que define as violências contra criança e adolescente em três dimensões: Estrutural, Intrafamiliar e Delinquencial ou Infantojuvenil.

A Violência Estrutural entendida como aquela que incide sobre as condições de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais; tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento. Tem um caráter de perenidade e de se apresentar sem intervenção imediata dos indivíduos, essa forma de violência aparece “naturalizada” como se não houvesse nela a ação de sujeitos políticos. Portanto, é necessário desvendá-la e suas formas de reprodução através de instrumentos institucionais, relacionais e culturais.

A Violência Intrafamiliar é aquela exercida contra a criança e o adolescente na esfera privada, mais facilmente apreensível nas suas quatro principais manifestações: a física, a sexual, a psicológica e a negligência. Considerando o abuso físico como o uso da força física contra a criança/adolescente, impingindo-lhe desde a dor até a morte, para disciplinar ou tão somente para expressar desafeto; o sexual como ato ou jogo – de natureza hetero ou homossexual – envolvendo crianças/ adolescentes, com o objetivo de estimulá-los e obter o estímulo sexual para si ou para outrem; a violência psicológica ou emocional remetendo a situações em que os adultos sistematicamente os depreciam ou ameaçam, minando sua autoestima ou seu senso de realização, muitas vezes, em nome de uma educação rigorosa ou por hostilidade; e a negligência como omissões da família e da sociedade em prover as necessidades físicas e emocionais da criança/adolescente, faltando-lhes nos cuidados relativos à alimentação, vestimenta, saúde e educação, em circunstâncias em que poderiam despendê-los (ASSIS, 1994).

A Violência Infantojuvenil ou Delinquencial, que se refere aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Vendrúsculo et. al. (2004) conceitua que esta violência envolve esses indivíduos como vítimas e/ou agressores e, remete em questão, qualquer que seja a posição ocupada, o contexto de socialização em que se desenvolvem e, em última análise, a estrutura social, com suas contradições objetivas e subjetivas, referentes aos valores e às normas veiculados.

A identificação concreta destas formas de violações facilita a compreensão sobre os diferentes níveis de complexidade destes problemas que acometem tanto ao nível individual, quanto coletivo. Dado a este fato este estudo em termos de análise, procede-se à reorganização das categorias supracitadas e avança no detalhamento a partir da adaptação da classificação conceitual utilizado no estudo em Ribeirão Preto- SP realizado por Bonzam (2008), na qual foram classificados problemas vivenciados cotidianamente neste conselho tutelar: (1)falta de vagas na educação, (2)negligência, (3)violência física, (4)evasão escolar, (5)problemas de comportamento, (6)violência institucional, (7)não acesso a certidão de nascimento, (8)miserabilidade, (9)violência sexual, (10)abandono, (11)violência psicológica, (12)drogadição, (13)não acesso à convivência familiar, (14)violência doméstica (co-ocorrências), (15)desaparecimento, (16)assistência social, (17)atendimento

especializado na saúde, (18)ato infracional praticado por criança, (19)violência institucional e (20)atendimento especializado na educação.

Tal posicionamento de observar o epifenômeno das violações de direitos não desconsidera os efeitos das desigualdades do país, resultado de uma sociedade que por vezes está organizada de maneira em que as políticas públicas são instrumentos a serviço do benefício de poucos em detrimento das condições de vida do restante da população.

Pelo contrário, consideramos é que são essas condições, sejam elas sociais, econômicas, culturais e ambientais que formam o contexto sociopolítico responsável pela estratificação dos grupos segundo os níveis de renda, escolaridade, profissão, sexo, gênero, local de moradia e outros fatores. Esses mecanismos de estratificação socioeconômica são descritos como determinantes estruturais da saúde ou como fatores sociais determinantes das desigualdades na saúde.

A posição que os grupos populacionais ocupam dentro das hierarquias de poder, de prestígio e de acesso aos serviços de saúde configura as diferentes oportunidades de saúde do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS, 2005). Evidenciando assim que embora a violência não seja um problema específico do setor saúde, ela tem repercussão direta nas condições de saúde da população.

Dada a esta importância é que as ações em determinantes sociais da saúde continuam se expandindo. A agenda de desenvolvimento global é cada vez mais determinada pelas Metas do Milênio, que foram adotadas por 189 países na Cúpula do Milênio nas Nações Unidas, em setembro de 2000. Os oitos objetivos de desenvolvimento do milênio relacionam-se em metas quantitativas de indicadores de redução de pobreza, educação, maior influência das mulheres, saúde materna, saúde infantil, controle de doenças epidêmicas, preservação ambiental e do desenvolvimento de um sistema justo de comercio global. São todas focadas, de forma fundamental em ações multissetoriais coordenadas, superando a ideia de que os problemas sociais e de desenvolvimento urgentes que os países em desenvolvimento enfrentam pode ser combatidos isoladamente, com cada setor trabalhando separadamente, sem trabalho em grupo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS, 2005).

2.2. Promoção da Saúde e Enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde

A compreensão da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida na América Latina pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, entendendo-se o direito à saúde como expressão direta do direito fundamental à vida. A resposta às necessidades sociais derivadas dos direitos se totaliza no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida (ABRASCO, 2003).

Trata-se de uma abordagem conceitual complexa por conter várias dimensões que contemplam desde um movimento a uma estratégia, visão ampliada da saúde, novo enfoque técnico- político do processo saúde-doença-cuidado, a proposição de uma abordagem ampla sobre os problemas de saúde, agindo sobre os determinantes, de caráter coletivo, nas políticas públicas e junto à capacidade do indivíduo e da comunidade.

No Brasil, a década de 80 representou um período de grande florescimento para a Promoção da Saúde, embora, ainda não fosse sob esta denominação. Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2006).

A Carta de Ottawa construída na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986 no Canadá foi o marco indicador do surgimento do paradigma que mostra a saúde como produção social (FRANCO DE SÁ, et.al., 2007). Esse documento se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, promovidas pela Organização Mundial de Saúde- OMS (Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000,

Bangkok, 2005) assim como para as Conferências Mundiais realizadas pela [1]União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para Saúde- UIPES (1991, 1995, 1998, 2001, 2004), e a III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde realizada em São Paulo em 2002.

Samaja (2000) em sua definição também amplia o campo tradicional da compreensão da saúde, localizando os problemas da reprodução biológica, os problemas da reprodução psicológica, mas também inclui os problemas da reprodução econômica e ecológico-política. Em seu modelo ele discute os distintos níveis de integração que conformam o fenômeno humano, bem como isso se articula entre o indivíduo e o coletivo, propondo superar os extremos do reducionismo: *reducionismo fisicalista*, que reduz um fenômeno a níveis inferiores do sistema orgânico/celular/molecular; o *reducionismo holístico,* que reduz todo fenômeno a níveis superiores como os modos de produção, a estrutura de classes ou as formações culturais.

Este mesmo pensamento vem a ser corroborado quando Buss (2000) caracteriza a promoção da saúde do ponto de vista moderno, constatando o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Este se sustenta no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão

[1] A **UIPES** é a União internacional para a Promoção da Saúde e Educação (IUHPE/UIPES) é a única associação mundial independente de indivíduos e organizações comprometidas com a melhoria da saúde e bem-estar das pessoas através da educação, ação comunitária e desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. www.iuhpe.org

as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

As estratégias definidas na Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil promulgada através da portaria 697 de 30 de março de 2006 apresentam características de alguns destes paradigmas: Alimentação Saudável, Prática Corporal e Atividade Física, Prevenção e Controle do Tabagismo, Redução de Morbidades- álcool e trânsito, Prevenção de Violência e Estímulo à Cultura de Paz, Promoção do Desenvolvimento Sustentável.

Pode-se deduzir que o Brasil também vem paulatinamente adotando os princípios do paradigma sociopolítico com algumas variações, dependendo das instituições e espaços que se processa a promoção da saúde. Franco de Sá e colaboradores (2007) defendem isso ao destacar os desafios propostos na Carta de São Paulo gerada na III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção e Educação para a Saúde:

a) Incentivar o desenvolvimento de uma agenda social integrada com o propósito de criar alternativas para o desenvolvimento cujo eixo central é o ser humano. Essa agenda deveria priorizar os valores da equidade, respeito às diferenças, construção da solidariedade e paz.

b) Adotar processos democráticos de uma participação social, real e efetiva para a promoção de políticas de saúde e de qualidade de vida.

c) Trabalhar para superar a fragmentação da atenção e cuidado da saúde. Proporcionar o diálogo entre o Estado, a sociedade civil e as comunidades.

Percebe-se claramente que o conceito de Promoção da Saúde no Brasil caminha com o compromisso com a equidade e a justiça social, indo além das mudanças comportamentais e ou estabelecendo regras para o bem comer, fazer exercícios, reduzir drogas e tabaco. No entanto, não desconsidera a necessidade de adotar estilos de vida mais saudáveis, desde que estejam de acordo com o contexto, o desejo, as possibilidades, necessidades e potencialidades dos indivíduos, das coletividades e das instituições.

Portanto, a Promoção da Saúde é considerada, neste estudo, como uma estratégia ampliada do debate sobre a qualidade de vida para além do setor saúde, mantendo-o, no entanto, como referência afirmativa da construção de um novo modelo de desenvolvimento e considerando o que tem sido discutido mais recentemente sobre a Saúde em todas as Políticas – STP, como uma abordagem que considera de modo sistemático as implicações de Saúde e dos Sistemas de Saúde relacionados a decisões, buscando sinergias e evitando impactos nocivos à saúde, para melhorar a qualidade de saúde da população, assim como a equidade em saúde. Baseada na saúde como direito, ela enfatiza nas consequências das políticas públicas sobre os determinantes da saúde, visando melhorar a responsabilização dos tomadores de decisão para a saúde e o impacto em todos os níveis de formulação de políticas (OLLILA, et. al., 2013).

Albuquerque e Machado (2009) enfatizam que o conceito de *Saúde em Todas as Políticas* é muito mais do que uma estratégia política de intersetorialidade na saúde. É a convicção de que os ganhos em saúde dependem de forma indissociável dos estilos de vida de cada indivíduo e do ambiente que o rodeia. A STP é ainda a garantia de que a saúde é integrada nas iniciativas políticas de outras áreas, que devem ser coerentes com as prioridades das políticas de saúde.

2.2.1. Promoção da Saúde e Municípios Saudáveis

Num período bem anterior à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) brasileira, um movimento internacional de Cidades Saudáveis se originou em Toronto em 1978, e foi implantando pela OMS/Europa em 1986 como veículo capaz de permitir que esta organização pudesse estender ao nível local as suas atividades de promoção da saúde com vistas a atingir o objetivo “Saúde para todos” no ano 2000 indivíduo (FRANCO DE SÁ, et. al., 2007).

Estas iniciativas de “municípios e comunidades saudáveis” tinha o objetivo de trabalhar a inclusão e o desenvolvimento social das comunidades e foram postas em prática no Brasil a partir de 2000: Limeira – apoiada pela Pontifícia Universidade Católica- PUC de Campinas; Bertioga, Motuca, Lins, Itaoca e Ribeira – apoiadas pelo Centro de Estudos, Pesquisa e Documentações de Cidades Saudáveis-

CEPEDOC Cidades Saudáveis; Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis – apoiada pela Universidade Estadual de Campinas/Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade - IPES; Rede de Comunidades Saudáveis do Rio de Janeiro – apoiadas pelo Centro de Promoção da Saúde- CEDAPS e a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis do Nordeste desenvolvido pelo Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social/Universidade Federal de Pernambuco.

O projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil - concluído em 2008- aconteceu na área onde foi realizado este estudo. O referido projeto foi resultante de um convênio de cooperação técnica entre Brasil e Japão (Núcleo de Saúde Pública-NUSP e Desenvolvimento Social/ Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, Agência Internacional de Cooperação do Japão- JICA e Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco-CONDEPE-FIDEM/PE) com duração de cinco anos que visou desenvolver uma metodologia de desenvolvimento social baseada nos princípios da promoção da saúde, do desenvolvimento local e do movimento internacional de "cidades saudáveis", tendo este movimento duas questões centrais: a ação intersetorial e a participação dos cidadãos. Desde 2006, esse projeto originou a atual Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis - RPMS que atua em 24 municípios do estado de Pernambuco.

Um conglomerado de municípios do Agreste Pernambucano foi selecionado para o início da implementação do projeto: Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, Sairé e São Joaquim do Monte. A seleção ficou a critério do governo estadual e demandas locais por projetos estruturadores e dados de proximidade entre os municípios. Após a seleção, uma pesquisa inicial de avaliação de capital inicial foi realizada (MELO FILHO et. al., 2007).

O projeto que originou a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis foi desenhado visando à implementação de políticas intersetoriais inspirada na complexidade dos fenômenos subjacentes e determinantes dos processos saúde-doença propondo a construção de situações e de ambientes saudáveis, fortalecendo iniciativas de desenvolvimento local dos municípios a partir de intervenções que priorizem o ciclo de vida- infância, juventude, idade adultas, mulher e homem e terceira idade (FRANCO DE SÁ, et. al., 2006). Priorizar as intervenções com base

nas especificidades de cada ciclo de vida é um elemento importante para as políticas públicas.

