



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA NICE DUTRA DE OLIVEIRA

**SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:  
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA,  
FEIRA DE SANTANA/BA**

FEIRA DE SANTANA - BA  
2010

MARIA NICE DUTRA DE OLIVEIRA

**SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:  
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA,  
FEIRA DE SANTANA/BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:** Professora Pós-Doutora  
Maria Conceição Oliveira Costa

**Co-orientador:** Professor Doutor Carlito  
Lopes Nascimento Sobrinho

FEIRA DE SANTANA - BA  
2010

## Ficha Catalográfica

M332 Oliveira, Maria Nice Dutra de

Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente: estrutura e organização no enfrentamento da violência, Feira de Santana-BA / Maria Nice Dutra de Oliveira. - Feira de Santana, 2010.

84 f.:il.

Orientadora: Maria Conceição Oliveira Costa

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana/Bahia, 2010.

1. Violência. 2. Criança e Adolescente. 3. Sistema de Garantia de Direitos. I. Costa, Maria Conceição Oliveira. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título

CDU: 614

MARIA NICE DUTRA DE OLIVEIRA

**SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:  
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA,  
FEIRA DE SANTANA/BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Epidemiologia  
Feira de Santana, 25 de março de 2010.

**BANCA EXAMINADORA**

Profª Drª Maria Conceição Oliveira Costa  
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Profª Drª Edinilsa Ramos de Souza  
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz  
CLAVES/FIOCRUZ

Profª Drª Ceci Vilar Noronha  
Universidade Federal da Bahia – UFBA

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pelo bem maior, que é a vida, por ter saúde, fé, humildade e forças para partilhar novos horizontes!

Agradeço a Deus pelo filho maravilhoso, **Marcos Brenno**, companheiro, razão do meu viver, sempre partilhando do processo da minha vida: AMO!

Agradeço a Deus ter uma supermãe, **Rita**, sempre pedindo a Deus que nos proteja em todas às horas: AMO! Dedico esta conquista a meu pai, **Armênio**, saudades eternas! Agradeço à minha irmã **Vera**, insubstituível, de coração bondoso, AMO! Aos meus **irmãos**, sempre presentes na minha vida! Junto a eles, as **cunhadas**, desejando sempre o meu sucesso! E deles ainda, as minhas queridas **sobrinhas** e **sobrinhos**: ADORO!

Agradeço a Deus pelos **amigos** que me acolheram, sempre prontos a dar uma palavra de apoio, verdadeiros anjos da guarda a me guiar! **Pepeu** e **Alba**, **Ana Claudia**, **Sumaya** e **Camila Amorim**, **Maria do Carmo**, **Tatiane**, minha comadre **Marília**, **Jefferson**, **Cristiane**, **Luciana**, **Geovanna**, **Zenilda**, **Adriana**, **Joana**, **Túlio**, **Ana Virgínia**, **Washington**, **Ivanilda**, **Marina**, **Marcele**, **Lena** e família, **Tiago** e família, **Irailsa** e família, **Ana Rita**, **Mary Diva**, **Dora**, **Ana** e **Geraldo**, **Socorro** e **Marquinhos** (amigos queridos!).

Agradeço a Deus por minha orientadora, Dr<sup>a</sup> **Maria Conceição Oliveira Costa**, pela incansável busca do conhecimento, pela sua dedicação, muito obrigada por TUDO!

Agradeço a Deus pelos **queridos** colegas: **Magna**, **Roberto**, **Eder**, **Nayara**, **Ilva**, **Camila Porto**, **Nélia**, **Clóvis**, **Liane**, **Rebeca**, **Samara** e, em especial a **Karina** (pela presença constante nas horas difíceis!).

Equipe **NNEPA**: **Brena**, **Jackeline**, **Ohana**, **Mariana**, **Milena**, **Mona Lisa**, **Thyanna**, **Vanessa**, **Clarice**, **Heloísa** (todas inesquecíveis!) e **Camila Souza** (minha colega, amiga e meu anjo protetor!).

Aos **queridos** professores: **Rosely** e **Nilma** (especiais!), **Juliana**, **Karine**, **Jamilly**, **Jeidson**, **Zannety**, **Waldelene** (carinhosos sempre!)... e em especial, **KIONNA**, muito obrigada por tudo!

Aos **queridos** funcionários da UEFS: **Gorete**, **Jorge**, **Siomara** e **Luiza**, obrigada!

Aos professores: **Carlito Sobrinho, Conceição Costa, Edna Maria, Tânia Araújo, Nelson Oliveira, Ângela Nascimento, Marluce Assis, Marinalva Lopes, Niljay Patel, Maura Almeida, Rosely Carvalho e Davi Félix**, fontes inesgotáveis de conhecimento, muito obrigada!

Agradeço a Deus, especialmente pelos **coordenadores e profissionais** do **Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente de Feira de Santana** que entrevistei e com respeito e confiança contribuíram diretamente com esta pesquisa, muito obrigada!

**SENHOR**, obrigada por mais uma etapa concluída na minha vida!

*E ainda se vier noites traiçoeiras,  
Se a cruz pesada for Cristo estará contigo.  
O mundo pode até fazer você chorar,  
Mas Deus te quer sorrindo.*

Carlos Papae

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS Ad	Centro de Assistência Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Assistência Psicossocial Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CT	Conselho tutelar
DEAM	Delegacia Especializada da Mulher
DERCCA	Delegacia Especializada de Repressão aos Crimes contra Crianças e Adolescentes
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NNEPA	Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAIR	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro
PESTRAF	Pesquisa Nacional de Tráfico de Mulheres e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
SDH	Secretaria de Direitos Humanos
SIPIA	Sistema de Informação Para a Infância e a Adolescência
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UNICEF	The United Nations Children's Fund



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Características da estrutura e organização das Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos, Feira de Santana/BA, 2010.	57
<b>Tabela 2</b>	Fluxo Intra-setorial e Interinstitucional de atendimento das Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos, Feira de Santana/BA, 2010.	58
<b>Tabela 3</b>	Características sociodemográfica e ocupacional dos técnicos das Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos, Feira de Santana/BA, 2010.	60
<b>Tabela 4</b>	Capacitação, atuação profissional, contra-referência, reuniões entre instâncias e conhecimento pelos técnicos das atribuições normativas das Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, Feira de Santana/BA, 2010.	61

## LISTA DE GRÁFICO

- Gráfico 1** Entidades parceiras e tipo de ações desenvolvidas com as parcerias nas Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos em Feira de Santana/BA, 2010. 59

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>14</b>
2.1	<b>Violências contra crianças e adolescentes: Aspectos conceituais e históricos</b>	<b>14</b>
2.1.1	Tipos de Violência	17
2.2	<b>Direitos da Criança e do Adolescente: Legislação no século XX</b>	<b>20</b>
2.3	<b>Sistema de Garantia de Direitos: Defesa, Promoção e Controle</b>	<b>25</b>
2.4	<b>Políticas públicas de enfrentamento e prevenção da violência contra criança e o adolescente e o papel das redes sociais</b>	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>34</b>
3.1	<b>Objetivo Geral</b>	<b>34</b>
3.2	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>35</b>
4.1	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>35</b>
4.2	<b>Campo de Pesquisa</b>	<b>35</b>
4.3	<b>População Alvo</b>	<b>36</b>
4.4	<b>Período do estudo</b>	<b>37</b>
4.5	<b>Fontes e Instrumentos de coleta de Dados</b>	<b>37</b>
4.6	<b>Variáveis do estudo</b>	<b>37</b>
4.7	<b>Coleta de Dados</b>	<b>40</b>
4.8	<b>Análise dos Dados</b>	<b>41</b>
4.9	<b>Aspectos Éticos</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>ARTIGO: SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA, FEIRA DE SANTANA/BA</b>	<b>42</b>
	<b>Resumo</b>	<b>43</b>
	<b>Abstract</b>	<b>44</b>
	<b>Introdução</b>	<b>45</b>
	<b>Método</b>	<b>47</b>
	<b>Resultados</b>	<b>49</b>
	<b>Discussão</b>	<b>50</b>

	<b>Conclusões</b>	55
	<b>Tabela 1</b>	57
	<b>Tabela 2</b>	58
	<b>Gráfico 1</b>	59
	<b>Tabela 3</b>	60
	<b>Tabela 4</b>	61
	<b>Referências</b>	62
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	65
	<b>REFERÊNCIAS</b>	67
	<b>APÊNDICE A</b>	74
	FORMULÁRIO DO COORDENADOR	75
	FORMULÁRIO DO PROFISSIONAL	79
	<b>ANEXO 1 - OFÍCIO DE APROVAÇÃO DE PESQUISA PELO CEP</b>	83

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A violência é um fenômeno social, resultado de culturas estabelecidas ao longo da história que permeia, sobretudo, as populações consideradas vulneráveis. Os índices de morbimortalidade apontam a violência como um dos maiores problemas de saúde pública em nível mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

No Brasil esta constatação não é diferente, onde o Ministério da Saúde aponta as causas externas (acidentes e violências) como a primeira causa de mortalidade em crianças a partir de um ano de idade até a adolescência e a terceira maior causa na população geral (BRASIL, 2008).

A violência do tipo intrafamiliar vitimiza milhares de crianças e adolescentes por ano e se expressa nas formas de agressão física, abuso sexual, negligência e abuso psicológico por parte das pessoas de sua convivência. Costuma prolongar-se, uma vez que a família tende a ocultar ou silenciar o ato de violência, seja pela cumplicidade dos adultos e/ou pelo medo que tem de denunciar o abusador, o que poderá causar atraso nos cuidados e a subnotificação dos casos (PIRES et al., 2005; ALGERI; SOUZA, 2006).

A família é o grupo social básico do indivíduo, também chamado de elemento-chave de proteção, cuja função e estrutura são determinantes no desenvolvimento infanto-juvenil. Entretanto, os estudos têm revelado que o ambiente familiar é o lócus privilegiado da violência infligida pelos pais, parentes ou responsáveis, sob as mais diversas formas deste evento (BRITO et al., 2005; COSTA et al., 2007).