Neste estudo selecionaremos a microrregião do agreste onde foi iniciada a rede e faremos um recorte da infância, buscando conhecer os diferentes tipos de violações que elas são acometidas. A criança como pessoa em caráter de desenvolvimento com prioridade absoluta também tem o direito de ter uma qualidade de vida, e enfrentar os determinantes sociais relacionados às violências é uma chave fundamental.

De fato são muitos os desafios, pois apesar da queda recente dos níveis de desigualdade de renda e de pobreza no país, de cada cinco crianças de até 17 anos, pelo menos uma ainda vive em uma família sem renda suficiente para garantir a satisfação das necessidades básicas de seus membros. As diferenças entre regiões, renda familiar per capta e escolaridade dos chefes de família, contribuem fortemente para as oportunidades e desigualdades. Dimensões como a região em que vivem, bem como a localização urbana ou rural, além das características como cor e sexo, podem reduzir a chance de uma criança sobreviver ou completar o ensino fundamental no Brasil (UNICEF, 2009b).

Desafortunadamente, as crianças e adolescentes além de submetidos a este problemas de natureza estruturais nos contextos em que vivem, também são expostos a outras adversidades que estão imbricadas neste processo, como a exploração sexual e do trabalho, a saída de casa para a rua e a drogadição.

Este cenário demonstra basicamente parte do panorama relativo aos problemas enfrentados pela infância no Estado. A violência contra crianças e adolescentes é um evento histórico, que tem acompanhado a trajetória humana desde os mais antigos registros. No entanto, o conhecimento atual a respeito da violência ainda está em processo de construção, em função da complexidade do tema (ASSIS, 1994).

Alguns fatores contribuem para a falta de um conhecimento sistematizado sobre a violência contra crianças e adolescentes, como a falta de notificação destas questões em registros médico-hospitalares e ambulatoriais e o envolvimento da família, principalmente no caso de violência doméstica (SOUZA, ASSIS, 1996).

As pesquisas sobre violências no Estado de Pernambuco são poucas e na maioria das vezes voltadas para as regiões metropolitanas ou do semiárido. Este estudo será uma oportunidade de sistematização de conhecimento a respeito de um aspecto da situação da violência contra criança e adolescente no interior do estado, especialmente das residentes do Agreste. Os resultados do estudo trazem à luz novos elementos de discussão aos membros da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, agindo assim como uma ação catalisadora para o debate, ampliando as oportunidades de intervenção nas políticas públicas voltadas à infância nesta região.

2.3. O Brasil e Pernambuco frente à Defesa de Direitos de Crianças e Adolescentes.

O Brasil é um país jovem: 30% dos seus 191 milhões de habitantes têm menos de 18 anos. Por isso é essencial que o país atenda às necessidades específicas deste público.

Segundo relatório da Situação Mundial da Infância (UNICEF, 2011) no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva as meninas são mais vulneráveis que os meninos, porque têm relações sexuais precoces, sem uso de contraceptivo. Apesar da diminuição constante da taxa de fecundação no Brasil, a gravidez na adolescência nos últimos anos pouco se alterou, teve inclusive um incremento entre as faixas etárias de 10-14 anos. Em 2008, dos 44.100 óbitos infantis que ocorreram 678 eram filhos de adolescentes de 10-14 anos e 8.199 filhos entre 15-19 anos (VISÃO MUNDIAL BRASIL, 2011). Vale salientar que pelo cunho jurídico a relação sexual com meninas antes dos 14 anos é crime, constituindo assim, a gravidez na adolescência, uma violação de direitos.

Quanto à educação 14,8% dos adolescentes brasileiros entre 15-17 anos estão fora da escola. Outros direitos também relacionados à vida escolar são violados, como o direito ao esporte. A Pesquisa Nacional sobre Saúde Escolar-PENSE realizada pelo IBGE com mais de 600 mil estudantes do ensino fundamental nas capitais, revelou que menos da metade dos entrevistados (43,1%) realizava 300 minutos de educação física semanal, tempo recomendado para este grupo de idade.

O relatório da Unicef (2011) aponta ainda que no país 2,1 milhões de crianças e adolescentes, de 5 a 15 anos são explorados no trabalho. No caso das violências ocorridas contra crianças e adolescentes, 60% dos casos registrados ocorrem em ambientes domésticos, 22% em esferas públicas e 18% em instituições de saúde, centro de detenções, unidades de assistência sócia, entre outros.

No ambiente familiar, a negligência constitui-se a primeira em denúncias sobre violações de direitos fundamentais de crianças e adolescentes no país. Os dados do Sistema de Informações para Infância e Adolescência apresentam 3.031 denúncias aos conselhos tutelares no ano de 2009, onde a mãe é apontada como violadora em 33,5% das notificações, e o pai, em 20,6%, seguida da creche, com 11,21% dos casos, e a escola, com 6,83% (D'AGOSTINHO, 2009). Ao tratarmos da questão da negligência, é importante salientar o aspecto entre os limites da pobreza e os maus tratos. Martins e Jorge (2009) consideram que alguns elementos dificultam a atenção à infância e torna o assunto complexo, como a falta de recursos para moradia e alimentação, aliada a baixa escolaridade, ao subemprego, à baixa renda e ao saneamento precário.

Em relação à violência sexual, os dados de 2008 mostram que, de um total de 12.594 casos registrados, 8.674 ocorrem entre 7 e 14 anos. Nos casos dos adolescentes em conflito com a lei, em 2009 existiam 16.940 adolescentes cumprindo medidas socioeducativas com restrição de liberdade, sendo 11.901 em internação, 3.471 em internação provisória e 1.568 em semiliberdade. Enquanto 19.444 cumpriam medidas em meio aberto. Do total de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas, 92% são meninos, 46% entre 17-18 anos, sendo que 54% concluíram o ensino fundamental e apenas 4,9% tem o ensino médio (Secretaria de Desenvolvimento Social e Humano, 2010).

No Brasil, desde o início da década de 1980, acidentes e violência constituem a segunda causa de óbito e, para a larga faixa de 5 a 39 anos, são o principal problema de vitimização que leva à morte (MINAYO, 2007). Este fenômeno da violência acomete vários países do mundo e está bem presente no Brasil atingindo todas as camadas sociais. Essa questão não pode ser vista de forma dissociada das

violações de direitos, das injustiças sociais e das iniquidades e desigualdades nas diferentes regiões do país.

A Convenção sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990 constituiu avanços na garantia de direitos humanos (UNICEF, 2009a). De todos os tratados de direitos humanos e de instrumentos legais a favor da promoção e da proteção dos direitos das crianças, esse é o mais abrangente. Embora exista dispositivos em defesa dos direitos das crianças em outros instrumentos internacionais de direitos humanos, a Convenção é o primeiro a articular todos os aspectos de direitos que são relevantes para a criança-econômicos, sociais, culturais e políticos, Foi o primeiro também a reconhecer a criança como ator social e detentora ativa dos seus próprios direitos (UNICEF, 2004).

Este pacto internacional serviu de modelo para a promulgação da Lei 8.069 promulgada no Brasil em 13 de julho de 1990, denominada como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990).

O estatuto assegurou que crianças e adolescentes passassem a ser considerados sujeitos de direitos pelo Estado, pela família e pela sociedade, deixando assim de ser tratados como “menores”. Para isso, o ECA estabeleceu a criação de uma rede de proteção, responsável por garantir e zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

Toda criança e adolescente brasileiro tem direito à proteção integral e o ECA reafirma que, para haver essa proteção, a política de atendimento à infância e à adolescência seja constituída por um conjunto de ações articuladas. O artigo 87 do Estatuto define as linhas de ações de atendimento: políticas sociais básicas; políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo para aqueles que deles necessitem; serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão; serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos; proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente.

É importante ressaltar que, para a formação de uma verdadeira “rede de proteção”, as políticas e os programas – tais como as medidas protetivas previstas no artigo 90 do Estatuto – devem estar articuladas com as ações socioeducativas e de proteção voltadas para pais ou responsáveis, definidas nos artigos 101, 102 e 129.

A constituição de uma rede de prevenção à violência exige, quase sempre, um movimento mais intenso, mais contínuo, para integrar diferentes atores e equipamentos sociais (seja através de uma rede informatizada ou não). Não é possível, nesse sentido, formular um conceito único e fechado para "redes de prevenção" ou "de proteção", essa impossibilidade vem do fato de que são muitas as formas de violência com dinâmicas específicas (NJAINE, et. al., 2007).

Os Conselhos Tutelares foram idealizados para serem espaços de articulações entre estas redes e políticas, sendo capaz de dar resposta às ameaças e violações dos direitos da população infanto-juvenil do município, sem a necessidade de na maioria dos casos de acionar o Poder Judiciário. De acordo com as definições do ECA, os Conselhos têm como missão zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes, agindo concretamente toda vez que houver ameaça ou violação desses direitos. Constituem-se como atribuições dos Conselheiros Tutelares: requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança; requisitar certidões de nascimento e óbito de criança e adolescente, quando necessário; realizar encaminhamentos ao Ministério Público e autoridade judiciária; expedir notificações e assessorar o poder executivo local na elaboração de proposta orçamentária, voltadas para a infância e a adolescência.

2.3.1. Panorama na Situação da Infância em Pernambuco

O Relatório Crianças e Adolescentes em Dados e Estatísticos- CADE produzido pelo Fórum Nacional da Criança e do Adolescente - FNDCA em 2011 informou dados de muita relevância referentes a infância nos anos de 2009 e 2010. Segundo o relatório, em Pernambuco, 6,28% das crianças menores de 1 ano não possuem registro nascimento e 15,19% das crianças morrem antes de completar 1

ano de vida. Apenas 3,45% das crianças de 0 a 3 anos são matriculadas em creche da rede pública e no que concerne a água encanada em sua residência 5,2% das crianças de 0-17 anos residentes em área urbana não possuem, quando que na área rural esse número sobe para 15,31%.

No Estado, de acordo com estudo publicado pelo Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil, existem 270 mil crianças e adolescentes que são explorados no trabalho. Em 2010, a taxa de crianças e adolescentes entre 0-17 anos que trabalham foi de 11,11% (FÓRUM NACIONAL DA CRIANÇA E DO ADOLECENTE- FNDCA, 2011).

Em relação à mortalidade por causas externas entre os adolescentes de 15 a 17 anos 29,41% foram por homicídio em 2009. Houve uma variação de homicídio de 9,53% entre 1997 e 2009 na população de 0-19 anos (FÓRUM NACIONAL DA CRIANÇA E DO ADOLECENTE- FNDCA, 2011).

No que concerne às medidas socioeducativas, o Estado apresenta uma das mais altas taxas de superlotação das unidades de internação do país com ocupação 64,17% acima da capacidade. O número de internos em Pernambuco é o segundo maior do país, perdendo apenas para São Paulo: ao todo são 1.456 adolescentes em privação ou restrição de liberdade (SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO- SDH, 2010).

O conglomerado dos cinco municípios onde foi realizado este estudo, a população oscila entre 12.776 em Barra de Guabiraba e 37.566 mil habitantes em Bonito, onde a razão entre homem / mulher é praticamente igual a um em todos os municípios. Há um predomínio da população urbana sobre a rural, exceto em Sairé.

A economia é essencialmente centrada na agricultura, destacando a floricultura em Barra de Guabiraba e Bonito, a fruticultura em Bonito e Sairé (tangerina e laranja), a produção de tomate em São Joaquim do Monte e a hortifruticultura em Camocim de São Félix. Vale salientar que no estado como um todo, no ano de 2009, 74,74% das famílias que possuem renda de 0-2 salários mínimos são chefiadas por homem, quanto que 25,26% por mulheres (FÓRUM NACIONAL DA CRIANÇA E DO ADOLECENTE- FNDCA, 2011).

Em relação ao perfil de adoecimento e morte, os municípios destes conglomerados convivem com o padrão onde se sobrepõem o “atraso” e a “modernidade”. Exceto Bonito, a primeira causa de morte, nestes territórios, é mal definida, que revelam a falta ou precariedade da assistência à saúde (MELO FILHO, et. al., 2007). Em relação à mortalidade por homicídio, todos os municípios, exceto Camocim de São Félix apresentam taxas menores que a média de Pernambuco. Já as taxas de mortalidade infantil, são elevadas e superiores a média do Estado, exceto Bonito.