Aliados a isto, observam-se significativas mudanças na dinâmica familiar e na estrutura considerada tradicional, como a redução dos seus elementos, fragilizações dos laços matrimoniais e arranjo monoparental. Faz-se necessário resgatar os valores da afetividade ainda encontrados nas relações familiares, dando ênfase à proteção integral dos seus componentes, permanecendo como espaço privilegiado de socialização e lugar de iniciação de cidadania.

A violência constitui uma temática complexa, ampla e de origem multifatorial, envolvendo diferentes atores e contextos sociais. Segundo Minayo (2003) a violência não pode ser confundida como ato de 'delinqüência', mas como resultado de um processo cultural de desvalorização do ser e das relações humanas. Apesar

de uma legislação brasileira fortalecida, este evento se apresenta, ainda, como um desafio para a família, o Estado e a comunidade, considerando os agravos no desenvolvimento biopsicossocial e possíveis conexões com outras formas de riscos (SOUZA; MELLO-JORGE, 2005).

A Declaração Universal dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1959, ampliou os direitos humanos aplicáveis à população infantil em nível mundial e influenciou positivamente nos instrumentos com bases legais, em nível nacional. Outra importante contribuição para a legislação brasileira foi integrada pelas Organizações Não-Governamentais (ONGs) e a sociedade civil, com apoio da igreja, que desencadeou o processo de reivindicações como o Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua (MNMNR) de São Bernardo do Campo - SP, criado em 1985, com o compromisso de lutar pela garantia dos direitos da criança e do adolescente em situação de pobreza e marginalidade social (BRASIL, 2000).

Estes movimentos sociais tiveram presença efetiva na histórica conquista, quando inscreveram a proposta da inclusão do artigo 227 e 228, na Constituição Federal (CF), promulgada em 30 de outubro de 1988, que prevê direitos sociais revelados em deveres do Estado, através de políticas públicas, assim expressa: “O Estado assegurará a assistência à família e a cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (CF/88, capítulo VII, art. 226, parágrafo 8), base para a elaboração do Estatuto e por fim, reforçada pela Convenção Internacional dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU, 1989) estabelecendo normas aos países que formalizassem a adesão, conferindo a força de acordo internacional (BRASIL, 2000).

Com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, veio a consagração desses, como sujeitos de direitos, respeitando a fase peculiar de desenvolvimento. Foi propondo uma nova gestão dessas prerrogativas, através da explicitação de um Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) que atende ao cumprimento do Artigo 86 do Estatuto, através de um conjunto articulado de ações nos três níveis governamentais, órgãos não-governamentais e a sociedade (GARCIA, 1999).

Norteando o SGDCA, o artigo 87/ECA apresenta-se com as linhas de ações através de políticas sociais básicas; políticas e programas de assistência social; serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de violência e a proteção

jurídico-social por entidades de defesa dos direitos. Logo depois vem o artigo 88, que apresenta as diretrizes da política de atendimento, a partir da municipalização; cria os Conselhos e propõe a integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança de Pública e Assistência Social, dentre outras medidas. O Sistema de Garantia de Direitos tem os seus pilares na perspectiva do Estado democrático, nas relações de poder horizontalizadas, considerando e visando o reconhecimento do protagonismo de crianças e adolescentes enquanto cidadãos.

O presente trabalho integra um Projeto de Pesquisa mais amplo, intitulado: “Violência(s) contra crianças e adolescentes: experiência e atuação de Instâncias que integram Sistemas Públicos de Saúde, Educação e Garantia de Direitos”, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência - NNEPA\UEFS. Neste estudo, em específico, será abordada a perspectiva dos profissionais das Instâncias que integram o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, pois representam a porta de entrada nos encaminhamentos dos casos de violência e o principal elo entre os atores envolvidos nessa problemática.

Este estudo vislumbra contribuir para políticas e práticas em serviço, refletir sobre o desempenho profissional, atendimento e acompanhamento às crianças e adolescentes e suas famílias e subsidiar os órgãos de proteção sugerindo a realização de novas pesquisas relacionadas à violência em grupos específicos, em Feira de Santana/BA e região, sobre diferentes determinantes da temática. Pretende-se retribuir socialmente através de capacitação dos profissionais, nas áreas de promoção, prevenção e intervenção, visando o resgate e a mobilização de valores éticos que garantam os direitos e a dignidade perante o indivíduo, a família e a comunidade, condizentes com a realidade local, nas diversas perspectivas da Rede de enfrentamento.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Violências contra crianças e adolescentes: Aspectos conceituais e históricos

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), violência é definida como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

O vocábulo violência, deriva da palavra *vis*, do latim, o qual significa força, que se refere a conflitos de autoridade, a luta pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens (BRASIL, 2005).

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno biopsicossocial complexo devido a sua heterogeneidade, presente em todas as esferas das relações sociais e interpessoais, que decorre de problemas políticos, econômicos, éticos e psicológicos (MINAYO, 2005).

No Brasil, desde a colonização, grupos específicos como crianças, mulheres e negros eram tidos como classes excludentes. No século XVI, os jesuítas eram responsáveis pela colonização dos índios e introduziram o castigo e ameaças para que fossem catequizados, já que nos costumes indígenas não se castigava os próprios filhos e sim os filhos dos inimigos, aonde chegavam a praticar canibalismo (PIRES, 2005).

Em São Paulo, 1824, a Santa Casa de Misericórdia desenvolveu um procedimento chamado “Método da Roda” ou “Roda dos Expostos”, com o objetivo de recolher as crianças, cujas mães solteiras, viúvas e pobres que não podiam criá-las, assim sendo a instituição arranjavam uma família substituta para elas, evitando assim, o abandono e o infanticídio. Este método, de origem italiana, se instalou em vários estados brasileiros (LEME, 2002).

Em 1973, através da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo foi descrita pela primeira vez em literatura nacional, um caso de espancamento infantil e posteriormente, o radiologista Armando Amoedo descreveu



mais cinco casos. Nos anos 80, Viviane Nogueira de Azevedo Guerra escreveram o primeiro livro, intitulado: “Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas” (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Nas décadas de 80 e 90, visualizou-se o fenômeno da violência, através dos indicadores de mortalidade por causas externas (homicídios, acidentes de trânsito, suicídios), com graves conseqüências para o campo da Saúde Pública, traduzidas nos dados estatísticos de morbimortalidade da Classificação Internacional de Doenças (CID - 10) na categoria denominada “Causas Externas”. Em 2000, as taxas de mortalidade por causas violentas na população geral foram de 48,15/100.000 e entre os jovens de 74,42/100.000 habitantes (WAISELFISZ, 2004).

Na última década do século XX, morreram 211.918 crianças e adolescentes brasileiras por causas externas (acidentes e violências), e esses números se tornaram alarmantes quando foram comparados aos 146.824 óbitos por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) no mesmo grupo populacional e no mesmo período. Nesta população, há um ponto de convergência que são as características socioeconômicas, descrevendo um perfil de baixa escolaridade e renda, negros e residentes nas periferias dos grandes centros urbanos (BRASIL, 2005).

As taxas de morbidade por violência podem ser conhecidas por diversas fontes de informações implantadas pelo Estado, através do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS); Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS); Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), que é o monitoramento contínuo do Conselho Tutelar; Boletins de Ocorrência (BO) e inquéritos; Serviços Sentinela de Violências e Acidentes que integram a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Mesmo assim, não é possível abranger todo o território nacional, o panorama da morbidade por violência é ainda subestimado e invisível, devido à subnotificação, o que impossibilita conhecer os atores envolvidos e a magnitude do problema (MARTINS; MELLO JORGE, 2009).

A Organização Mundial de Saúde adota a teoria baseada no Modelo Ecológico, que considera a violência como produto de múltiplos fatores de influência no comportamento do indivíduo, com suas particularidades no *nível individual*, aumentando a probabilidade de ser vítima ou perpetrador da violência; no *nível relacional*, onde há a interferência negativa nas relações mais próximas e no *nível societal* – normas culturais que apóiam a violência como um meio aceitável de

resolver conflitos. Desta forma, este modelo se mostra mais amplo quanto ao indivíduo e suas relações com a comunidade e com a sociedade, na conjuntura onde as relações sociais se solidificam (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; BARCELOS, 2006).

Buscando compreender o fenômeno, Azevedo e Guerra (1999) apresentaram o Modelo Multicausal, utilizado internacionalmente, para compreensão da violência doméstica, de maneira mais dinâmica, como produto de uma série de relações entre as pessoas e nos âmbitos individual, familiar, histórico-cultural, societal, político e econômico. Assim, o modelo considera a trajetória de vida do indivíduo, dos pais e a estrutura familiar, avalia as inter-relações entre o sistema político, socioeconômico, cultural e religioso, influenciando o cotidiano desta família (BARCELLOS, 2006).

A intervenção interdisciplinar pode ser incorporada a este modelo, como componente de ações articuladas: saber que a família que vivencia a violência apresenta um padrão relacional, emocional, estrutural e um cotidiano particular, únicos; que todos os membros da família devem estar envolvidos no tratamento e que sejam atendidos por profissionais competentes, comprometidos e defensores da causa da criança e do adolescente. O empenho em dissolver o ciclo vicioso e substituí-lo por um modelo mais justo e solidário é um processo que requer ação de uma equipe interdisciplinar e certamente, de toda a sociedade (ELSEN, 2004; BARCELOS, 2006).

O assunto é alvo de preocupação da área da saúde, primeiramente porque dentro do conceito ampliado de saúde, tudo o que significa agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade da existência faz parte do universo da saúde pública. Em segundo lugar, a violência, num sentido mais restrito, afeta a saúde e produz frequentemente, a morte. Exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas de serviços peculiares ao setor. Como afirma um dos importantes documentos da Organização Pan-Americana da Saúde (1994), onde considera que a violência adquiriu caráter endêmico, portanto convertido em problema de saúde pública em vários países.

### 2.1.1 Tipos de violência

A violência é classificada quanto ao seu agressor, como *auto-infligida*, quando o indivíduo comete os atos contra si mesmo (automutilação e os suicídios); a *interpessoal* e a *coletiva*. A violência interpessoal pode ser classificada em *familiar* ou *conjugal*, associada a algum grau de parentesco e a violência *comunitária*, envolvendo pessoas sem parentesco, mas que faz parte do convívio social ou das instituições freqüentadas pela criança ou adolescente.

A violência *coletiva* por sua vez é subdividida em violência *social*, a qual é cometida por grupos organizados, grupos terroristas e violências de massa; violência *política* incluindo guerras e atos violentos afins, praticada pelo Estado ou grupos maiores; e por último a violência *econômica*, praticada com fins lucrativos ou sob a forma de privação de serviços constitucionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Dentre as diversas formas de violência coletiva, a mais comum é aquela que ocorre pela desigualdade social e se expressa em três principais formas entre as crianças e adolescentes que vivem nas ruas; as que trabalham para sobreviver e sustentar as famílias e as que se encontram institucionalizadas, com privação de liberdade por envolvimento com atos infracionais, tornando-se assim, a base para outros tipos de violência (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006; MARTINS, 2008).

Na violência interpessoal destaca-se a intrafamiliar, que se constitui como “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família”. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família. É denominada violência doméstica, que é distinta da intrafamiliar por incluir outros membros, sem parentesco, mas que coabitam no mesmo domicílio (BRASIL, 2001). Descritas da seguinte maneira:

A *violência física* é considerada como o tipo mais fácil de ser verificada, por deixar marcas visíveis no corpo da vítima. O domicílio aparece como privilegiado para tais práticas, sendo em geral perpetrados pelos próprios pais, responsáveis, parentes ou pessoas próximas, a partir de atos violentos de vários graus de gravidade.

Dentre os pais, a mãe aparece como maior agressora de seus filhos, provavelmente por dedicar maior tempo a sua educação, para a qual o abuso físico

continua sendo culturalmente, uma forma disciplinar, através da punição corporal. Pode ser manifestada de várias formas como tapas, empurrões, castigos repetidos, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamentos, lesões por armas ou objetos, dentre outros (BRASIL, 2001; ASSIS; DESLANDES, 2005).

Diversas manifestações clínicas são indicadoras de maus-tratos físicos: equimoses e marcas de espancamento em vários estágios de cicatrização, queimaduras em forma do objeto utilizado, lesões por marcas de imobilização, múltiplas fraturas em vários estágios de consolidação e relatos não condizentes com os achados.

A *violência psicológica* apresenta-se como a exposição da criança ou do adolescente a modelos de condutas desviantes, como racismo, agressividade, repressão sexual, afastamento social, assim como, o não reconhecimento destes como sujeitos sociais, portadores de direitos, constitui nos seus diversos aspectos, em agressões psicológicas (MINAYO, 2002). As formas mais praticadas são de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, ameaças, chantagens, aterrorizar, corromper, ridicularizar, apelidos depreciativos, intimidação, agressões verbais, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto.

Pode trazer graves danos ao desenvolvimento físico, emocional, sexual e social da criança e do adolescente, que podem se expressar através de conseqüências orgânicas e comportamentais, como obesidade, anorexia, afecções da pele, enurese noturna, distúrbios do sono e dificuldades da fala. Os efeitos comportamentais são evidenciados através de extrema timidez ou agressividade, isolamento, baixa auto-estima, depressão profunda, idéia e/ou tentativa de suicídio, insegurança, entre outros (BRASIL, 2005).

A *negligência* consiste em não proporcionar à criança ou adolescente os recursos essenciais ao seu desenvolvimento físico, emocional e social (BRASIL, 2002). Compreendidos como privação de medicamentos, descuido com a higiene, ausência de proteção contra o frio, calor, seca e enchentes, ausência de moradia digna, enfim, condições mínimas de sobrevivência e atenção às necessidades básicas de afeto, alimentação, educação, supervisão e cuidado são exemplos clássicos de negligência familiar (SOUZA; MELLO JORGE, 2005).

Pode ser classificada como severa e moderada. Sendo que, nas formas severas nunca são providenciadas as necessidades básicas e há ausência de

proteção, com risco de vida e nestes lares pode haver a presença de uso de álcool, drogas, quadros psiquiátricos e retardos mentais por parte dos responsáveis. O abandono também é considerado uma forma extrema de negligência. Já nos casos moderados, a negligência se apresenta em menor escala que a anterior, mas se caracteriza por lapsos nos cuidados com a criança e o adolescente (NEUMAN, 2002; BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde conceitua o *abuso sexual* como “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente”, tendo por intenção utilizar os mesmos como objeto gratificante de satisfação sexual. O abuso sexual deve ser entendido como uma circunstância de transgressão excessiva de limites pelo abusador, aniquilando direitos humanos e interferindo no nível de desenvolvimento da vítima (BRASIL, 2002).

Como sinais sugestivos de abuso sexual infantil, são descritos: equimoses, sangramento, lacerações ou irritações na genitália externa, ânus, boca ou orofaringe, roupas íntimas rasgadas ou com presença de sangue, dor à micção, edema ou prurido na região anal, corrimento peniano, doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias recorrentes, presença de esperma, odor incomum na área genital (CUNHA, 2007).

Uma das principais características dos casos de violência sexual é ser cumulativa, isto significa que ela também sofreu violência física, já que o seu corpo foi violado e a psicológica (ameaçando para não contar o fato) presente nestas situações, prejudicando o desenvolvimento psíquico e provocando conseqüências drásticas nas relações familiares e sociais.

Esta forma de violência nem sempre é diagnosticada ou sequer consegue obter a denúncia, envolvidos com sentimentos de culpa, constrangimento; na maioria é praticada por pessoas próximas à vítima (pai, irmãos e padrastos), por isso fazem um chamado “pacto do silêncio” e o despreparo dos profissionais culminam na subnotificação. A omissão dos profissionais que legalmente não poderiam deixar de notificar, implica em uma constatação preocupante para a resolução ou minimização das medidas de intervenção (HABIGZANG et al., 2006; COSTA et al., 2007b).

O relatório da Organização Mundial de Saúde estima que: 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos, abaixo de 18 anos foram forçados a manter

relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveu contato físico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

A classificação do abuso pode ser: *intrafamiliar* ou incestuoso, que consiste em qualquer relação de caráter sexual de adulto ou adolescente onde há um laço familiar (direto ou não) ou relação de responsabilidade entre a vítima e o agressor; e o *extra familiar* que é perpetrado por conhecidos ou de confiança (pessoas da comunidade) e os desconhecidos. Também podem ser praticados em Instituições, como as escolas e creches (BRASIL, 2005; COSTA, 2006).

Pode ser expressa da seguinte maneira: *abuso sexual sem contato físico*, que pode se apresentar como: assédio sexual, abuso sexual verbal, telefonemas obscenos, exibicionismo, voyeurismo, pornografia; *abuso sexual com contato físico-genital* e incluem carícias nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal, podendo ser tipificados em: atentado violento ao pudor, corrupção de menores, sedução e estupro (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA, 2002; BRASIL, 2005).

No que diz respeito à *exploração sexual comercial* contra crianças e adolescentes, segundo a Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), essa forma de violência é considerada como uma das piores formas de trabalho infantil, podendo ser definida e caracterizada pela obtenção de vantagem ou proveito, no uso do corpo, com base na relação de poder (SILVA; SENNA; KASSAR, 2005).

Uma das principais características dos casos de violência sexual é ser cumulativa, isto significa que ela também sofreu violência física, já que o seu corpo foi violado e a psicológica, presente em todas as situações, prejudicando o desenvolvimento e provocando conseqüências drásticas nas relações familiares e sociais.

## **2.2 Direitos da Criança e do Adolescente: Legislação no século XX**

A Organização das Nações Unidas (ONU) foi fundada em 1945, com o propósito de manter a paz e a segurança internacional no pós-guerra, logo depois,

foi criado o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com programas de assistência emergencial às crianças dos países atingidos pela 2ª guerra mundial. Em 1948, foi promulgada pela ONU, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, considerada como instrumento importante, um marco de abrangência internacional, inspirada na dignidade do ser humano, com o objetivo de evitar o surgimento de novas guerras, após as atrocidades do nazismo e a ameaça de extinção da população mundial, após a explosão nuclear em Hiroshima (BRASIL, 2000; BARROS, 2005).

Os direitos da criança, em nível mundial, iniciaram no século XX, mais precisamente em 1923, com a Declaração de Genebra, que estabelecia cinco princípios básicos da proteção à infância. Ampliada pela ONU em 1959, é aprovada como Declaração Universal dos Direitos da Criança, contendo dez princípios. A Polônia avançou na proposta, e em 1979 foi reexaminada pela ONU que, por dez anos debateu com a sociedade internacional produzindo um texto único (BARROS, 2005).

Em 1989, passa de Declaração Universal (que sugere princípios de orientação aos povos envolvidos) para Convenção Internacional dos Direitos da Criança (que estabelece normas, isto é, deveres aos países adeptos), aprovado em unanimidade na Assembléia Geral da ONU, foi ratificado por vinte países e desde setembro de 1990, o Brasil é signatário (BARROS, 2005).

No Brasil, o jurista José Cândido de Albuquerque Mello de Mattos idealizou em 1927, o Código de Menores, instituído através do Decreto 17.943-A e se tornou o primeiro juiz especializado do país. Essa legislação, com 231 artigos, foi elaborada para o controle das crianças e adolescentes até os 18 anos de idade. Preconizava ser atribuição do juiz, a suspensão do poder familiar e de todas as ações direcionadas aos infanto-juvenis que estivessem em situação exposta, abandonada e em estado de delinquência, iniciando assim, a intervenção sistemática do Estado na área social (NASCIMENTO; CUNHA; VICENTE, 2007).