Criado pelo Programa das Nações Unidas-PNUD em 1990 o Índice de Desenvolvimento Humano tem o propósito de calcular três componentes do desenvolvimento: Uma vida longa e saudável (saúde) é medida pela expectativa de vida; o acesso ao conhecimento (educação) e o padrão de vida (renda). Apesar de ampliar a perspectiva sobre o desenvolvimento humano, o IDH não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e não é uma representação da "felicidade" das pessoas. Democracia, participação, equidade, sustentabilidade são outros dos muitos aspectos do desenvolvimento humano que não são contemplados no IDH. O IDH tem o grande mérito de sintetizar a compreensão do tema e ampliar e fomentar o debate. Quanto mais próximo de 1, o valor deste indicador, maior será o desenvolvimento humano deste país ou região, nesta perspectiva foram criadas as seguintes faixas: 0=IDH<0,5(baixo desenvolvimento humano); 0,5=IDH<0,8(médio desenvolvimento humano) e 0,8=IDH=1(alto desenvolvimento humano).

Com base nesta classificação todos os municípios deste estudo estão na faixa de médio desenvolvimento (Barra de Guabiraba: 0,554, Bonito: 0,593, Camocim de São Félix: 0,626, Sairé: 0,598 e São Joaquim do Monte: 0,571), embora todos se apresentam abaixo da média estadual (0,705).

3. ESQUEMA CONCEITUAL DO ESTUDO E PERGUNTA CONDUTORA

A "Violência" está contida no conjunto maior "Violaçäo", na qualidade de epifenômeno, sendo o termo violação uma abordagem política lastreada nos direitos fundamentais. É importante comprender que dentro da violação de direitos estão contidas as diferentes expressões das violências, um fenômeno complexo e polissêmico, presente em todas as classes e regiões do país (Minayo, 1998).

Embora seja um fenômeno presente em toda a sociedade, ele acomete as populações de maneira distinta, a depender de fatores sociais, econômicos e políticos a que são submetidos uma população. Questão que é corroborado pelas concepções teóricas de Arendt (2011) que refuta a violência como uma manifestação de forças irracionais supostamente inerentes à natureza, sem considerar os efeitos das desigualdades do país.

A abordagem da Promoção da Saúde é um caminho fundamental para o enfrentamento das violências, tendo em vista que esta é uma abordagem é complexa, de múltiplas dimensões, de visão ampliada da saúde, que age sobre os determinantes, tem caráter coletivo, intervenção nas políticas públicas e atua junto à capacidade do indivíduo e da comunidade. Sendo a compreensão da promoção da Qualidade de Vida para todas as pessoas, que pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais (ABRASCO, 2003).

A Estratégia de Municípios Saudáveis que visa desenvolver processos de desenvolvimento social baseada nos princípios da promoção da saúde foi desenvolvida com história reconhecidamente positiva no nordeste, através da experiência do projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil que originou a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis.

Esta região, em particular a microrregião do agreste onde o projeto foi iniciado é um espaço de abertura social para a busca da qualidade de vida da população, em particular de crianças e adolescentes que cotidianamente são vítimas de violência, abusos, exploração, negligência e discriminação, ainda num espaço de pouca visibilidade e reconhecimento.

Buscar o conhecimento sobre a situação deste contexto em relação às violações que mais acometem as crianças é uma forma de contribuir assertivamente na construção de ações articuladas de atendimento à infância dentro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis. Nosso ponto de partida neste estudo foi investigar:

Figura 1: Esquema temático e pergunta norteadora

4 OBJETIVOS

Geral:

- Conhecer a magnitude e as características das diferentes formas de violações de direitos humanos de crianças e adolescentes residentes em cinco municípios da Rede de Municípios Saudáveis em PE.

Específicos:

- Identificar os tipos de violações de direitos humanos de crianças e adolescentes mais frequentes entre os municípios estudados.
- Classificar o perfil das violências por formas e tipo.
- Identificar as características das crianças e adolescentes vitimizados(as), segundo as variáveis: faixa etária, sexo, escolaridade, denuncia e vínculo com o agente agressor.

5. MÉTODO

O desenho do estudo é descritivo, exploratório do tipo transversal. O caráter transversal justifica-se pela coleta de dados serem feitas num único momento histórico, que apresenta como vantagens ser de baixo custo, alto potencial descritivo, rápido, coleta em curto espaço de tempo, sendo uma boa opção para descrever as características de um evento na população (MEDRONHO, et. al., 2009).

A população do estudo é composta por 601 casos de crianças e adolescentes residentes nos municípios de Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, São Joaquim do Monte e Sairé, que chegaram aos conselhos tutelares no ano de 2012. No entanto, é importante ressaltar que o total das frequências nem sempre se apresenta neste total da população, tendo em vista que uma mesma criança ou adolesceste pode ter sofrido mais de um tipo de violação e ou ter mais de um agressor envolvido na situação, num total de 720 violações.

A definição de Criança e Adolescente está de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA (1990) que compreende dois ciclos de vida: a criança como toda a pessoa que tenha 12 anos incompletos e o adolescente o que se encontra na faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade.

Para a categorização das faixas etárias foram utilizados os padrões do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, a saber, 0-6 anos, 7-14 anos e 15-17 anos que considera a importância social e cultural em cada uma dessas fases.

5.1. Caracterização das áreas do estudo

A área geográfica selecionada para o estudo envolve os cinco municípios do agreste setentrional que faziam parte do Projeto Municípios no Nordeste do Brasil, que originou a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, são eles Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, São Joaquim do Monte e Sairé.

Este conglomerado de municípios abrange uma área de 1.005,39 km2 e localiza-se no Agreste Central de Pernambuco, precisamente na Microrregião Brejo Pernambuco. A população geral destes municípios somam 99.174 mil habitantes

(BRASIL, 2013a) e distam, em média, 122 km da Capital, tendo Sairé como o mais próximo (110,7 km) e Barra de Guabiraba, o mais distante (136,2 km).

Em área física, Bonito é o maior de todos e Camocim de São Félix, o menor. Todos estão situados a mais de 400 km acima do nível do mar, banhado pelas bacias hidrográficas Una, Ipojuca e Serinhaém. Além da sede, os municípios de Bonito, Camocim de São Félix e São Joaquim do Monte possuem alguns distritos. Exceto Bonito, criado em 1839, todos datam do século XX.

Figura 2: Divisão Territorial dos Municípios do Agreste Setentrional do Estado Pernambucano

No estudo realizado por Melo Filho et. al. (2007) acerca dos aspectos demográficos destes municípios, eles apresentaram características de uma população jovem, com taxas de fecundidade ainda elevadas e baixa esperança de vida ao nascer, padrão diferente do observado em municípios mais desenvolvidos que apresenta queda de fecundidade, redução da mortalidade, envelhecimento da população e elevação da esperança de vida ao nascer.

A unidade pública responsável pela criança e adolescente nesta região é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social- CREAS situado em Caruaru, vinculado a Secretaria da Criança, Adolescentes e Políticas Sociais que tem o objetivo de atender famílias em situação de vulnerabilidade social. Os serviços de assistência nesta região estão estruturados conforme quadro a seguir:

Quadro 1: Equipamentos de serviços de assistência social na regional.

Município	Centro de Referência de Assistência Social-CRAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social-CREAS	Conselho Municipal de Assistência Social	Conselho Tutelar	Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Crianças e Adolescentes
Barra de Guabiraba	01	-	01	01	01
Bonito	01	01	01	01	01
Camocim de São Félix	01	-	01	01	01
Sairé	01	-	01	01	01
São Joaquim do Monte	01	Em implantação	01	01	01

Fonte: Equipe técnica do CREAS- Caruaru

5.2. Instrumento do Estudo

Este estudo tem como modelo inicial a classificação que Bonzam (2008) desenvolveu na sua pesquisa realizada no conselho tutelar de Ribeirão Preto, das quais foram classificados vinte tipos de violências: (1)falta de vagas na educação, (2)negligência, (3)violência física, (4)evasão escolar, (5)problemas de comportamento, (6)violência institucional, (7)certidão de nascimento, (8)miserabilidade, (9)violência sexual, (10)abandono, (11)violência psicológica, (12)drogadição, (13)não acesso à convivência familiar, (14)violência doméstica (co-ocorrências), (15)desaparecimento, (16)assistência social, (17)atendimento

especializado na saúde, (18)ato infracional praticado por criança, (19) violência institucional e (20)atendimento especializado na educação.

Para validação deste modelo foi realizado uma visita de campo junto aos conselheiros tutelares a fim de confirmar a existência destas problemáticas nos municípios do estudo e de complementar o modelo com outros tipos de violações específicos desta região que poderiam não estar contemplados.

Observou-se também se variáveis pretendidas a serem estudadas poderiam ser obtidas através dos registros em livros e formulários, foi constatado que os registros são manuais e não há uma padronização entre os municípios, cuja variável renda e cor não constam nos registros de nenhum dos cinco, sendo, portanto, excluídas.

Após o processo de revisão e contextualização, a maioria dos tipos de violências classificados no estudo de Bonzam (2008) foi mantida, exceto *assistência social e violência doméstica*. O tipo *abandono* teve modificações no conceito, já o tipo *drogadição* foi alterado a sua terminologia para atendimento especializado no tratamento de drogadição, *problemas de comportamento* para atendimento especializado em tratamento psicossocial e *ato infracional* para atendimento a serviços socioeducativos. Violência sexual foi desagregada em abuso e exploração sexual comercial e por últimos três novos tipos de violações foram adicionados: *exploração do trabalho infantil*, *atendimento para reconhecimento paterno, o atendimento relacionado à pensão alimentícia.*

Deste modo, o modelo do instrumento adaptado para este estudo foi concluído com 22 tipos de violações classificadas da seguinte forma: **(1) falta de vagas na educação** (em creches, pré-escolas ou no ensino fundamental); **(2) Atendimento especializado na educação** (descreve situações em que há demanda por atendimento especializado, concernente à escolarização da criança/adolescente, não atendida. Bem como a evasão escolar com abandono do processo de escolarização); **(3) atendimento especializado na saúde** (descreve situações em que há demanda por atendimento especializado, concernente a doenças e/ou transtornos específicos, não atendidos no âmbito da rede pública de assistência à saúde); **(4) violência Institucional** (refere-se a qualquer diferença

arbitrária, distinção, exclusão ou preferência por motivo de raça, cor, sexo, religião, opinião política, ascendência nacional ou origem social que tenha efeito de anular a oportunidade de igualdade entre as pessoas- Organização internacional do Trabalho OIT). São situações em que a criança e ou adolescente é vítima de situação vexatória, no contexto de alguma instituição pública, mais frequentemente a escola; **(5) certidão de nascimento** (refere-se à crianças/adolescentes que não dispõem do documento porque ele não foi providenciado ou foi perdido, dificultando seu acesso a alguns outros direitos básicos); **(6) miserabilidade** (refere-se à crianças/adolescentes – e suas famílias – em situação econômico-social que interfere até mesmo no suprimento de necessidades básicas, como alimentação e vestimenta); **(7) atendimento especializado no tratamento de drogadição** (refere-se a casos em que crianças/adolescentes fazem uso de substâncias ilícitas, para os quais os adultos responsáveis requerem ajuda/tratamento); **(8) atendimento especializado no tratamento psicossocial** (refere-se a situações em que os responsáveis apresentam queixas relativas a problemas de comportamento, de disciplina da criança/adolescente, estando estes envolvidos em eventos considerados antissociais); **(9) não acesso à convivência familiar** (descreve situações em que a criança/adolescente se vê desprovida de um responsável legal, em virtude do falecimento do responsável ou de circunstâncias como, por exemplo, o aprisionamento deste). Ou ainda aos casos onde as crianças e adolescentes se encontram em situação de rua ocasionados por causas adversas como: uso de drogas, conflitos familiares e etc. Ou mesmo quando um dos pais ou parentes criam situações para impedir a convivência do outro com a criança (por exemplo, impedir de passar os finais de semana juntos); **(10) convivência familiar inadequada** (refere-se à crianças/adolescentes convivendo com drogaditos ou alcoolistas, ou que são expostas constantemente a desavenças/brigas entre os adultos); **(11) desaparecimento** (descreve casos em que se suspeita da fuga da criança/ adolescente do lar); **(12) abandono** (descreve situações em que os adultos responsáveis pelas crianças a deixam sozinhas em casa ou mesmo sobre a responsabilidade de outro adulto – familiar ou não – e “desaparece”, deixando de manter contato e de suprir as necessidades materiais e afetivas). As situações claramente relacionadas à violência doméstica foram categorizadas de acordo com

as definições propostas pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA): **(13) negligência (**como omissões da família e da sociedade em prover as necessidades físicas e emocionais da criança/adolescente, faltando lhes nos cuidados relativos à alimentação, vestimenta, saúde e educação, em circunstâncias em que poderiam despendê-los); **(14) violência física** (uso da força física contra a criança/adolescente, impingindo-lhe desde a dor até a morte, para disciplinar ou tão somente para expressar desafeto; **(15) violência psicológica** (remetendo a situações em que os adultos sistematicamente os depreciam com palavras de baixo escalão ou ameaçam, minando sua autoestima ou seu senso de realização, muitas vezes, em nome de uma educação rigorosa ou por hostilidade); **(16) abuso sexual** (como ato ou jogo – de natureza hetero ou homossexual – envolvendo crianças/adolescentes, com o objetivo de estimulá-los e obter o estímulo sexual para si ou para outrem); **(17) exploração sexual comercial** (abrange o abuso sexual por parte do adulto com remuneração em dinheiro ou espécie para a criança ou adolescente ou para terceiro ou várias pessoas (Organização Internacional do Trabalho-OIT, 2003); **(18) exploração do trabalho infantil** (refere-se às atividades econômicas e/ou atividades de sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro, remuneradas ou não, realizadas por crianças ou adolescentes em idade inferior a 16 (dezesseis) anos, ressalvada a condição de aprendiz a partir dos 14 anos, independentemente da sua condição ocupacional (BRASIL, 2004); **(19) atendimento a serviços socioeducativos** quando há ato infracional praticado por criança, referindo-se ao cometimento de delitos por menores de idade. Em termos quantitativos é preciso fazer a distinção, nessa categoria, entre as ocorrências que envolvem crianças das que envolvem adolescentes, considerando-se que o Conselho Tutelar, pela lei 21, é responsável pelo registro e encaminhamento de todos os casos conhecidos envolvendo os menores de 12 anos, mas só eventualmente é implicado nos casos envolvendo maiores de 12 anos. Assim, os números referentes a “ato infracional” cometido por criança são significativos enquanto informação oficial, ao passo que os que concernem aos adolescentes não denotam a problemática nem mesmo do ponto de vista oficial, visto que a maior parte destas ocorrências tem seu registro e acompanhamento somente no âmbito judiciário; (**20) atendimento para**

reconhecimento paterno se refere a situações cujas mães recorrem com o pedido de encaminhamento para realização do exame de DNA para garantir o nome do pai no registro e o cumprimento das obrigações como tal e **(21) atendimento a serviços relacionados à pensão alimentícia** descreve situações onde as famílias buscam orientação e apoio relativos à regularização da pensão alimentar. Embora essa seja uma atribuição da promotoria, em alguns contextos os conselhos tutelares realizam sessões de diálogos e acordos entre os responsáveis. Os casos que apresentaram como situação isolada e não se enquadraram em nenhuma destas tipificações foram alocados em *outros*.

Posteriormente estes tipos de violências foram categorizados de acordo com as dimensões definidas por Minayo (2001) que caracteriza as violências contra criança e adolescente da seguinte forma: Violência Estrutural, Violência Intrafamiliar e Violência Delinquencial ou Infantojuvenil, conforme pode ser observado na figura a seguir:

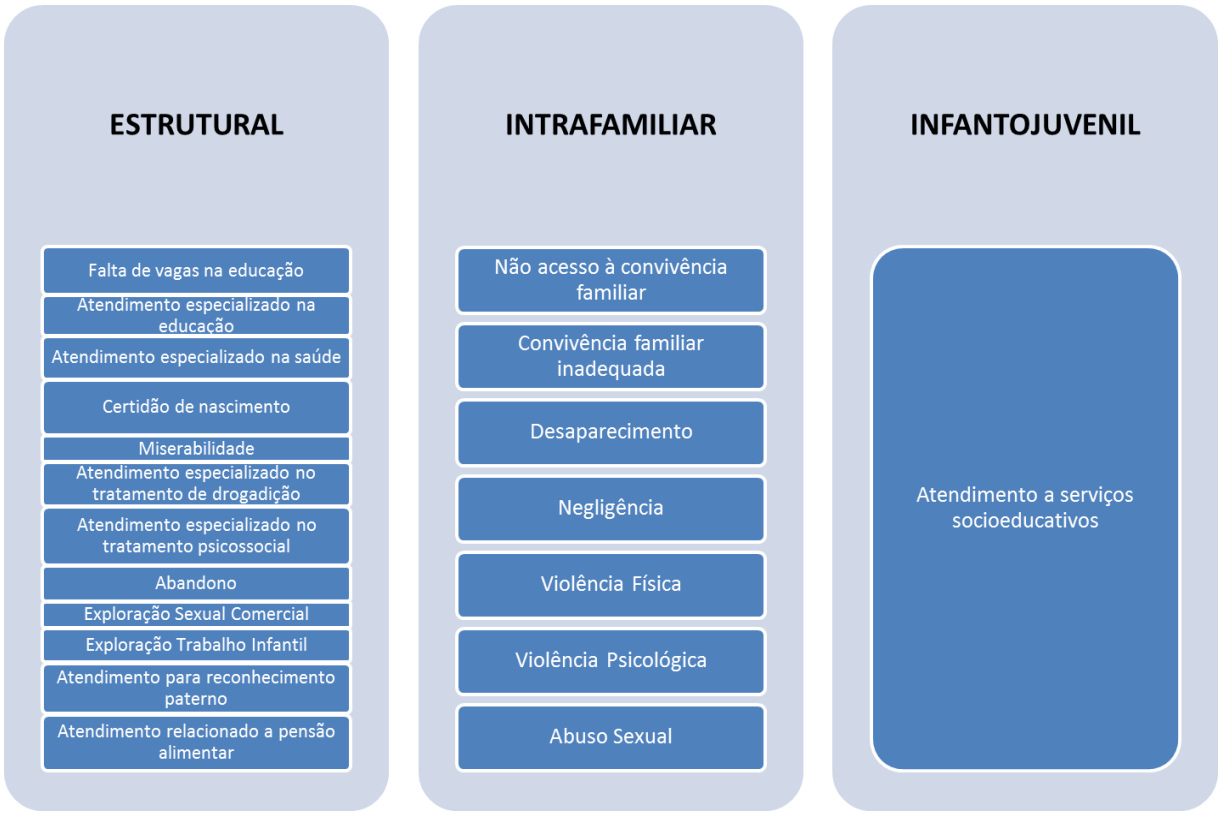


Figura 3: Classificação das violações de direitos humanos contra crianças e adolescentes - Adaptação de Bonzam (2008) por Lira, (2014).

5.3. Coleta de Dados

A fonte de dados foram os livros de registro e ou formulários de denúncia que possuem um relato com abertura do caso, neles estão contidos informações pessoais e de parentesco da criança, idade da criança, denunciante, denunciado e o relato com a descrição do tipo de violação.

Foram utilizados também como fonte os formulários de requisição de serviços, (em alguns municípios existe formulário de registro civil específico).

5.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

No presente estudo foram incluídas todas as demandas que chegaram aos conselhos tutelares no ano de 2012, sejam elas por meio das *requisições de serviços ou as próprias denúncias*, segundo atribuições e significados dado pelos próprios conselheiros deste contexto. Para estes atores as requisições de serviços são aquelas situações em que as famílias procuram o conselho para apoiá-los no acesso a alguns direitos básicos, como certidão nascimento e matrícula escolar. Já as denúncias são situações que colocam as crianças em situação de risco eminente, que chegam por vários meios como: a população, a polícia ou pelo Disk 100 (canal de denúncia sobre violência contra criança e adolescentes de abrangência nacional).

Foram excluídas, portanto, as denúncias que chegaram aos conselhos tutelares que aos serem averiguados não foi constatado o motivo da denúncia ou localizado o endereço.

5.5. Processamento e Análise dos Dados

Para análise dos dados foi utilizado o programa Epi-Info, versão 3.3.2, sendo empregado para a análise o mesmo programa através de frequência média e absoluta das variáveis: faixa etária, sexo, escolaridade, denúncia e vínculo com o agressor que foi apresentado em tabelas.

No primeiro momento buscou-se identificar o perfil geral dos tipos de violações de direitos contra crianças e adolescentes nos cinco municípios conforme formas de violências: Estrutural, Intrafamiliar e Delinquencial (MINAYO, 2001). Em

seguida caracterizamos o perfil das vítimas segundo sexo e escolaridade. E por último a caracterização da agressão segundo relação com a vítima, sexo e local de ocorrência.

5.6. Considerações Éticas

Os riscos concernentes a este estudo estavam relacionados à quebra de sigilo ou extravio de dados que exponham a história de vida das crianças e adolescentes registrados nos arquivos dos conselhos tutelares, no entanto, a pesquisadora se comprometeu a tomar todas as precauções para evitar tal situação, conforme termo de confidencialidade assinado. Este estudo seguiu os parâmetros da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata de pesquisas que envolvem seres humanos.

Não houve beneficiário direto do estudo. Os benefícios gerados foram indiretos na medida em que houve produção de informações relevante, subsidiando os gestores para tomadas de decisão, especialmente aos envolvidos na Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis.

Em virtude de serem municípios de pequeno porte e não possuírem varas específicas da infância em sua localidade, as cartas de anuência (apêndice B) foram solicitadas em todos os fóruns de justiça locais através dos juízes ou promotores público. Aos presidentes dos conselhos tutelares foi solicitada a carta de anuência e a carta de autorização de uso de dados.

Todos os dados coletados foram armazenados na residência da pesquisadora e serão descartados cinco anos após a defesa da dissertação.

6. RESULTADOS

6.1. Perfil das formas e tipos de violações de direitos contra crianças e adolescentes

As formas de violações apresentaram-se num padrão muito semelhantes entre os municípios conforme pode ser observado no gráfico 1. Com destaque a Sairé que possui a maior proporção da violência de natureza intrafamiliar entre todos os municípios e nenhum registro da forma infantojuvenil ou delinquencial.

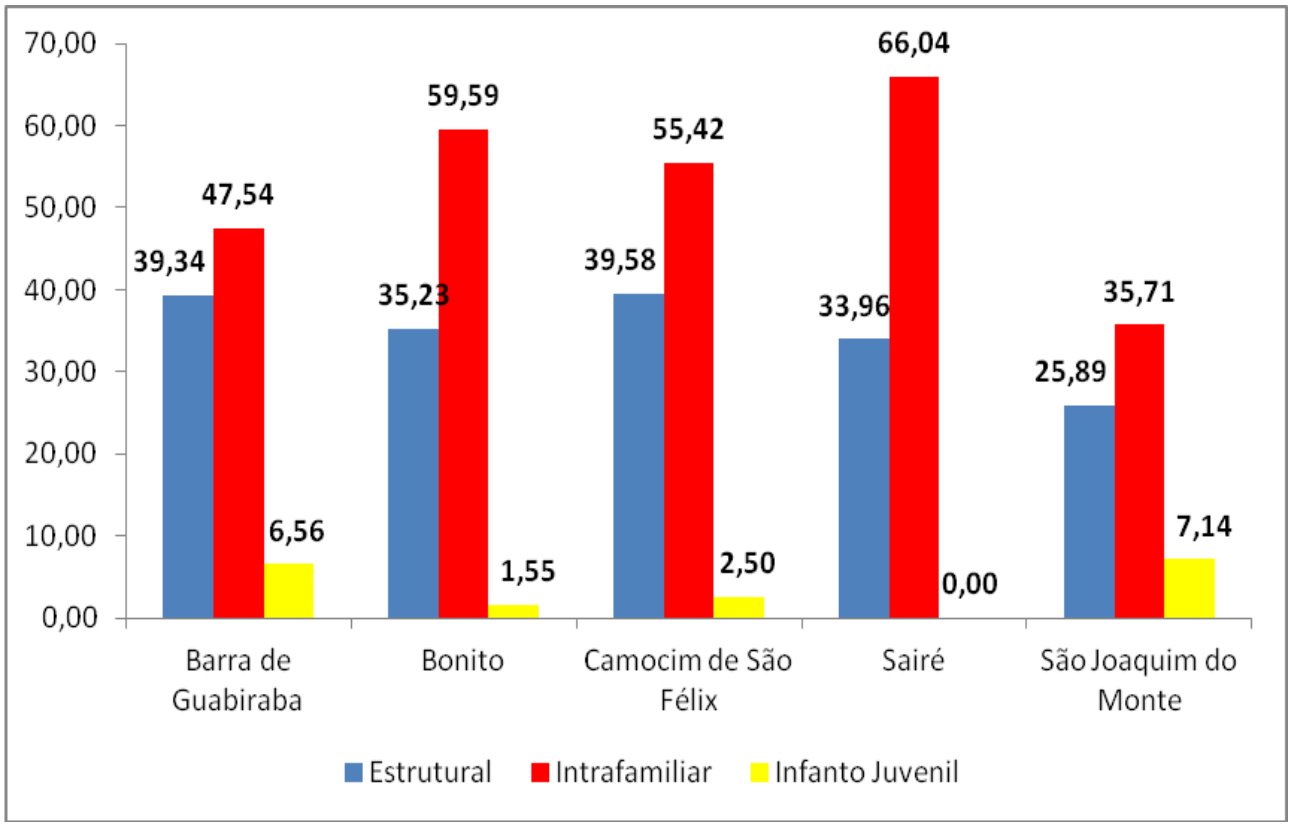
Dentre as formas de violações, a **intrafamiliar** apresentou frequência predominante com 60,50% dos casos, seguido da forma **estrutural** (35,50%) e por último a **infantojuvenil** (4,00%).