Algumas características do Código de Menores Mello Mattos foram a higiene “social” e repressão por parte do Estado; a facilitação na inserção do mercado de trabalho como forma de reabilitação; abrigo e internamento como medida corretiva básica; poder absoluto do juiz sobre a família e a criança que retratava o poder ditatorial vigente no país. O Código aboliu o sistema da “roda dos expostos”, que vigorava nas entidades filantrópicas desde a época do regime imperial, mas

manteve o mesmo princípio, que era preservar o silêncio sobre a origem da criança (BRASIL, 2000).

Em busca de meios corretivos para os menores abandonados e os infratores, como eram chamados, foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), Lei 3.799 de 1941, inserido no período do Estado Novo, com o objetivo de ordenar os serviços de assistência psicopedagógica, promovendo a recuperação através do trabalho, contudo, entrou em decadência por falta de recursos financeiros e estruturais por parte do poder público (BRASIL, 2000).

Em 1964 foi criada, através da Lei 4.513, a Política Nacional do Bem-Estar do Menor (PNBEM), em substituição ao SAM (que se limitava a vigiar e controlar), dando autoridade a Fundação Nacional (FUNABEM) e suas subdivisões estaduais (FEBEM). Algumas fundações apresentaram inovações pedagógicas, enquanto que outras mantiveram a linha autoritária e repressiva que vinha sendo utilizada, condizente ao contexto político da época, configurada como espaço de tortura, autorizado pelo Estado (DEL PRIORE, 2000).

O Código de Menores de 1979, Lei nº. 6.697, promulgado como exigência internacional, em substituição a lei anterior por estar ferindo a Declaração Universal dos Direitos da Criança. Entretanto, foi considerado como uma nova versão do Código de 1927, pois não conseguiu incluir os dez princípios da referida Declaração. O novo código adotou o termo “doutrina da situação irregular” para o tratamento jurídico, onde vigorava a ausência de direitos na defesa infanto-juvenil, com medidas de internamento e tratamento dos marginalizados, em repressão a condutas anti-sociais e prisão cautelar para apurar infração penal de natureza grave. A etapa tutelar tinha caráter assistencialista e a autoridade judiciária tinha o poder decisório; (BRASIL, 2000; GOMES; CAIXETA, 2010).

O período pós-regime militar, década de 80, foi marcado pela redemocratização brasileira e pela inclusão da luta pelos direitos humanos na agenda política. O país vivia uma crise econômica, em consequência disso aumentava a população de crianças e adolescentes em situação de rua, levando-os a infrações e crimes e, ao invés de ser aplicado o que previa na lei (integração sócio-familiar) era utilizado o abuso de autoridade por parte das instituições de internamento e da polícia, com a criação de grupos de extermínio.

Estudos da UNICEF e do IBGE na década de 80, apresentaram a precariedade brasileira na moradia, na educação e na situação irregular de trabalho



infantil. Esses resultados tiveram repercussões internacionais negativas sobre as condições de vida das crianças e adolescentes, em desrespeito aos direitos humanos, e estes foram apresentados ao Congresso Nacional, através do Relatório de Anistia Internacional (GOMES; CAIXETA, 2010).

O movimento constituinte passou a se mobilizar pelo reconhecimento dos direitos e garantias de indivíduos considerados excluídos (mulheres, negros, índios, crianças e adolescentes, idosos e deficientes). Dados do Instituto Brasileiro de Análise Social e Econômica (IBASE) demonstrou que a maioria das mortes efetuadas pelo Esquadrão era de adolescentes e negros (DAMASCENO, 2006).

Diante disto, numa ação nacional conjunta entre a UNICEF, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR), o Fórum Permanente de Entidades Não-Governamentais em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA) e o Movimento em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente apresentaram assinaturas da população brasileira ao Congresso, com pedido da inclusão do artigo 227 na Carta Magna/88. Buscava-se assim, reverter à situação legislativa existente, instituindo-se a proteção integral às crianças e adolescentes brasileiras.

A norma jurídica não nasce espontaneamente e sim de um contexto social, segundo a Teoria Tridimensional do Direito, que se refere ao fato, ao valor e a norma. Empregando esta teoria ao Estatuto da Criança e do Adolescente, diz-se que os três pilares foram incorporados, onde a norma protege os valores almejados pela sociedade, criados a partir de fatos sociais (REALE, 1994).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi promulgado em 13 de julho de 1990 pela Lei 8.069, com vigência em outubro do mesmo ano, concebido a partir da participação de vários segmentos sociais envolvidos em adotar a teoria da proteção integral. O Estatuto se divide em dois livros, o primeiro que versa da proteção dos direitos fundamentais da pessoa em desenvolvimento e o segundo aborda os órgãos e procedimentos protetores (BRASIL, 2006a).

Entre os seus objetivos, estão: o fim do trabalho infantil, a extinção da violência e a execução de melhores políticas de saúde e de educação. Deste modo, as crianças e adolescentes necessitam de proteção diferenciada, especializada e integral, explícito nos art. 3º e 4º:

Art. 3º - A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1993).

Marco definidor dos direitos da criança e adolescente, o Estatuto apresenta algumas peculiaridades, como a considerá-los como cidadãos protagonistas de sua trajetória, de fruir de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana e prioridade absoluta na família, na sociedade e no Estado.

Apresenta ainda, a política de desinstitucionalização, a participação e controle social garantidos na deliberação, através dos Conselhos de Direitos em todos os níveis do governo; integração de ações governamentais e não-governamentais; limitação dos poderes da autoridade judiciária e a implantação do Conselho Tutelar colegiada e escolhida pela comunidade, além de punição pela violação dos direitos da criança e adolescente (FALEIROS; CAMPOS, 2000).

Foi designado ao Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), criada pela Lei Federal n º 8.242 de 12 de outubro de 1991, órgão paritário (dez representantes do governo e dez representantes de organizações não-governamentais), eleitos por assembleia e mandato de dois anos, importantes atribuições como formular políticas públicas, na destinação de recursos para o cumprimento do Estatuto e definidor das diretrizes e do funcionamento dos Conselhos de Direitos e Tutelares (BRASIL, 1991).

Vale ressaltar que cabe aos municípios, com base na descentralização político-administrativa, a execução direta das políticas e programas designados à infância e adolescência, através das instâncias responsáveis pela garantia dos direitos e em parcerias com entidades não-governamentais (CRUZ, 2007).

Em constante aperfeiçoamento, a Secretaria dos Direitos Humanos (SDH) e o CONANDA contribuíram na criação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), em 2006, que envolve adolescente, enquanto autor de ato infracional ou vítimas de violação de direitos no cumprimento de medidas

socioeducativas, com o apoio do judiciário e outras entidades no enfrentamento de situações de violência (BRASIL, 2006b).

Marco legal instituído há 20 anos, o ECA dá sinais sobre os desafios e avanços que aconteceram após sua criação. O grande desafio está na efetiva implementação da proteção integral por parte da família, do Estado e da sociedade, que além de não garantir na totalidade, ainda violam direitos fundamentais; o outro desafio se refere aos valores insuficientes dos orçamentos públicos e privados que priorizem a área social e a cidadania.

Contextualizando o cenário atual das políticas públicas direcionados à criança e ao adolescente no Brasil, o Ministério da Educação promove uma política de inclusão no ensino fundamental e no ensino médio, no entanto, a qualidade do ensino é deficitária na maioria das escolas públicas. Quanto às creches, o número é ainda insuficiente para a demanda e a falta de acesso é grave, já que somente 15,5% do total de crianças de 0 a 3 anos estão matriculadas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Assim também, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) descreve que houve redução do trabalho infantil em 50%, contudo, cinco milhões de crianças e adolescentes ainda são explorados. Na área da saúde, a mortalidade infantil por doenças foi reduzida em 50% nas últimas duas décadas, porém as mortes por causas violentas aumentaram nos últimos anos (BRASIL, 2008).

Em 2009, o enfrentamento à violência foi tema central da 8ª. Conferência Nacional: “Construindo as Diretrizes do Plano Nacional e Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente”, desafio dos próximos 10 anos (BRASIL, 2009). Portanto, pode-se dizer que o Estatuto da Criança e do Adolescente foi responsável pelos avanços na melhoria de vida desses cidadãos, mas ainda há muito que se fazer.

### **2.3 Sistema de Garantia de Direitos: Defesa, Promoção e Controle**

O Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes (SGDCA) é uma concepção de reforma, proposta pelo ECA, como espaço estruturador social que busca garantir os serviços públicos básicos, de modo prioritário às crianças e

aos adolescentes, tem por objetivo fazer cumprir deveres da família, da comunidade e da sociedade para com as crianças e adolescentes (BRASIL, 2005).

Segundo a Resolução Nº 113/2006, que dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do SGDCA, no qual são considerados três eixos de referência para suas ações: defesa, promoção e controle da efetivação dos direitos humanos (BRASIL, 2006c).

A *defesa* caracteriza-se pela garantia do acesso à justiça; a *promoção* é operacionalizada através do desenvolvimento da política de atendimento dos direitos, prevista no artigo 86 do Estatuto. Já o *controle* das ações públicas de promoção e defesa dos direitos humanos se fará através das Instâncias públicas colegiadas próprias, onde se assegure a paridade da participação de órgãos governamentais e de entidades sociais (BRASIL, 2006c).

A composição do SGDCA é feita pelo *Sistema Judiciário*, com as Delegacias Especializadas, Instituto Médico Legal, Ministério Público, Defensoria Pública, Vara da Infância e Juventude; o *Sistema Administrativo de atendimento*, que são representados pelos Conselhos de Direitos e o Tutelar e o *Sistema de Políticas Setoriais* que abrange a Saúde, Assistência Social, dentre outros (BRASIL, 2005):

O Sistema Judiciário é composto das seguintes instâncias:

*Delegacia Especializada de Repressão ao Crime contra Crianças e Adolescentes*, órgão da polícia civil, sob o Decreto nº 10.186/2006, encarregado de investigar e apurar fatos de crimes contra as crianças e adolescentes. Nessas, a vítima e sua família encontram acolhimento e atenção específica, com profissionais preparados a respeito do Estatuto.

*Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM)*, criada no âmbito da política de Segurança Pública da Polícia Civil, em 1985, se insere no contexto de efetivação dos direitos das mulheres e cumprimento das obrigações contraídas pelo Estado. Este tipo de Delegacia é uma experiência pioneira do Brasil, para dar visibilidade ao problema da violência contra a mulher, que ocorrem no domicílio, nas relações conjugais e familiares, baseada em diferenças de gênero. As atividades são de prevenção, investigação e enquadramento legal, que devem ser pautadas no respeito aos direitos humanos e nos princípios da democracia. Embora seja específica para mulheres, a delegacia atende a demanda espontânea de casos de crimes contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2006d; PASINATO; SANTOS, 2008).

O *Instituto Médico Legal (IML)* é um órgão público subordinado à Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP), presta serviços de Polícia Científica na área de Medicina Legal. Realiza perícias em cadáveres e em pessoas vivas, além de exames complementares (laboratoriais) nas áreas de anatomia patológica, toxicologia, química legal e sexologia forense, quando requisitadas por autoridades policiais e judiciárias, emitindo laudos sigilosos que representam peças fundamentais ao esclarecimento dos processos policiais, judiciários e administrativos (BRASIL, 2008b).

O *Ministério Público*, que através da Promotoria Pública da criança e do adolescente, busca construir espaços importantes na implantação e na fiscalização do cumprimento do Estatuto. Os promotores são fortes aliados do movimento social de defesa desses direitos (BRASIL, 2005).

A *Defensoria Pública* é um órgão encarregado de prestar assistência jurídica, gratuita para a população, um direito assegurado pela Constituição Federal. Nem todos os estados possuem defensorias, mas quando é presente, a sua contribuição é de fundamental importância (BRASIL, 2005)

A *Vara da Infância e da Juventude* é encarregada de aplicar a lei para solucionar os conflitos relacionados aos direitos da criança e do adolescente, papel essencial para a sua proteção integral (BRASIL, 2005). Na Bahia existe a Vara Especializada na Infância e Juventude na capital, com dois magistrados e no município de Feira de Santana, onde este estudo será realizado, com um magistrado. (BRASIL, 2008).

Ao se estabelecer como sujeito de direitos, foi necessária uma visão mais ampla do poder judiciário, quanto à inserção de uma equipe interdisciplinar implementada através da Resolução nº 2, do Conselho Nacional de Justiça e reforçada no artigo 7º, da Resolução 113 do CONANDA. Assim, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, sociólogos, dentre outros, foram incorporados com função de assessoria para as decisões judiciais, exigindo uma postura de ação em forma de rede com os demais poderes e as políticas sociais, consolidando o SGDCA (BRASIL, 2008).

Deste modo também, os antigos “comissários de menores”, fazem parte do corpo efetivo do juizado, renomeados após a Lei 8.069/90 (enquadrados no art.149) para “agentes de proteção”, que são pessoas idôneas e de conduta ilibada exercendo o papel de fiscalizador da lei e agindo como representante do juizado,

que presta relevantes serviços voluntários em prol da Criança e do Adolescente (BARBOSA, 2003).

O Sistema Administrativo de Atendimento, composto de:

*Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA)*, órgão paritário, composto por membros da Sociedade Civil e do Poder Executivo Municipal. É deliberador, formulador e controlador das políticas públicas voltadas para atendimento à criança e ao adolescente, criada pela Lei Nº 4.231 de 1990. O CMDCA mantém o registro das entidades que atuam com crianças e adolescentes, bem como de seus programas e projetos (BRASIL, 2006).

Além de promover a articulação entre os integrantes do Sistema de Garantia de Direitos, o CMDCA aperfeiçoa a atuação individual e coordena as intervenções interinstitucionais, para atender as demandas do município, num verdadeiro trabalho em rede, partilhando assim, de idéias, experiências, definindo protocolos de atuação, dentre outros. De acordo com o levantamento do CONANDA, dos 5.590 municípios existentes no Brasil, somente 4.319 possuem Conselhos Municipais em funcionamento. A sua ausência impede a identificação dos problemas que afligem a população infanto-juvenil, contrariando os princípios da Lei (BRASIL, 2009).

O *Conselho Tutelar (CT)* é um órgão administrativo ligado a esfera municipal, previstos no ECA nos artigos 131 a 140, com o objetivo geral de zelar pelos direitos da criança e do adolescente. Sua composição é feita por cinco membros eleitos pela comunidade, reconhecidos pela sua idoneidade moral. Esta instância frui de autonomia funcional, com poderes de aplicar medidas cabíveis, conforme a situação dos casos notificados.

As atribuições do Conselho objetivam atender a criança e adolescente, que tiveram seus direitos ameaçados ou violados, promover o cumprimento e aplicar as medidas de proteção; participar na elaboração de propostas orçamentárias para planos e programas de atendimento dos direitos; aplicar as medidas cabíveis para atender pais e responsáveis em violação aos direitos; encaminhar para o Ministério público casos que demandam ações judiciais de perda ou de suspensão do pátrio poder; fiscalizar as entidades que executam programas socioeducativas e de proteção (BRASIL, 2005).

Os conselheiros necessitam de capacitação contínua, prevista na lei, para que as suas ações sejam ampliadas dando conta do ordenamento jurídico em

diversas áreas. Portanto, ser capacitado é direito, processo obrigatório do poder público e uma necessidade da comunidade (HABIGZANG, 2006).

A estrutura desta instância deverá ter os seguintes requisitos, previstos no regulamento interno do CT (Res. 75/CONANDA): espaço dotado de, no mínimo, quatro salas próprias (reuniões, atendimento privativo, recepção, secretaria e arquivo), banheiro, linha telefônica, acesso à internet, mesa de reuniões, cadeiras suficientes, escrivaninha, computador(s) com impressora, arquivos e armários; secretário (a); veículo e motorista exclusivo, para a realização dos atendimentos da população através dos requisitos básicos.

Sistema de Políticas Setoriais é composto por vários setores da sociedade, como educação, saúde, serviço social, dentre outros. Mas, neste estudo será restrita à saúde e a assistência social.

O *Sistema Único de Saúde (SUS)*, instituído pelas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, tem como determinante a “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Nesta pesquisa será representado pelo Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) e Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPS i). Estes serviços constituem-se como principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica e vem se mostrando efetivo na substituição ao modelo hospitalocêntrico, através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, em parcerias de enfrentamento dos problemas.

O CAPS ad é destinado a acolher e cuidar de pessoas com dificuldades decorrentes do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas e o Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPS i) é um serviço de atenção diária, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente (BRASIL, 2004a).

Deverão contar com a seguinte estrutura: consultórios para atividades individuais; salas para atividades grupais; espaço de convivência; refeitório; sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes. As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil e das famílias, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e profissionais do nível médio para formar uma equipe mínima de trabalho (BRASIL, 2004a)

Assistência Social: O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é um serviço especializado e continuado destinado a indivíduos e famílias com seus direitos violados, envolvendo uma equipe multiprofissional. Ações desenvolvidas: identificação de necessidades de indivíduos e famílias; produção de material educativo como suporte aos serviços; cursos de capacitação para equipes multiprofissionais; monitorar os encaminhamentos e a presença de violação, mediante abordagem de agentes institucionais em vias públicas e locais identificados pela existência de situações de risco (BRASIL, 2006e).

A estrutura do serviço deve ter instalações físicas suficientes e adequadas, veículo, linha telefônica, computador; impressora e demais equipamentos e materiais de custeio. Ambientes reservados para recepção, reuniões e áreas de serviço, atendimento individual e familiar, acessibilidade para os portadores de necessidades especiais e possuir identidade visual com placa padrão, posicionada na lateral para maior visibilidade. A equipe deve ser composta por assistente social, educadores sociais, advogados, psicólogos, auxiliares administrativos e estagiários nas áreas afins (BRASIL, 2006e).

O Programa *Sentinela* é um conjunto de ações sociais especializadas e multiprofissionais dirigidas ao atendimento de crianças e adolescentes e famílias envolvidas com a violência sexual. O Programa se insere como serviço do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), com objetivos de construir redes de atenção; restabelecimento do direito à convivência familiar e comunitária em condições dignas de vida; garantir o acesso aos serviços de assistência, compromisso ético, político e a multidisciplinaridade das ações.

#### **2.4 Políticas públicas de enfrentamento e prevenção da violência contra criança e o adolescente e o papel das redes sociais**

Visando a prevenção e redução da violência, foram desenvolvidas políticas nacionais, como o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil, aprovado pelo CONANDA/2000, visando que todas as organizações envolvidas constituíssem-se em agentes de sensibilização para o desenvolvimento da consciência e mobilização da opinião pública contra todas as formas de violência



e na defesa dos direitos da criança e adolescentes. Esta proposta é um plano estratégico e não um plano operacional que deve ser pensado dentro do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente e em relação às demais políticas públicas do Estado brasileiro (BRASIL, 2008).

Na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências, aprovada em 2001, enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, da comunidade e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis, priorizando as medidas preventivas (BRASIL, 2001a).

O município de Feira de Santana/BA foi apontado como de alto risco para violência e exploração sexual de crianças e adolescentes, tendo em vista as suas características geográficas, à semelhança de outros seis municípios de fronteira, Pacaraima (RR), Manaus (AM), Rio Branco (AC), Campina Grande (PB), Corumbá (MS) e São Paulo (SP) com base nos dados da Pesquisa de Tráfico de Mulheres e Adolescentes – PESTRAF (COSTA et al., 2010).

As ações implementadas neste local, em 2003, através do Programa Nacional de Ações Referenciais de Enfrentamento da Violência Infanto-Juvenil (PAIR) junto às Instâncias instituídas no município, contando com apoio de organizações internacionais e o governo federal, teve como objetivos os processos de sistematização de dados, sensibilização e formação de recursos humanos, para o enfrentamento, fortalecimento da Rede, contando com a parceria da Universidade Estadual de Feira de Santana / Núcleo de Estudos e Pesquisa da Infância e Adolescência (UEFS\NNEPA), na realização de projetos de pesquisa e intervenção, cujos resultados encontram-se publicados em periódicos nacionais e confecção de material técnico (COSTA et al., 2010).

Tendo base os dados acima referidos, foi implantado o Plano Operativo Municipal, em 2003, como resultado da articulação da sociedade civil, município, governo estadual e Federal e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), objetivando criar políticas de ações, fortalecimento da rede de Instâncias e atuação no eixo dos direitos humanos (COSTA et al., 2010).

O sentido da palavra “rede” é utilizado para qualificar sistemas, estruturas ou modos de organização governamental, que tem como característica a reunião de serviços similares mantendo uma ligação entre si. Na sociologia, a rede “é um

conjunto de nós conectados, e cada nó, um ponto onde a curva se intercepta. Por definição, uma rede não tem centro, e ainda que alguns possam ser mais importantes que outros todos dependem dos demais na medida em que estão na rede” (GUARÁ, 2010).

O modelo em rede supõe relações horizontalizadas e em articulação, flexível, de estrutura invisível, cada um fazendo o seu trabalho, mantendo sua essência, mas com uma visão ampliada e aberta a novos conhecimentos ou experiências direcionadas a um bem comum ou a uma ação coletiva. A intenção ao se comparar às redes ou teias é que a articulação permite trilhar vários caminhos ou atalhos favorecendo a muitos contatos e direções. Isso é o exercício da democracia, que possibilita trabalhar em conjunto, com a participação cada vez maior da sociedade, para obter melhores resultados, principalmente na área social, que têm elaborado projetos em resposta às necessidades dos cidadãos (BOURGUIGNON, 2001).

Para que as crianças e adolescentes sejam atendidas de modo integral, as diferentes áreas e serviços devem mirar em princípios como a descentralização, participação social e intersectorialidade. Esse último orienta as práticas de construção de redes, potencializando o desempenho através de pactos com atores, organizações e serviços que possam colaborar para a resolução dos problemas (GUARÁ, 1998).

Nessa temática, as Redes Sociais se inserem no enfrentamento da violência e têm princípios como, criar espaço para o diálogo coletivo, reflexão da atuação, autonomia e relações de poder horizontalizadas e democráticas.

A rede do município de Feira de Santana/BA é constituída pelo Sistema de Garantia de Direitos através de seus órgãos competentes, citados anteriormente, que têm parcerias com a Polícia Militar, Rodoviária Federal e Estadual; Departamento de Polícia Técnica; Hospitais e Estratégia de Saúde da Família; Secretaria Municipal de Saúde; Centro de Apoio Pedagógico – CAP; Abrigos: Associação Cristã Nacional, Orfanato Evangélico, Palácio do Menor, Amparo ao Menor Abandonado; Fundação de Apoio ao Menor de Feira de Santana: Casa de Custódia, Fazenda do Menor e Casa de Atendimento Sócio Educativo Juiz Melo de Matos; Organização da Sociedade Civil: ONGs – Crescer Cidadão, Galpão de Artes, Associação Feminina, Gota de Cidadania; SEST/SENAT e SENAC (COSTA, 2006).

De acordo com o enfrentamento da violência, a mudança do paradigma de tratamento para o paradigma de redes, propõe que as ações deverão ser primárias,

no impedimento de determinado ato, com informações e fortalecimento dos sujeitos considerados vulneráveis e para os abusadores, a responsabilização e terapia; na secundária, implicará na atuação junto à família, aos profissionais e as instituições para tentar mudar a relação de poder estabelecida entre os atores e na terciária, a articulação com grandes empresas, sindicatos, mídia e parlamentares para conseguir mobilizar a sociedade (WIEWIORKA, 1997).

Contudo, o mais importante em uma Rede Social é a forma de olhar dos profissionais quando prestam assistência, no acompanhamento, no diagnóstico precoce e no apoio dos meios de proteção. A proposta inicial é de sensibilizar os profissionais envolvidos, humanizar as ações e ampliar as parcerias. O fundamental é que a dimensão do eixo organizador dessas redes são as pessoas (BRASIL, 2001b).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever a estrutura e a organização das Instâncias que integram o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, diante os casos de violência, em Feira de Santana/BA, em 2010.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar a estrutura quanto à infra-estrutura, o perfil sociodemográfico e a formação dos profissionais das Instâncias que integram o Sistema de Garantia de Direitos, em Feira de Santana/BA;

Descrever a organização quanto ao fluxo de atendimento intra e interinstitucional, a consolidação de parcerias, as ações comunitárias e o conhecimento das atribuições normativas das Instâncias de origem.



estimada em 571.997/habitantes, considerada como município de grande porte, pois têm entre 100.001 a 900.000 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007; ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2002).

Localizada na planície do recôncavo baiano, com clima semi-árido, cortada por três Rodovias Federais (BR 324, BR 116 e BR 101) e cinco Rodovias Estaduais (BA 052, BA 068, BA 501, BA 502 e BA 503), sendo considerado o maior entroncamento rodoviário do Norte e Nordeste do Brasil. Esta característica favorece uma corrente e concentração de fluxo de população, mercadorias e dinheiro, num entreposto que liga o Nordeste ao Centro-Sul do Brasil, na fronteira da capital Salvador com o sertão, do recôncavo aos tabuleiros do semi-árido e responde pela segunda economia regional da Bahia, com amplitude de vínculos econômicos e relações de transações comerciais de um complexo de regiões (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

### **4.3 População Alvo**

A população foi composta pelos coordenadores e profissionais dos Conselhos Tutelares I e II (10 conselheiros tutelares), Juizado da Infância e da Juventude (01 juiz; 02 assistentes sociais; 01 psicóloga; 60 agentes de proteção da criança e do adolescente), Ministério Público (02 promotores), Defensoria Pública (02 defensoras públicas), Delegacia Especializada de Repressão ao Crime contra Crianças e Adolescentes (DERCCA) (01 delegada), Delegacia Especializada da Mulher (DEAM) (01 delegada), Centro de Referência em Assistência Social (CREAS) (09 profissionais, entre assistente social, advogado, pedagogas e psicólogas), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad – 09 profissionais, entre médicos, psicólogos, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional e enfermeiros; e Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPS i – 12 profissionais; entre médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem, assistente social, fonoaudióloga) e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA - representado pelo presidente).

#### **4.4 Período do Estudo**

A pesquisa foi realizada através da aplicação de formulários aos sujeitos e executado no período de setembro a novembro de 2010.

#### **4.5 Fontes e Instrumentos de coleta de Dados**

Foram utilizados registros primários utilizando-se informações obtidas através de dois formulários, de acordo com a conveniência de horário estabelecido previamente com os coordenadores e profissionais das instâncias, de caráter sigiloso: a) Questionário direcionado para o Coordenador (APÊNDICE A); e, b) Questionário direcionado para o profissional da Instância estudada (APÊNDICE B), elaborados a partir de pesquisas e artigos relacionados nesta área (MINAYO; DESLANDES, 2007; DESLANDES; LEMOS 2008).

#### **4.6 Variáveis do Estudo**

As variáveis do presente estudo foram categorizadas seguindo critérios de agregação, conforme o interesse e de acordo com os objetivos do mesmo descritos a seguir:

##### **Formulário para o Coordenador**

###### *I BLOCO: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO PROFISSIONAL*

Idade; sexo; estado civil; escolaridade; profissão; tempo de atuação; cargo/ocupação; tempo de serviço no cargo; carga horária semanal; atuação em outro local; tempo de serviço; ter filhos.

## *II BLOCO – CARACTERIZAÇÃO DA INSTÂNCIA*

**Estrutura:** período de implantação; atuação que a instância abrange/ habitantes; número de dependências; salas; sanitários; divisão das salas; suporte operacional: equipamentos; número de veículo; motorista exclusivo; características do sistema de segurança; presença de posto policial nas proximidades; localização da instância; acessibilidade para deficientes físicos e visuais.

**Recursos Humanos:** categorias e número de profissionais atuantes; suficiência do quadro profissional para atender a demanda; categorias necessárias para compor/ampliar o quadro.

**Capacitação Técnica:** capacitação técnica como pré-requisito para exercício do cargo; cursos de capacitação e/ou educação permanente oferecidos pela instância; frequência dos cursos; número de cursos oferecidos em 2009; carga horária e instituições que ministram os cursos.

**Consolidação das parcerias:** ter parcerias; quais são as parcerias e tipo de ações desenvolvidas;

**Funcionamento:** horário de funcionamento; suficiência de horário para atendimento da demanda; número de casos registrados na instância em 2009; fonte de registro; atribuições das instâncias; registros encaminhados para banco de dados das esferas governamentais.

**Ações Comunitárias:** desenvolvimento de ações preventivas e/ou de intervenção na comunidade; tipo de ações desenvolvidas; estágio e quais as áreas.

## *III BLOCO – Organização do Sistema de Garantia de Direitos (abertas)*

Potencialidades da instância na atuação; principais dificuldades na atuação; Sugestões para melhorias na atuação.

### **Formulário para o Profissional**

#### *I BLOCO: Dados sociodemográficos do profissional*

Idade; Sexo; estado civil; escolaridade; profissão; tempo de atuação; cargo/ocupação; tempo de serviço no cargo; carga horária semanal; atuação em outro local; tempo de serviço; ter filhos.



## *II BLOCO – Capacitação Técnica*

Capacitação técnica como pré-requisito para exercício do cargo; cursos de capacitação e/ou educação permanente oferecidos pela instância; frequência dos cursos; número de cursos oferecidos em 2009; qual a carga horária; instituições que ministraram os cursos.