Quanto ao tipo de violência *a negligência* (17,22%) e a *violência física* (15,97%) foram as maiores encontradas na população estudada e contribuíram significativamente para a elevada proporção na forma familiar. Dentro deste escopo as menores frequências dos casos ocorreram em relação ao tipo desaparecimento (1,94%), onde Bonito possui mais da metade dos registros e a violência psicológica (3,75%) que apesar de comumente acompanhar outros tipos de violência, é um tipo de violência de difícil mensuração e diagnóstica (tabela 1).

Apesar de apenas 35,5% dos casos serem de natureza estrutural, os tipos de violações mais frequentes neste subgrupo foram muito relevantes porque além da sua complexidade para resolução, tem impacto direto na criança e sua família. Ou seja, é fundamental ressaltar que existe uma relação direta entre as diferentes formas, e que apesar de terem dimensões distintas em suas causas, seus efeitos por vezes se sobrepõem num mesmo indivíduo e espaço.

Ao detalharmos os tipos dentro da forma estrutural, os mais frequentes foram: *o atendimento especializado no tratamento psicossocial* (9,44%), o *abandono* (8,61%) e *atendimento relacionado à pensão alimentícia* (7,08%), sendo este último preponderante no município de Barra de Guabiraba. A miserabilidade apresentou o menor percentual (0,28%), não só deste subgrupo, mas dentre todos os tipos de violações.

Já a forma infantojuvenil que se expressa no atendimento a serviços socioeducativos para adolescentes apresentou 4%, sendo mais frequente entre os municípios de São Joaquim do Monte (7,14%) e Barra de Guabiraba (6,56%).



Fonte:Conselhos Tutelares, 2009

Gráfico 1: Proporção das notificações de violações de direitos contra crianças e adolescentes nos cinco conselhos tutelares, segundo forma e municípios, 2012

Tabela 1. Distribuição das notificações de violações de direito contra crianças e adolescentes nos cinco conselhos tutelares, por município, conforme forma e tipo de violência, 2012.

Formas de Violência	Tipo de Violação	Barra de Guabiraba		Bonito		Camocim de São Félix		Sairé		São Joaquim do Monte		Total	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
ESTRUTURAL	Falta de vagas na educação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Atendimento especializado na educação	1	0,82	6	3,11	-	-	4	7,55	2	1,79	13	1,81
	Atendimento especializado na saúde	-	-	1	0,52	2	0,83	-	-	-	-	3	0,42
	Violência Institucional	-	-	1	0,52	2	0,83	-	-	-	-	3	0,42
	Certidão de nascimento	2	1,64	2	1,04	20	8,33	3	5,66	1	0,89	28	3,89
	Miserabilidade	-	-	-	-	2	0,83	-	-	-	-	2	0,28
	Atendimento especializado no tratamento de Drogadição	2	1,64	1	0,52	-	-	2	3,77	-	-	5	0,69
	Atendimento especializado no tratamento Psicossocial	5	4,10	16	8,29	27	11,25	6	11,32	14	12,50	68	9,44
	Abandono	8	6,56	18	9,33	34	14,17	-	-	2	1,79	62	8,61
	Exploração Sexual Comercial	-	-	-	-	2	0,83	2	3,77	4	3,57	8	1,11
	Trabalho Infantil	-	-	3	1,55	1	0,42	-	-	3	2,68	4	0,56
	Atendimento para reconhecimento paterno	2	1,64	5	2,59	-	0,00	1	1,89	-	-	8	1,11
	Atendimento relacionado á pensão alimentar	28	22,95	15	7,77	5	2,08	-	-	3	2,68	51	7,08
INTRAFAMILIAR	Não acesso à convivência familiar	1	0,82	11	5,70	1	0,42	3	5,66	1	0,89	17	2,36
	Convivência familiar inadequada	8	6,56	12	6,22	25	10,42	6	11,32	2	1,79	53	7,36
	Desaparecimento	2	1,64	8	4,15	4	1,67	-	-	-	-	14	1,94
	Negligência	15	12,30	40	20,73	45	18,75	16	30,19	8	7,14	124	17,22
	Violência física	15	12,30	29	15,03	48	20,00	8	15,09	15	13,39	115	15,97
	Violência psicológica	8	6,56	5	2,59	5	2,08	1	1,89	7	6,25	27	3,75
	Abuso sexual	9	7,38	10	5,18	5	2,08	1	1,89	7	6,25	32	4,44
INFANTO JUVENIL	Atendimento a serviços socioeducativos	8	6,56	3	1,55	6	2,50	-	-	8	7,14	25	3,47
OUTROS	[2]Outros	8	6,56	7	3,63	6	2,50	-	-	35	31,25	56	7,78
Total		**122**	**100,00**	**193**	**100,00**	**240**	**100,00**	**53**	**100,00**	**112**	**100,00**	**720**	**100,00**

Fonte: Conselhos Tutelares, 2009

[2]Não se enquadram nas categorias definidas no estudo.

6.2. Caracterização das Vítimas

Na população estudada as crianças de **7-14 anos** de idade foram mais acometidas por violações com 50,2% (gráfico 2), sendo o atendimento para tratamento psicossocial (65%) e a violência física (54%) os tipos de violências preponderantes neste grupo.

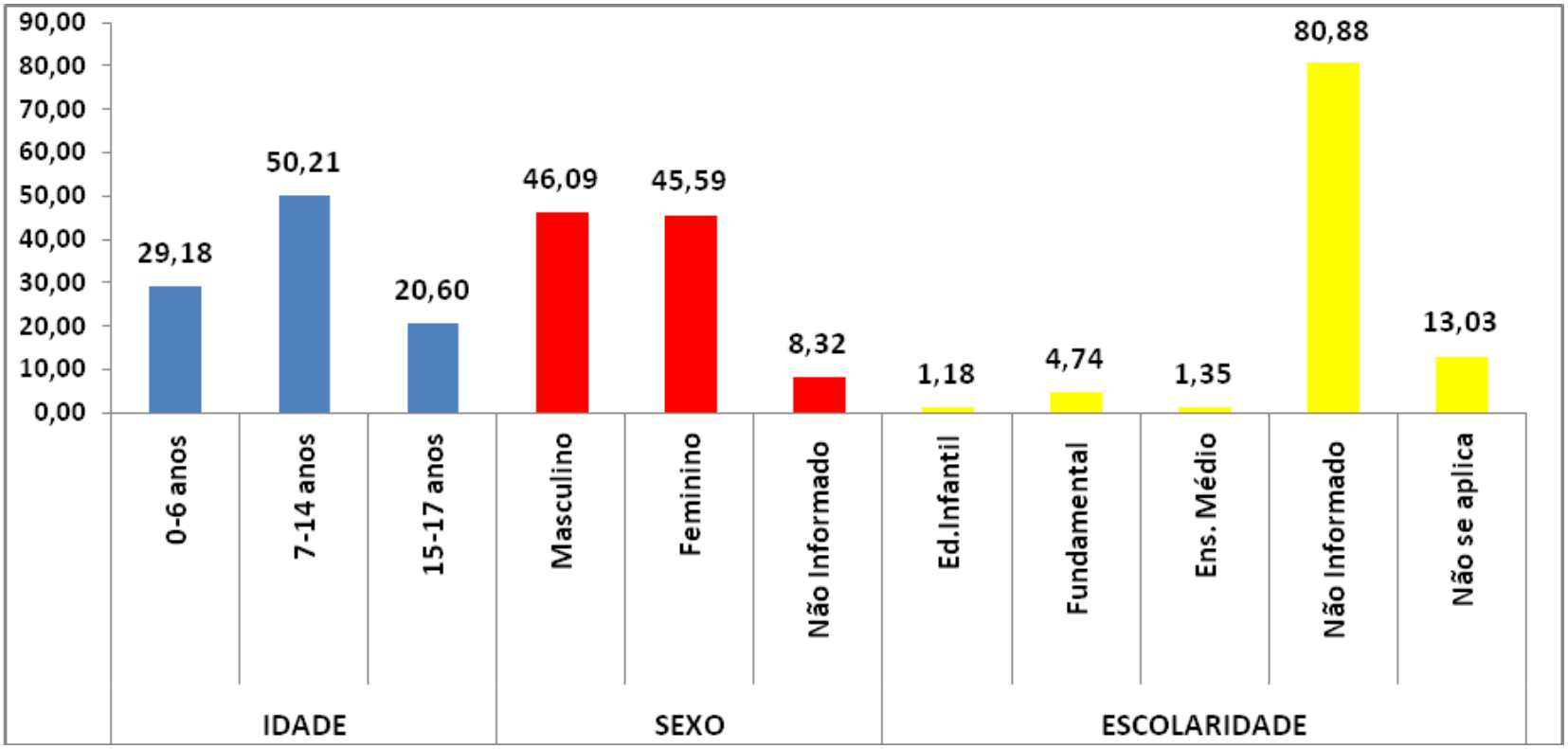
Entre o grupo etário de **0-6 anos,** segundo mais atingindo, o tipo de violência predominante foi à negligência (54%). Já a faixa de **15-17 anos** foi marcada pela drogadição (100%) e atendimento a serviços socioeducativos (65%).

Observa-se no gráfico 2 um equilíbrio proporcional entre os sexos, com uma pequena variação superior para os meninos (46,09%) em relação às meninas (45,59%). No entanto, quando observamos a variável sexo em relação ao tipo de violência entre todos os grupos etários, essas proporções demonstram-se importantes e diferentes aspectos a serem observados (tabela 2).

Os meninos foram os que mais requereram os atendimentos especializados a serviços socioeducativos (94%), no tratamento para drogadição (60%), e atendimento para tratamento psicossocial (55%), relativos a envolvimento com drogas, conflito com a lei e queixas de problemas comportamentais dos filhos em atividades antissociais. Foram também maiores vítimas do abandono (63%), situações em que as crianças são deixadas sozinhas em casa pelos seus responsáveis e do trabalho infantil (100%).

Já **as meninas** são maiores vítimas do abuso sexual (80%), exploração sexual (71%), violência física (64%), convivência familiar inadequada (64%) e negligência (64%).

A variável escolaridade apresentou um elevado sub-registro em todos os municípios, totalizando 80,88% dos casos e inviabilizando a amostra.



Fonte: Conselhos Tutelares, 2009

Gráfico 2: Perfil das vítimas notificadas nos cinco conselhos tutelares, segundo idade, sexo e escolaridade, 2012.

Tabela 2. Proporção dos tipos de violações de direitos contra crianças e adolescentes notificados nos cinco conselhos tutelares, segundo idade e sexo da vítima, conforme forma de violência, 2012.

Forma de Violência	Tipo de Violação	Idade					
		0-6 anos		7-14 anos		15-17 anos	
		M	F	M	F	M	F
ESTRUTURAL	Falta de vagas na educação	-	-	-	-	-	-
	Atendimento especializado na educação	9	9	46	18	-	18
	Atendimento especializado na saúde	3,3	3,3	3,3	-	-	-
	Violência Institucional	-	-	100	-	-	-
	Certidão de nascimento	30	4	7	7	22	30
	Miserabilidade	-	-	50	-	50	-
	Atendimento especializado no tratamento de Drogadição	-	-	-	-	60	40
	Atendimento especializado no tratamento Psicossocial	3	-	36	29	19	13
	Abandono	22	13	32	24	9	-
	Exploração Sexual Comercial	-	-	-	29	-	71
	Trabalho Infantil	-	-	100	-	-	-
	Atendimento para reconhecimento paterno	14	29	14	29	14	-
	Atendimento rel. à pensão alimentar	28	14	17	27	11	3
INTRAFAMILIAR	Não acesso à convivência familiar	29	7	29	21	14	-
	Convivência familiar inadequada	16	19	12	40	8	5
	Desaparecimento	-	8	8	46	23	15
	Negligência	28	26	4	25	4	3
	Violência física	10	24	21	33	5	7
	Violência psicológica	9	17	13	30	9	22
	Abuso sexual	4	4	-	80	-	12
INFANTOJUVENIL	Atendimento a serviços socioeducativos	-	-	29	6	65	-

Fonte: Conselhos Tutelares, 2009

6.3. Caracterização da Agressão

Em todos os municípios a figura da mãe (33,9%) em seguida a do pai (18%) foram os principais agressores da violência. Devido a este fato, o sexo feminino (32,8%) apresenta-se como maioria na variável sexo do agressor (tabela 3).

A residência é o principal local de ocorrência com 52%, corroborando as informações anteriores da violência intrafamiliar predominante, tendo a mãe e o pai como principais autores da agressão. Quando observamos o espaço externo ao domicílio, a escola aparece em seguida como local de ocorrência da violação com 7,3% dos casos.

Em relação ao denunciante, a família da criança e do adolescente apresentou maior proporção (45,9%), seguida das denúncias anônimas (17,3%).

Ainda é muito baixo o número de crianças e adolescentes que buscam a ajuda dos conselhos tutelares para denunciar e pedir ajuda numa situação de violência (2,4%), bem como a proporção de outros serviços (serviços de saúde, fóruns de justiça) que notificam casos aos conselhos tutelares conforme observado na categoria *outros* (15,6%). O disque 100 apresentou a menor proporção como instrumento de denúncia (0,3%).

É importante ressaltar que a variável não se aplica foi utilizada especificamente para os casos relacionados às formas de violência estrutural e infanto-juvenil, mais especificamente no segmento *relação com a vítima* e *sexo do agressor*, por não apresentar, nestes casos, um individuo responsável pela violência.

Tabela 3. Proporção das notificações de violações de direitos contra crianças e adolescentes nos cinco conselhos tutelares, segundo relação com a vítima, sexo do agressor, local de ocorrência e denunciante, 2012.

Característica	Barra de Guabiraba		Bonito		Camocim de São Félix		Sairé		São Joaquim do Monte		Total	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Relação com o agressor												
Pai	12	13,2	44	24,7	35	16,4	9	28,1	8	9,2	108	18
Padrasto	-	-	3	1.7	2	0,9	-	-	2	2,3	01	1,2
Mãe	20	22,2	68	38,2	90	42,3	13	40,6	13	14,9	204	33,9
Madrasta	-	-	1	0,6	1	0,5	-	-	-	-	02	0,3
Irmãos	-	-	2	1,1	-	-	-	-	-	-	02	0,3
Primos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1	01	0,2
Tios	1	1,1	1	0,6	2	0,9	-	-	-	-	04	0,7
Vizinhos	6	6,6	11	6,2	2	0,9	1	3,1	2	2,3	22	3,7
Amigos	-	-	4	2,2	1	0,5	1	3,1	1	1,1	7	1,2
Namorados	6	6,6	2	1,1	1	0,5	-	-	1	1,1	10	1,7
Desconhecidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não informado	1	1,1	2	1,1	16	7,5	2	6,3	3	3,4	24	4
Outros	2	2,2	5	2,8	6	2,8	-	-	6	6,9	19	3,2
Não se aplica	45	49,5	34	19,1	62	29,1	11	34,4	47	54	199	33,1
Sexo do Agressor [a]												
Masculino	20	22	58	33,5	37	17,8	7	5,1	15	17,2	137	23,2
Feminino	19	20,9	69	39,9	84	40,4	9	28,1	13	14,9	194	32,8
Masculino e Feminino	7	7,7	8	4,6	13	6,3	5	15,6	4	4,6	37	6,3
Não se aplica	45	49,5	37	21,4	61	29,3	11	34,4	50	57,5	204	34,6
Não Informado	-	-	1	0,6	13	6,3	-	-	5	5,7	19	3,2
Local de Ocorrência												
Residência	26	29,9	121	72,9	116	55,5	20	62,5	21	25	304	52,6
Escola	4	4,6	15	9	13	6,2	3	9,4	7	8,3	42	7,3
Praças	01	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,2
Mato	-	-	4	2,4	-	-	-	-	-	-	4	0,7
Não se aplica	40	46	8	4,8	45	21,5	3	9,4	35	41,7	131	22,7
Não informado	-	-	5	3	13	6,2	1	3,1	9	10,7	29	4,8
Outros	16	18,4	13	7,8	22	10,5	5	15,6	12	14,3	68	11,8

Denunciante												
População	14	15,6	9	5,4	23	1,1	-	-	2	2,3	48	8,2
Criança/Adolescente	1	1,1	8	4,8	4	1,9	-	-	1	1,1	14	2,4
Polícia	4	4,4	1	0,6	2	1	-	-	7	8	14	2,4
Escola	3	3,3	6	3,6	9	4,3	2	6,3	2	2,3	22	3,8
Família	58	64,4	115	69,3	56	26,8	12	37,5	27	31%	268	45,9
Disque 100	1	1,1	2	1,2	5	2,4	-	-	2	2,3	10	1,7
Anônimos	4	4,4	4	2,4	81	38,8	8	25	4	4,3	101	17,3
Outros	4	4,4	19	20,9	28	30,8	5	5,5	35	40,2	91	15,6
Não informado	1	1,1	2	1,2	1	0,5	5	15,6	7	8	16	2,7

Fonte: Conselhos Tutelares, 2009

7. DISCUSSÃO

Mesmo considerando todos os cuidados técnicos e operativos é importante ressaltar as limitações da pesquisa. Apesar dos esforços das equipes locais e dos conselhos tutelares em estabelecer seus registros por meios de livros, formulários e armazenamento em arquivos, as informações ainda são tratadas manualmente, o que confere um desafio. Uma das razões para isso é que nestes municípios ainda não ocorreu à implementação do Sistema de Informação da Infância e Adolescência-SIPIA, que é um sistema nacional de registro e tratamento de informações sobre a garantia e defesa dos direitos fundamentais preconizados no Estatuto da Criança e do Adolescente. O SIPIA tem uma saída de dados agregados em nível municipal, estadual e nacional e se constitui em uma base única nacional para formulação de políticas públicas no setor (OBSERVATÓRIO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE-OBS, 2014)

No Brasil a notificação contra os maus tratos de crianças e adolescentes só ganhou atenção no final dos anos 80, tratado na Constituição Federal (art.227), Estatuto da Criança e do Adolescente (art.13) prevendo a notificação como obrigatória. E apesar do arcabouço legal e do reconhecimento que notificar é uma ação crucial na ação pontual contra a violência, na ação política global e no entendimento do fenômeno, muita controvérsia ainda permeia o tema, sem muitas expectativas de solução imediata. Isso demonstra que no Brasil a decisão de notificar não se prende a orientação geral da legislação, mas também as peculiaridades de cada caso, e é influenciada por fatores de ordem pessoal, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços, na sua maioria são insuficientes (GONÇALVES, FERREIRA, 2002).

A notificação, como um direito é uma forma de proteger às crianças e adolescentes, sendo um dever do profissional – sujeito inclusive à punição por não assumir essa responsabilidade, é um passo importante para a quebra do ciclo de violência a que estão sujeitas as vítimas.

O monitoramento das violências para fins de vigilância epidemiológica no país é realizado por meio da análise dos dados da declaração de óbito ou da autorização de internação em hospitais públicos, fornecidos, respectivamente, pelo sistema de

informação de mortalidade (SIM) e sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde único de saúde (SIH/SUS), ambos gerenciados pelo ministério da saúde, constituindo importante ferramenta para o conhecimento da carga das violências no país (BRASIL, 2009b).

Considerando as limitações do SIM e SIH/SUS em descrever as características apenas dos casos violentos cujo desfecho tenha sido o óbito ou a internação, respectivamente, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que possibilitará conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde pública. O VIVA foi estruturado em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais ou autoprovocada e 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares. Trata-se então de uma estratégia útil para detalhar os casos menos graves e sobre os quais não existem dados, pois se refere aos casos que não seriam registrados pelos tradicionais sistemas de informação em saúde do país, além de revelar a violência doméstica e sexual, que ainda permanece velada em nossa sociedade (BRASIL, 2009b).

A subnotificação de eventos de violência precisa ser enfrentada e superada, caso contrário pode parecer ótima as condições de vida de uma população. A sensibilização e a conscientização crítica dos profissionais envolvidos em todas as etapas de produção de informações são necessárias, para que a melhoria na coleta, processamento e análise contribuam para o fortalecimento a acreditação dos sistemas de informação (LINS, 2008).

Neste estudo pode-se observar a baixa utilização do disque 100, que apesar de ter sido criado desde 1997, apresentou a menor frequência como mecanismo popular de denúncia. Evidenciando a necessidade de desenvolver ações de sensibilização pública e envolvimento de educadores e profissionais da saúde, que poderão contribuir na detecção de sinais e sintomas que evidenciem a situação de maus tratos (LINS, 2008).

Quanto aos principais achados, a forma de violência *intrafamiliar* foi predominante, cujos autores da agressão são majoritariamente a família, sendo *a negligência* e *violência física* os tipos mais frequentes, que atingem mais as meninas e se constituem a principal demanda nas rotinas diárias de trabalho dos conselhos tutelares destes municípios.

Este panorama é o mesmo encontrado em vários estudos brasileiros, como observado no estudo realizado no município de Curitiba por Fonseca et. al. (2012) que os dois tipos mais frequentes foi a negligência e a violência física, bem como o realizado por Martins e Jorge (2009a) sobre violência física, onde as vítimas também foram em sua maioria do sexo feminino (53%). Na publicação realizada pelo UNICEF (2005) a negligência foi a violência mais frequentemente notificada e quase um quinto dos adolescentes estudados sofreram agressões severas, que envolvem chutes, mordidas e espancamentos e até ameaça com arma de fogo ou faca.

Quando a violência ocorre dentro de um contexto predominantemente familiar, esse tipo de violência é a mais camuflada, sendo abafada por um “pacto de silêncio”, permeado pelo medo, vergonha, e por uma relação de dependência, que se constitui como a principal responsável pelo “tímido” número de denúncias, que não permite revelar a sua verdadeira incidência (DREZZET, et. al., 2001).

Na perspectiva idealizada a família teria a função de garantir, em parceria com o Estado, o bem estar, proteção, e promoção do crescimento saudável de todas as suas crianças. A família é um primeiro espaço de socialização, no qual as crianças apresentam total dependência e precisam receber as necessidades básicas para o seu cuidado e sobrevivência, sofrer maus tratos neste estágio da vida traz sérias consequências ao seu desenvolvimento e à vida adulta.

Além das marcas no corpo de abusos físicos que podem levar à morte, a violência deixa sequelas psíquicas que podem comprometer seriamente a vida das crianças e adolescentes, prejudicando seu aprendizado, suas relações sociais e seu pleno desenvolvimento. Estudos revelam que adolescentes que sofreram maus tratos familiares sofrem mais episódios de violência na escola, vivenciam mais agressões nas comunidades e transgridem mais as normas sociais, compondo assim um círculo de violência (FONSECA, et. al., 2012). Ou seja, seus impactos

manifestam-se na construção de um círculo de reprodução e retroalimentação de práticas violentas em que as crianças continuarão sendo as principais vítimas (POIRIER, 2006).

Essa reflexão corrobora os resultados deste estudo cujo espaço escolar, depois do familiar, foi o segundo local de ocorrência mais frequente dos eventos de violência, sendo o atendimento psicossocial o mais buscado pelas famílias para as crianças de 7-14 anos, justamente a idade que ela sai do âmbito familiar para iniciar a sua escolarização como segundo lugar de socialização.

Considerando todas as dificuldades de sub-registro das violências contra crianças, é preciso ponderar que existe um avanço quando a família reconhece o conselho tutelar como um espaço de defesa e apoio, tendo em vista que a educação familiar baseada em castigos físicos muitas vezes é normatizada culturalmente e tratado como um problema privado, e não uma questão de saúde pública. Gonçalves e Ferreira (2002) em seu estudo ressaltam que na sociedade brasileira tende-se a valorizar a privacidade da vida em família, e qualquer intervenção que confronte o discurso contra os pais é tida como intrusiva ou ofensiva à autoridade paterna. Uma das causas disso pode estar no lugar que a criança ocupa no imaginário social. O lugar da criança na sociedade contemporânea, pode-se dizer, é resultado de um processo sócio-histórico com raízes seculares (TAVARES DOS SANTOS,1995; DAVOLI, et al, 1994). As ideias da obediência ao adulto como destino inexorável da criança justificada pela concepção da imperfeição, incapacidade implícita e tendência ao erro dos categorizados como infantes, estão na base dessas teses, científicas ou não, que versam sobre como educar, tratar, considerar as crianças de um determinado grupo social, teses que fundamentam e estruturam o senso comum.

Na infância, a violência tem determinação complexa, e a questão de gênero certamente é uma das grandes questões envolvidas. Gênero é um elemento constitutivo das relações baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e uma forma primeira de significar as relações de poder (SCOT, 1991).

O patriarcado foi-se produzindo, tendo gênero como pano de fundo, mesclando com o racismo e, com o advento do capitalismo, as classes sociais floresceram em sua plenitude e valorizaram as gerações de maneira diferenciada

(FONSECA, et. al., 2012). As contradições decorrentes da produção dessas categorias constituem uma realidade regida por uma lógica contraditória. Essa lógica mantém-se por meio de interesses sociais naturalizados, constituindo, na atualidade, uma espécie de ideologia que subverte a compreensão da realidade essencial do humano e interdita a igualdade no âmbito da diversidade (SCOT, 1991).