## *III BLOCO – Atuação Profissional e Fluxo de Atendimento*

**Atuação e Fluxo – Intrasetorial:** instrumentos de registro utilizados na instância e se é adequado; itens menos preenchidos na notificação; ações ou procedimentos adotados pela instância frente aos casos de violência descrevendo a ordem; profissional que atua na notificação; profissional que atua na entrevista/depoimento; entrevista/depoimento da vítima; investigação dos fatos; atendimento da vítima; atendimento da família; atendimento do agressor; visita domiciliar; acompanhamento do caso; visita à escola; existe um protocolo para os procedimentos frente aos casos de violência; o atendimento à vítima e/família é individualizado/privativo; a equipe da instância se reúne para discussão dos casos de violência; qual a frequência das reuniões.

**Atuação e Fluxo – Interinstitucional:** origem das denúncias; encaminhamentos mais frequentes; dados de registros da instância são encaminhados para outra instância ou órgão; órgão ou instância mais encaminhados; presença de contra-referência dos casos notificados e encaminhados; meios de comunicação entre as instâncias; reuniões das equipes que integram o Sistema de Garantia de Direitos;

## *IV BLOCO – Estrutura*

Estrutura adequada ou não; pontos considerados inadequados e de avanço.

## *V BLOCO - Organização do Sistema de Garantia de Direitos (perguntas abertas)*

Potencialidades da instância na atuação; principais dificuldades na atuação; Sugestões para melhorias na atuação.

## 4.7 Coleta de Dados

A coleta de dados consistiu de três fases:

1ª. FASE: Solicitação para a coleta em cada uma das instâncias selecionadas, através de permissão documental.

2ª. FASE: Desenvolvido o plano piloto, com população semelhante ao estudo, no município de Jequié - BA, onde foi solicitada permissão das Instâncias que faziam parte do Sistema de Garantias de Direitos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os coordenadores e os profissionais.

3ª. FASE: Aplicação do questionário para o coordenador e para os profissionais de cada Instância, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

### *Procedimentos da Coleta de Dados*

Para a realização da coleta de dados foram realizados: treinamento da equipe de pesquisadores; apresentação do projeto às instâncias; elaboração do cronograma de coleta de dados; e a aplicação dos questionários.

Foi realizado treinamento da equipe de pesquisadores, através de um “Manual de Sistematização” de procedimentos básicos, referentes aos aspectos éticos e metodológicos da pesquisa.

Foi feito um acordo quanto ao plano de aplicação da pesquisa junto aos entrevistados, realizada no local de trabalho, com marcação prévia de horário.

Após leitura, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador aplicou o formulário, individualmente e, quanto às perguntas abertas formuladas no final do instrumento foram respondidas à distância do pesquisador, após o término e colocou em envelope codificado das Instâncias.

#### **4.8 Análise dos Dados**

Os dados foram digitados, processados e classificados segundo as variáveis (estrutura e organização) do Sistema de Garantia de Direitos delineados na pesquisa, utilizando o Programa SPSS, versão 10.0 for Windows - Statistical Package for Social Science 2000 (STATISTIC PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCE, 2000).

Para a análise das questões qualitativas foi utilizada metodologia de análise de conteúdos de Bardin (1977), ou seja, descrição dos conteúdos como enunciados de avaliação dos participantes da pesquisa quanto às dificuldades e expectativas da atuação desses profissionais, onde foram classificadas as respostas pelas palavras chaves seguidas dos núcleos periféricos ou secundários, este modelo foi baseado de Assis e Avanci (2004).

#### **4.9 Aspectos Éticos**

Atendendo às recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS sob Protocolo nº 080/2010, CAAE 0078.0.059.000-10. Os dados resultantes do estudo ficarão armazenados durante 05 (cinco) anos no NNEPA\UEFS (BRASIL, 1996).

## 5 ARTIGO

SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA, FEIRA DE SANTANA/BA.

GUARANTEE SYSTEM OF RIGHTS OF THE CHILD AND ADOLESCENT: STRUCTURE AND ORGANIZATION IN THE CONFRONTATION OF VIOLENCE, FEIRA DE SANTANA/BA.

Maria Nice Dutra de OLIVEIRA <sup>1</sup>

Maria Conceição Oliveira COSTA<sup>2</sup>

Kionna Oliveira Bernardes SANTOS<sup>3</sup>

**Instituição:** Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS / Departamento de Saúde - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC; Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência - NNEPA/UEFS

**Endereço para correspondência:** Maria Conceição Oliveira Costa. Avenida Euclides da Cunha, 475 Aptº 1602 Bairro Graça, Salvador-Bahia, Brasil. CEP: 40.150-120.

*Projeto financiado pela FAPESB e PPPG/UEFS*

---

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva PPGSC/UEFS, Profª auxiliar UESB, Assistente de Pesquisa NNEPA/ UEFS e-mail: [nicedultra@hotmail.com](mailto:nicedultra@hotmail.com)

<sup>2</sup> Profª. Titular - UEFS, Pós Doutorado Université du Québec à Montréal – UQAM, Professora do PPGSC, Coordenadora NNEPA/UEFS, e-mail: [costamco@hotmail.com](mailto:costamco@hotmail.com)

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Coletiva PPGSC/UEFS, Assistente de Pesquisa NEPI/UEFS, e-mail: [kionnabernardes@hotmail.com](mailto:kionnabernardes@hotmail.com)

## SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA, FEIRA DE SANTANA/BA.

### Resumo

**Objetivo:** descrever a estrutura e organização das Instâncias que integram o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e Adolescente, Feira de Santana/BA, em 2010. **Método:** corte transversal, censitário, aplicado através de formulários com 101 técnicos e coordenadores. **Resultados:** entre as 11 Instâncias pesquisadas, 90,9% tinham infra-estrutura adequada, suporte operacional satisfatório (81,9%), fácil acesso (63,6%) e parcerias interinstitucionais (90%). As denúncias mais freqüentes procederam da comunidade/Disque 100 (48,9%), os casos foram encaminhados, principalmente, para o Conselho Tutelar (73,3%), e apenas 36,7% com contra-referência. Entre profissionais, as mulheres se destacaram (69,3%); maior freqüência na faixa de 24 a 39 anos (54%). A escolaridade de 58,4% era de nível médio ou técnico e 41,6% nível superior; a maioria entre 1 a 10 anos de experiência, atuando na notificação, atendimento às famílias, agressores e investigação dos casos. O conhecimento dos profissionais sobre atribuições normativas das Instâncias de origem apontou maioria absoluta com desempenho satisfatório, com exceção dos Conselheiros Tutelares. **Conclusões:** as Instâncias do SGDCA do município mostraram adequação de infra-estrutura e suporte operacional para atendimento, entretanto com necessidade de fortalecimento na formação técnica de conselheiros e nas atribuições normativas dessa Instância.

**Palavras Chave:** Violência infanto-juvenil; Instâncias de atendimento e defesa; Infra-estrutura e organização institucional, Sistema de Garantia de Direitos.

## GUARANTEE SYSTEM OF RIGHTS OF THE CHILD AND ADOLESCENT: STRUCTURE AND ORGANIZATION IN THE CONFRONTATION OF VIOLENCE, FEIRA DE SANTANA/BA

### Abstract

**Objective:** to describe the structure and organization of the Instances that integrate the Guarantee System of Rights of the Child and Adolescent, Feira de Santana/BA, in 2010. **Method:** cross-sectional, census, applied through forms with 101 technicians and coordinators. **Results:** Among the 11 Instances, more than 90% had a suitable infrastructure, satisfactory operational support (81.9%), easy access (63.6%) and inter-institutional partnerships (90%). The most frequent denunciations (48.9%) were made by the people from the local community through the emergency number: (dial 100), 73.3% of the cases were directed, mainly, to The Guardianship Council, and only 36.7% of them with counter-reference. Women represented the highest number among the interviewed professionals: (69.3%); most of them (54%) were between 24 and 39 years old. The level of schooling was 58,4% high school or had a technical course and 41.6% had graduate course; the majority of these professionals had between 1 and 10 years of experience in dealing with case notification, attendance for the families and their aggressors, and investigation of the cases. The knowledge of the professionals about normative attributions of the Instances pointed out that the absolute majority has a satisfactory performance, except the guardianship advisers. **Conclusions:** the Instances of the SGRCA of the city have suitable infrastructure and operational support to the attendance; however there is a need to improve the guardianship advisers' technical knowledge, as well to enforce the normative attributions of each Instance.

**Keywords:** Infant-youthful violence; Instances for attendance and defense; Infrastructure and institutional organization; Guarantee System of Rights

## Introdução

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, aprovada pela Portaria 737/2001 do Ministério da Saúde, fundamenta o processo de promoção da saúde no fortalecimento da capacidade dos indivíduos, comunidade e sociedade em geral de desenvolver atitudes e estilos de vida saudáveis, priorizando medidas preventivas<sup>1</sup>. Com base nesses preceitos, foram desenvolvidas políticas nacionais e locais de prevenção e redução da violência, com a missão de sensibilizar e mobilizar agentes, organizações e opinião pública, para o enfrentamento das diferentes formas da violência contra crianças e adolescentes, como exemplo, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil/2002<sup>2</sup>.

No que diz respeito à legislação, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) direcionou a política de desinstitucionalização, participação e controle social, através dos Conselhos de Direitos, integrando ações governamentais e não-governamentais, limitando poderes da autoridade judiciária, implantando os Conselhos Tutelares e designando punições para os responsáveis da violação dos direitos da população infanto-juvenil<sup>3</sup>.

O Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes/SGDCA tem uma concepção de reforma proposta pelo ECA, no sentido de atuar como espaço estruturador social, que busca garantir serviços públicos básicos a essa população, com o objetivo de fazer cumprir os deveres da família, comunidade e sociedade<sup>4</sup>. Vale ressaltar que cabe aos municípios, com base na descentralização político-administrativa, a execução direta das políticas e programas, em parcerias com entidades não-governamentais<sup>5</sup>.