Essa dimensão de gênero ficou expressa no estudo não só em relação às vítimas, mas a figura agressora também, cujas mães foram a principal delas. Observando o papel da mulher na família, percebe-se a importância da sua participação na organização familiar, historicamente, como cuidadora. Em geral, é ela quem está mais próxima fisicamente da criança. Isso parece favorecer a ocorrência da situação de violência e explicar os dados referentes à prevalência de mulheres, sujeitos que tem a função de proteger, mas também como principais agressoras no ambiente doméstico (MARTINS, JORGE, 2009a). A violência de gênero vivenciada por elas pode ser reproduzida em sua relação com as crianças, que no âmbito intrafamiliar, constituem o polo desfavorecido do poder intergeracional (FONSECA, et. al., 2012).

Se por um lado as *meninas* apresentam-se como principais vítimas das violências ocorridas no âmbito doméstico, especialmente a negligência, violência física, convivência familiar inadequada, abuso e exploração sexual, os *meninos* foram vítimas de violências ocorridas em ambitos públicos, relativos a abandono, trabalho infantil, problemas de comportamento com necessidade apoio psicossocial, drogas e delinquência.

Algumas destas problemáticas de natureza interpessoal e delinquencial mais comumente encontradas nos grandes centros urbanos estiveram presentes nos municípios estudados. Esses resultados são compatíveis com a situação do Estado de Pernambuco que apresenta uma das mais altas taxas de superlotação das unidades de internação do país com ocupação 64,17% acima da capacidade. O número de internos em Pernambuco é o segundo maior do país, perdendo apenas para São Paulo: ao todo são 1.456 adolescentes em privação ou restrição de liberdade (SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO-SDH, 2010).

Para Minayo (2005) as expressões de violências que ocorrem hoje no Brasil são muito mais complexas do que a questão social, no entanto, é sobre as condições e escassez de oportunidades e perspectivas- sobretudo no caso da juventude bombardeada pelos apelos de consumo e pela falta de reconhecimento e chances- que se constrói o crescimento das altas taxas de criminalidade e das consequências da violência.

A forma de violência estrutural classificada neste estudo apresentou baixa frequência em todos os municípios. O que parece contraditório quando todos os municípios estão na faixa de médio desenvolvimento e se apresentam abaixo da média do IDH estadual (0,705).

Embora o país tenha avanços significativos no investimento em políticas sociais que permitiram a saída de 3,5 milhões de brasileiros da pobreza em 2012 (BRASIL, 2013b), atualmente, ainda existem cerca de 15,7 milhões de pessoas vivendo na pobreza no Brasil, dos quais 6,53 milhões continuam abaixo da linha de pobreza. No entanto, é possível que esse resultado também esteja atrelado a compreensão da população ou do próprio conselho tutelar a respeito do seu papel na defesa dos direitos ou na percepção de uma baixa capacidade de resposta frente a violências com alto nível de complexidade, como é o caso das violências de natureza estrutural.

Esse cenário demonstra a necessidade de uma discussão mais ampla na construção de estratégias de promoção á saúde e prevenção às violências nas políticas públicas, uma vez que elementos de diferentes níveis culturais, institucionais, familiares e pessoais favorecem a situações abusivas que estão densamente imbricadas com a questão da violência contra a criança e o adolescente.

Desenvolver capacidades locais de todos os atores envolvidos na promoção e defesa dos direitos das crianças é fundamental, ampliando a concepção de que desde uma ação extrema e quase consenso como a de tirar a vida do outro, à de matricular uma criança em uma escola formal retirando-a do convívio familiar habitual pode ser concebido como violência. Afinal, a intensidade desse fenômeno pode ser determinada a partir da quantidade e qualidade dos recursos controlados

pela família ou indivíduo no momento de determinada mudança macro estrutural. Deve ser incluído aqui o grau de poder exercido pela família, ou em um nível mais micro, pela criança/adolescente, sobre a sua própria condição, qual a sua real participação nos processos e instâncias que decidem a respeito das ações que buscaram protegê-los, restaurá-los. A condição de vulnerabilidade aliada a outros fatores potencializadores como baixa renda, formação educacional deficiente e baixo poder político, torna mais sensível à situação de grande parcela da população brasileira e mundial (TRANCOSO, 2004). Essa característica multifacetada torna complexa e um grande desafio também o seu enfrentamento (CARMO, HARADA, 2006).

Os fatores responsáveis pelas ações violentas sejam eles derivados de atitudes e comportamentos individuais ou de condições econômicas, sociais, políticas e culturais, podem ser modificados. Evidências de experiências em todo o mundo mostram que é possível prevenir a violência. Essas ações bem sucedidas envolvem tanto ações individuais e comunitárias de pequena escala como políticas nacionais e iniciativas no âmbito do legislativo (DAHLBERG, KRUG, 2006).

As formas de enfrentamento das violências dependem da articulação entre Estado e sociedade, da valorização de uma cidadania participativa e do compromisso com os direitos humanos enquanto componente fundamental de toda sociedade democrática.

Em virtude desta necessidade de articulação e intersetorialidade, o ministério da saúde em articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde tem desenvolvido uma iniciativa importante denominada *"por uma cultura de paz, a promoção da saúde e a prevenção das violências"* (BRASIL, 2009a) pela qual tem promovido, coordenado e financiado ações de vigilância e prevenção através de várias políticas que podem ser alternativas de superação ou minimização do problema da violência contra criança e adolescente dentro da rede de municípios saudáveis.

É preciso reconhecer os avanços alcançados nas últimas décadas em relação à realização dos direitos das crianças assim como do Sistema de Garantia de Direitos. É uma mostra disso a elaboração e aprovação pelo CONANDA do Plano

Nacional pela Primeira Infância, o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária, Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil, a criação e fortalecimento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente e os Fundos para a Infância e Adolescência – FIA, o aumento do número de Conselhos Tutelares, as Delegacias Especializadas da Infância e Juventude), os Centros de Apoio Operacional da Infância e da Juventude (Ministério Público), as Varas e Promotorias da Infância e da Juventude. No entanto, ainda há muito que avançar no estabelecimento de uma ação intersetorial, superando o modo tradicional de se pensar as políticas de infância, que são quase exclusivas dos setores de educação, saúde e assistência social. É necessário incluir outros: cultura, esporte, infraestrutura, desenvolvimento, segurança pública. Assim, o respeito aos direitos humanos, incorporados nas políticas públicas acessíveis a todos, tornam-se um antídoto para a violência (SOUZA, 2008).

8. CONCLUSÕES

Diante da complexidade que é o fenômeno das violações de direitos humanos contra crianças e adolescentes, e do grande impacto que ela tem no crescimento e desenvolvimento infantojuvenil, torna-se imprescindível trabalhar a *prevenção primária*- ações de nível estrutural para promoção da saúde e redução da pobreza e desigualdades, *prevenção secundária*- focalizando em grupos mais vulneráveis e *prevenção terciária*- na atuação qualificada com as vítimas de violência para prevenção de sequelas.

Este estudo se propôs a conhecer a magnitude e as características das diferentes formas de violações de direitos humanos contra crianças e adolescentes residentes nos municípios de Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, Sairé e São Joaquim do Monte.

E apesar desta ser uma região que vem apresentando uma abertura política e social importante para adoção de práticas inovadoras na promoção da saúde através da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, o estudo apresentou resultados preocupantes de violência contra crianças e adolescentes.

Tal como em outros estudos semelhantes, a violência intrafamiliar segue sendo a principal forma encontrada entre os municípios estudados, cometida principalmente por membros da família, em particular a figura materna, através, predominantemente, da negligência e a violência física.

Quanto ao tipo de violência, a negligência e a violência física foram as mais frequentes, padrão que se repetiu em todos os municípios. Considerando todos os tipos de violências, a faixa etária de crianças de 7-14 anos de idade foi a mais atingida por violações com 50,2%, diferenciando-se apenas a negligência que apresentou destaque entre as crianças pequenas de 0-6 anos.

Observou-se um aspecto forte de gênero na caracterização das vítimas, tendo em vista que os tipos de violências atingem de maneiras distintas meninos e meninas. De maneira geral as meninas apresentam-se como principais vítimas das violências ocorridas no âmbito doméstico, como a negligência, convivência familiar inadequada, violência física, abuso e exploração sexual. Já os meninos

apresentaram uma relação com as violências ocorridas em ambitos públicos e de caráter interpessoal, relativos a abandono, trabalho infantil, problemas de comportamento com necessidade apoio psicossocial, drogas e delinquência.

A residência foi o principal local de ocorrência da agressão e as denúncias foram feitas principalmente por membros das famílias da criança e do adolescente, seguido das denúncias anônimas e por último o disque 100 com apenas 0,3%.

Apesar de todos os desafios que isto representa, é fundamental que estes resultados sejam catalisadores para uma articulação entre a RPMS e os atores do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, a fim de encontrar estratégias concretas de enfrentamento às violências através da prevenção, detecção e tratamento adequado dos casos de violações de direitos.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias de promoção da saúde e prevenção às violências contra crianças e adolescentes devem ser dirigidas de uma forma abrangente e sustentável, incluindo fatores culturais, políticos, sociais e financeiros.

Efetivando as políticas de proteção através de mecanismos legais de participação popular para incidir junto aos governos na efetivação dos direitos da criança para que as políticas públicas voltadas a elas respeitem e assegurem o direito de proteção às violências.

Afirmando neste contexto a responsabilidade dos Estados para garantir o cuidado e a proteção das crianças, respeitando, protegendo e cumprindo os seus direitos de proteção descritos na Convenção sobre os Direitos da Criança e outros instrumentos de direitos humanos internacionais.

E considerando o papel dos pais (mães e pais) e outros tutores como os primeiros responsáveis pelo cuidado e proteção de crianças; **fortalecendo e valorizando as capacidades e competências das famílias** na resolução de seus próprios conflitos e problemas para o fomento de ambiente protetor para todas as crianças.

É fundamental também **fortalecer e criar redes locais** de atenção às crianças e suas famílias para a prevenção e combate à violência, espaço este que propicie o diálogo entre sociedade civil e governo, com participação prioritária dos órgãos do sistema de garantia de direitos, a quem compete a defesa e o atendimento direto às crianças e adolescentes. Sendo ainda imprescindível a formação e atualização permanente dos profissionais, educadores sociais e lideranças envolvidos neste processo.

Tão importante quanto o diagnóstico e o **atendimento adequado às vítimas**, é o desfecho dos casos nas Varas da Infância e Juventude e nas Varas Criminais. Isso também contribui para a redução da violência no sentido em que determina medidas de proteção a criança e penaliza o agressor, evitando novas situações de agressões contra a vítima.

E ainda desenvolver estratégias locais integradas do setor de saúde com outros setores governamentais, para cumprimento da **notificação compulsória** e **fortalecimento dos mecanismos populares** de denuncias. Assegurando a implementação do Sistema de informação para a Infância e Adolescência- SIPIA, visando gerar informações, para subsidiar a adoção de decisões governamentais sobre políticas para crianças e adolescentes.

É crucial **fortalecer, criar e explicitar, leis e procedimentos de proteção e prevenção** às violências que recolham as particularidades desta etapa da vida, isto é, seus riscos e vulnerabilidades diferenciadas. A consolidação de uma sociedade em que as crianças estejam livres da violência só será possível mediante uma concepção de proteção integral da infância e da indivisibilidade de seus direitos humanos.

REFERÊNCIAS

ABRASCO, Pró-GT de Promoção da Saúde e DLIS- Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável**.** Delineando um marco conceitual para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Relatório técnico**. Porto Alegre. 2003.

ALBUQUERQUE J.M.; MACHADO, M.C. Saúde em Todas as Políticas: Uma reflexão. Observatório de Relações Exteriores. **Revista Janus**, 2009.

ARENDT, H. **Sobre a Violência**. 3ª edição, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2011.

ASSIS, S.G. Crianças e Adolescentes Violentados: Passado, Presente e Perspectivas para o Futuro. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n.1, p.126-134, 1994.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos.** Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONZAM, M.R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, p. 323-332, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde/** Ministério da Saúde- Secretaria da Atenção à saúde. Brasília, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma Cultura da Paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília, 2009a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes**, 2006-2007. p.13. Brasília, 2009b.

BRASIL. **Plano Nacional de Prevenção e Erradicação ao Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente/** Ministério do Trabalho e Emprego. Brasília, 2004.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional**. Disponível em: <> http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=pe. Acesso em: fevereiro 2013a.

_____. **Portal Brasil**. Disponível em http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/10/mais-de-3-5-milhoes-sairam-da-pobreza-em-2012-diz-ipea. Acesso em: outubro 2013b.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e saúde coletiva,** v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CARMO, C. J.; HARADA, M. J. C. S. Violência física como prática educativa. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 6, p.17-25, 2006.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M.R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p.33-52, 1999.

DAHLBERG L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, p.1163-1178, 2006.

DAVOLI, A.; PALHARES, F.A.B.; CORRÊA-FILHO, H. R.; DIAS, A. L. V.; ANTUNES, A.B.; SERPA, J.F.; SCHINCARIOL, P. Prevalência de Violência Física Relatada contra Crianças em uma População de Ambulatório Pediátrico. **Cad. Saúde Pub**., v. 10, n. 1, p. 92-98, 1994.

D'AGOSTINO; R. **Negligência familiar lidera ranking de violações nos conselhos tutelares**. Disponível em http://g1.globo.com/brasil/noticia/2014/04/negligencia-familiar-lidera-ranking-de-violacoes-nos-conselhos-tutelares.html. Acesso em 17/09/2014.

DREZZET, J.; CABALLERO, M.; JULIANO, I.; PRIETO, E.T.; MARQUES, J.A.; FERNAMDES, C.E. Estudos de mecanismos e fatores relacionados com abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2001.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE-ECA**. Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990.

FONSECA, R.G.M.S.; EGRY, E.Y.; NÓBREGA, C.R.; APOSTÓLICO, M.R.; OLIVEIRA, R.N.G. Reincidência da violência contra crianças no município de Curitiba: um olhar de gênero. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, 2012.

FORUM NACIONAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE-FNDCA**. Relatório Crianças e Adolescentes em Dados e Estatísticas**. Brasil, 2011.

FRANCO DE SÁ, R. et. al. **Municípios Saudáveis e Inclusão Social no Nordeste do Brasil: conceitos, metodologias e relações institucionais**. Recife, 2006.

_____. **Caderno de Formação de Promotores de Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde**, 2007.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 315-319, 2002.

LEFÈVRE, Fernando. Violaçäo e violência: resgatando a violaçäo como fato cultural. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**.; v.2, n.2, p.36-42,1992.

LINS, M.Z.S. **Avaliação do Sistema de Informação para Infância e adolescência (SIPIA), com foco na notificação de violência sexual na Região metropolitana de Fortaleza**, no período de 1997 a 2007. Rio de Janeiro, 2008.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, 2009a.

_____. Negligência e abandono de crianças e adolescentes: análise dos casos notificados em município do Paraná, Brasil. **Pediatria** (São Paulo), v.31, n.3, p.186-97, 2009b.

_____. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, 2009.

MEDRONHO, R.A.; WERNECK G.L.; PEREZ A.M. **Epidemiologia**. 2ª ed. RJ: Atheneu, 2009.

MELO, D.L.B.; CANO, I.G. **Índice de homicídios na adolescência: IHA 2009-2010. Rio de Janeiro: Observatório de Favelas**, 2012.

MELO FILHO, D.A; FRANCO DE SÁ, R.; CHUMA, J. **Avaliação do capital social nas áreas de atuação do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Felix, Sairé e São Joaquim do Monte**. Edições Bagaço, 2007.

MINAYO, M. C. S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n.1, p.07-18, 1994.

_____. **Violência, um problema para a saúde dos brasileiros**: introdução. In: Souza ER, Minayo MCS, organizadores. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 9-33, 2005.

_____. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, p.1259-1267, 2007.

_____.Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.1, n.2, p.91-102, 2001.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E. R. 'Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva'. **História, Ciências, Saúde— Manguinhos***,* v.4, n.3, p.513-531, 1998.

NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; GOMES,R.; MINAYO, M.C.S. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, p.1313-1322, 2007.

Observatório Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente- OBS. Disponível emhttp://www.obscriancaeadolescente.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=702&Itemid=143. Acesso em 18/09/2014.

OLLILA, E.; BAUN, F.; PENA, S. **Introduction to Health in All Policies and the analytical framwork of the book.** In: LEPPO,K. et al. Healthin All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO-OIT. **Infância e Adolescência Prevenida da Exploração Sexual na Tríplice Fronteira Argentina-Brasil-Paraguai**, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprender com as experiências anteriores. **Genebra: Comissão sobre determinantes sociais da saúde**, 2005.

POIRIER, M. **Prevenção à violência contra crianças e adolescentes: um compromisso de todos nós**. In: Violência faz mal à saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

ROSSATO, L.A.; LÉPORE, P.E.; SANCHES, R.C. **Direito Internacional dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente**. In: Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: Lei 8.069/1990: artigo por artigo. 5ª edição, revisada, atualizada e ampliada. São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 2013.

SAMAJA, J. **A Reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida**. Casa da Qualidade Editora, 2000.

SCOT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Recife, SOS Corpo, 1991.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO-SDH. **Plano de Reordenamento do Sistema Socioeducativo do Estado de Pernambuco 2010-2015**. Governo do Estado de Pernambuco, 2010.

SOUZA, E.R.; ASSIS, S.G. Mortalidade por violência em crianças e adolescentes do Município do Rio de Janeiro**. J Bras. Psiquiatria**. 1996.

SOUZA, L.A.F. Violência, poder e direitos humanos. **Universidade de São Paulo**, 2008.

TAVARES DOS SANTOS, J. V. A violência como dispositivo de excesso de poder. **Revista Sociedade & Estado**. v.10, n. 2, p. 281-98, 1995.

TRANCOSO, A. E. R. **Impacto em capital social através de programas de microcrédito: construção de indicadores de avaliação e monitoramento**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Administração de Organizações Não Governamentais). Recife, St. Davids/PA/USA: World Vision / Eastern University, 2004.

UNICEF. **A convenção sobre os Direitos da Criança**: Para todas as crianças saúde, educação, igualdade e proteção, 2004.

_____. **Violência Doméstica contra crianças e adolescentes: Um cenário de (des)construção**, 2005.

_____. **Celebrando 20 anos da Convenção sobre os Direitos das Crianças**. Fundo das Nações Unidas para Infância. Brasília, 2009a.

_____. **O direito de aprender: potencializar avanços e reduzir desigualdades**. Fundo das Nações Unidas para Infância. Brasília, 2009b.

_____. Situação Mundial da Infância. **Adolescência: uma fase de oportunidades**. Caderno Brasil, 2011.

VENDRÚSCULO, T.S.; RIBEIRO, M.A.; ARMOND, L.C.; ALMEIDA, E.C.S.; FERRIANE, M.G.C. As políticas sociais e a violência: uma proposta de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.12, n.3, p.564-567, 2004.

VISÃO MUNDIAL BRASIL. **Estudo sobre as Políticas Públicas de Proteção à Saúde Infantil e Materna no Brasil: Um olhar especial sobre os filhos das mães adolescentes**, 2011.

APENDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº do Caso:_____ **Mês**: ____ **Ano**: 2012 **Nº de Registro no Conselho**:____

<table>
<tr>
<td rowspan="2">Município:

(1) Barra de Guabiraba
(2) Bonito
(3) Camocim de São Félix
(4) Sairé
(5) São Joaquim do Monte</td>
<td>Idade (em meses/anos completos):

_____</td>
<td rowspan="2">Relação com o Agressor:

(1) Pai
(2) Padrasto
(3) Mãe
(4) Madrasta
(5) Irmãos
(6) Primos
(7) Tios
(8) Vizinhos
(9) Amigos/Conhecidos
(10)Namorado
(11)Desconhecidos
(12)Não Informado
(13)Outros_____
(14)Não se Aplica</td>
</tr>
<tr>
<td>Local de Ocorrência:

(1) Residência
(2) Escola
(3) Praças
(4) Mato
(5) Não se aplica
(6) Não informado
(7) Outros_____</td>
</tr>
<tr>
<td>Sexo da vítima:

(1) Masculino
(2) Feminino
(3) Não informado</td>
<td>Escolaridade da Criança/Adolescente:

(1) Educação Infantil/Creche
(2) Até o ensino fundamental completo ou incompleto
(3) Até o ensino médio completo ou incompleto
(4) Não informado
(5) Não se aplica</td>
<td rowspan="2">Tipo de Violação:
(1) Falta de vagas na educação
(2) Atendimento especializado na educação
(3) Atendimento especializado na saúde
(4) Violência Institucional
(5) Certidão de nascimento
(6) Miserabilidade
(7) Atendimento especializado no tratamento de Drogadição
(8) Atendimento especializado no tratamento Psicossocial
(9) Não acesso à convivência familiar
(10) Convivência familiar inadequada
(11) Desaparecimento
(12) Abandono
(13) Negligência
(14) Violência física
(15) Violência psicológica
(16) Abuso sexual
(17) Exploração Sexual Comercial
(18) Trabalho Infantil
(19) Atendimento a serviços socioeducativos
(20) Atendimento para reconhecimento Paterno
(21) Atendimento relacionado à pensão alimentícia.
(22) Outros</td>
</tr>
<tr>
<td>Sexo do Agressor[a]:

(1) Masculino
(2) Feminino
(3) Não informado
(4) Não se aplica</td>
<td>Denunciante:

(1) População
(2) Criança/Adolescente
(3) Polícia
(4) Escola
(5) Família
(6) Disk-100
(7) Anônimo
(8) Outros_____
(9) Ignorado</td>
</tr>
</table>

APENDICES B- CARTAS DE ANUENCIA

Carta de Anuência

Declaro para os devidos fins, que concordamos com a realização da pesquisa intitulada **"Violações de Direitos Humanos entre Crianças e Adolescentes residentes entre cinco municípios da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis"** pela pesquisadora **Kariná de Paulo Lira**, sob a orientação da Profª Doutora **Ronice Maria Pereira Franco de Sá**, sendo este requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Saúde/UFPE.

De acordo com a pesquisadora, os dados trabalhados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo seres humanos, sendo utilizados tão somente para a realização deste estudo e posterior publicação.

Recife, 03 de maio de 2013

Atenciosamente,

Leonardo Bezerra da Silva
Promotor de Justiça

1ª Promotoria de Justiça coma atribuições na curadoria da Infância e Juventude-

Município de Bonito-PE

Carta de Anuência

Declaro para os devidos fins, que concordamos com a realização da pesquisa intitulada **"Violações de Direitos Humanos entre Crianças e Adolescentes residentes entre cinco municípios da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis"** pela pesquisadora **Karina de Paulo Lira**, sob a orientação da Profª Doutora **Ronice Maria Pereira Franco de Sá**, sendo este requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Saúde/UFPE.

De acordo com a pesquisadora, os dados trabalhados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo seres humanos, sendo utilizados tão somente para a realização deste estudo e posterior publicação.

Recife, 07 de fevereiro de 2013

Atenciosamente,

Vara da Infância e Juventude- Município de Camocim de São Félix

Clélio Farias Guerra
Juiz de Direito
Mat.177.359-3

Carta de Anuência

Declaro para os devidos fins, que concordamos com a realização da pesquisa intitulada **"Violações de Direitos Humanos entre Crianças e Adolescentes residentes entre cinco municípios da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis"** pela pesquisadora **Karina de Paulo Lira**, sob a orientação da Profª Doutora **Ronice Maria Pereira Franco de Sá**, sendo este requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Saúde/UFPE.

De acordo com a pesquisadora, os dados trabalhados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo seres humanos, sendo utilizados tão somente para a realização deste estudo e posterior publicação.

Recife, 03 de maio de 2013

Atenciosamente,

Luciano Bezerra da Silva
Promotor de Justiça

1ª Promotoria de Justiça coma atribuições na curadoria da Infância e Juventude-
Município de Barra de Guabiraba-PE

Carta de Anuência

Declaro para os devidos fins, que concordamos com a realização da pesquisa intitulada **"Violações de Direitos Humanos entre Crianças e Adolescentes residentes entre cinco municípios da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis"** pela pesquisadora **Karina de Paulo Lira**, sob a orientação da Profª Doutora **Ronice Maria Pereira Franco de Sá**, sendo este requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Saúde/UFPE.

De acordo com a pesquisadora, os dados trabalhados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo seres humanos, sendo utilizados tão somente para a realização deste estudo e posterior publicação.

Sairé, 17 de junho de 2013

Atenciosamente,

CIENTE
Sairé, 20/07/2013
Ronaldo Roberto Lira Silva
Promotor de Justiça

1ª Promotoria de Justiça coma atribuições na curadoria da Infância e Juventude-

Município de Sairé-PE

Carta de Anuência

Declaro para os devidos fins, que concordamos com a realização da pesquisa intitulada **"Violações de Direitos Humanos entre Crianças e Adolescentes residentes entre cinco municípios da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis"** pela pesquisadora **Karina de Paulo Lira**, sob a orientação da Profª Doutora **Ronice Maria Pereira Franco de Sá**, sendo este requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Saúde/UFPE.

De acordo com a pesquisadora, os dados trabalhados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo seres humanos, sendo utilizados tão somente para a realização deste estudo e posterior publicação.

Recife, 22 de novembro de 2013

Atenciosamente,

Fabíola Michele Moura
Juíza Substituta em exercício cumulativo em São Joaquim do Monte

Juíza da Infância e Juventude do Município de São Joaquim do Monte - PE

APENDICE C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ETICA

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES RESIDENTES ENTRE CINCO MUNICÍPIOS DA REDE PERNAMBUCANA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS,2012.

Pesquisador: Karina Lira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16101614.3.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 528.700

Data da Relatoria: 19/02/2014

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Continuação do Parecer: 528.700

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de ¿Notificação ¿ e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 12 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br