A Resolução Nº 113, de abril de 2006, dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do SGDCA, onde são considerados três eixos de referência: defesa, promoção e controle da efetivação dos direitos humanos. A defesa caracteriza-se pela garantia do acesso à justiça; a promoção é operacionalizada através do desenvolvimento da Política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, prevista no artigo 86 do Estatuto e o controle das ações públicas de promoção e defesa dos direitos humanos se fará através das

Instâncias públicas colegiadas próprias, onde se assegure a paridade da participação de órgãos governamentais e de entidades sociais (BRASIL, 2006c).

O SGDCA é composto pelos *Sistemas Judiciário* (Delegacias Especializadas, Instituto Médico Legal, Ministério Público, Defensoria Pública, Vara da Infância e Juventude); *Administrativo de Atendimento* (Conselho de Direitos e Conselho Tutelar) e *de Políticas Setoriais* (Saúde, Assistência Social, Educação, dentre outras)<sup>4</sup>.

Diante do desafio de enfrentamento da violência infanto-juvenil, cabe assinalar o impacto das Redes entre diferentes setores, reconhecidas como importante estratégia, pela necessidade de mobilização em torno dos principais problemas sociais, que comprometem a integridade de grupos vulneráveis<sup>7</sup>. Nesta perspectiva, a participação direta de vários segmentos contribui para reduzir riscos e intervir precocemente nas situações geradoras de violência, oferecendo atendimento às vítimas, famílias e agressores, assim como levantando indicadores que subsidiam políticas e ações, e promovendo mobilização social ampla<sup>4,8</sup>.

No contexto das políticas e ações voltadas ao enfrentamento da violência infanto-juvenil, Feira de Santana vem participando do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais/PAIR, a partir de 2003, período no qual foi apontada pela pesquisa nacional sobre violência e tráfico de humanos /PESTRAF, como município de alto risco para violência e exploração de crianças e adolescentes, considerando suas características geográficas (situado em importante trevo rodoviário, rodeado por cinco rodovias estaduais e federais).

Este município é portal do semi-árido da Bahia, dista 107 km da capital, Salvador, tem índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,74<sup>9,10</sup> (IBGE/PNAD, 2008), foi mapeado como rota de turismo, tráfico e exploração sexual e comercial de menores, à semelhança dos municípios de fronteira, como Manaus, Corumbá, entre outros.

As parcerias entre as Instâncias locais de atendimento e defesa, a equipe do PAIR (Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Infanto-Juvenil) e a Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS (Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e adolescência/NNEPA) foram articuladas sob a coordenação da Secretaria dos Direitos Humanos/SDH, contando com apoio da Organização Internacional do Trabalho/OIT e Agência Americana de Desenvolvimento/USAID. No período 2003-2007, foram desenvolvidos projetos e



ações no município, com objetivos de sistematizar dados, sensibilizar e formar recursos humanos, fortalecer a Rede de Instâncias, cujos resultados das pesquisas encontram-se publicados em periódicos nacionais, assim como em material técnico da OIT, PAIR e SEDH<sup>11,12,13,14</sup>.

O objetivo do presente estudo foi descrever a estrutura e organização das Instâncias que integram o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, no município de Feira de Santana/BA, em 2010.

## **Método**

Estudo de corte transversal, descritivo e exploratório, realizado com onze (11) Instâncias Municipais e Estaduais do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e Adolescente de Feira de Santana: Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente/CMDCA; Conselho Tutelar I e II/CT; Defensoria Pública/DP; Ministério Público/MP; Delegacia Especializada da Mulher/DEAM; Delegacia Especializada de Repressão ao Crime contra Criança e Adolescente/DERCCA; Vara da Infância e da Juventude/VIJ; Centros de Apoio Psicossocial Infantil/CAPS-I; e de Álcool e Drogas/CAPS-AD; Centro de Referência Especializado em Assistência Social/CREAS.

Foi realizado censo, com população de 111 indivíduos (perda de 10% pela ausência no local de trabalho ou não aceitar participar do estudo), sendo 101 entrevistados (90 técnicos e 11 coordenadores) de diferentes categorias: advogado, delegado, promotor, defensor público, psicólogo, assistente social, médico, educador físico, pedagogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, enfermeiro, fonoaudiólogo, conselheiro tutelar, agente de proteção da infância e juventude e administrador.

Os dados foram coletados através de formulário, aplicados pelo pesquisador, específico para o coordenador e outro direcionado aos profissionais, elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa, cuja diretriz foi o levantamento de itens considerados essenciais, quanto à infra-estrutura, suporte operacional e conhecimento das atribuições normativas das Instâncias. Utilizou-se como referenciais instrumentos de outras pesquisas nesta área<sup>15,16,17</sup>. O plano de análise

foi elaborado em duas esferas: estrutura e organização. Na esfera da estrutura, foram considerados os seguintes itens: 1. Adequação da infra-estrutura, suporte operacional, localização/acesso, privacidade no atendimento, características sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais/coordenadores; Na esfera da organização foram considerados: 1. Fluxo intra-setorial (instrumentos de registro, distribuição de material educativo); 2. Fluxo interinstitucional (parcerias, ações conjuntas); 3. Capacitação, atuação profissional e avaliação do conhecimento sobre atribuições normativas das Instâncias de origem.

Com base nos itens considerados essenciais foram utilizados critérios, assim descritos: 1. *Infra-estrutura (recepção, sala privativa de atendimento e sala de reuniões)* atribuiu-se o critério “adequado”, na presença de todos os atributos e “inadequado”, na ausência de um desses; 2. *Suporte operacional* -foi atribuído “com suporte operacional”, na presença de todos os itens: *comunicação* (telefone e fax); *informatização* (computador, internet e sistema de informatização) e *veículo* (apoio ao deslocamento para atividades) e “sem suporte operacional” na ausência de um desses. 3. *Conhecimento sobre atribuições normativas das Instâncias* foi atribuído o escore “*satisfatório*”, com desempenho 100%, quando todos os itens eram respondidos adequadamente e “*insatisfatório*”, na ausência de um item respondido<sup>15,16</sup>. O instrumento foi testado com população de característica semelhante, em Instâncias correlatas, noutra município, através de estudo piloto.

O acesso às Instâncias foi viabilizado através de reuniões e consentimento documental das autoridades competentes. O sujeito da pesquisa era esclarecido através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quanto aos objetivos, sigilo, anonimato e compromisso do Núcleo de Estudos e Pesquisas da Infância e Adolescência/Universidade Estadual de Feira de Santana (NNEPA/UEFS), seguido da assinatura. A aplicação do formulário foi realizada de acordo com a disponibilidade dos coordenadores e profissionais, processo individualizado e sigiloso. O instrumento foi acondicionado em envelope lacrado.

Os dados foram processados com a utilização do Programa Statistical Pockage for Social Science (SPSS), versão 10.0 for Windows (1998). Na análise descritiva, optou-se por apresentar as Instâncias, segundo infra-estrutura, fluxo intra-setorial e parcerias; em seguida o perfil sociodemográfico, formação e ocupação dos profissionais e coordenadores, capacitação técnica específica na área, finalizando

com atuação profissional e avaliação do conhecimento desses sobre atribuições normativas das respectivas Instâncias de origem.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEFS sob o protocolo de nº 080/2010, CAAE 0078.0.059.000-10, de acordo com as normas referentes à pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Anexo 1).

## **Resultados**

De acordo com os resultados, do total de 11 instâncias pesquisadas, 90,9% (10) tinham a infra-estrutura adequada, 81,9% (9) foram consideradas com suporte operacional adequado e 63,6% (7) possuíam fácil acesso. A maioria das Instituições prestava assistência individual/privativa às vítimas, 73,3% (66); faziam distribuição de material didático para a comunidade sobre prevenção e enfrentamento da violência, 75,6% (68) (Tabela 1).

Sobre o fluxo do atendimento intra-setorial e interinstitucional, os resultados apontaram que o instrumento de cadastro mais utilizado era o livro de registros, com 74,4% (67), seguido do boletim de ocorrência, com 61,1% (55); a origem mais freqüente das denúncias era da comunidade / disque 100 em 48,9% (44), assim como das respectivas famílias com 33,3% (30) e os casos eram encaminhados, principalmente para o Conselho Tutelar, em 73,3% (66) e Poder Judiciário, com 50,0% (45) (Tabela 2). Entre as Instâncias do SGDCA pesquisadas, 90,9% (10) tinham parcerias e desenvolviam ações de prevenção na comunidade. Os entrevistados relataram, em questões de múltipla escolha, que os principais parceiros são os hospitais e a universidade (70%) e a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e a polícia (60%), as principais ações articuladas foram palestras e orientações na escola (80,0%), assim como a orientação familiar (70%) (Gráfico 1).

Quanto ao perfil dos técnicos foi observado que as mulheres se destacaram como maioria, 70 (69,3%); a média de idade foi de 40,31 anos e  $\pm$  10,07; a faixa etária de 54% dos participantes encontrava-se entre 24 a 39 anos (54), com idade mínima de 24 e máxima de 71 anos; a maior parte era casada ou com união estável em 53,5% (54); 39,0% (34) eram solteiros e 69,3% (70), tinham filho. A escolaridade

de 58,4% (59) era de nível médio ou técnico. Entretanto, 41,6% (42) tinham escolaridade superior e pós-graduação (Tabela 3).

As características ocupacionais dos entrevistados apontaram 59,3% (51) com 1 a 10 anos de experiência profissional; nos cargos de agentes de proteção da criança e do adolescente, com 59,8% (60); profissional de saúde, com 16,6% (17); conselheiro tutelar, com 9,8% (10), entre outros (educação, justiça e administrativo). O tempo de experiência no cargo foi distribuído de forma equitativa entre o pessoal com mais de 11 anos, 40,6% (41) e de 1 a 5 anos, 35,6% (36). A carga horária semanal foi distribuída equitativamente entre 12 a 40 horas semanais, sendo que, 61,0% (61) possuíam vínculo informal (Tabela 4).

A capacitação promovida pelas Instâncias foi referida por 55,4% (56) dos técnicos, cerca de dois cursos por ano, na maioria com carga horária menor que 40 horas, 74,4% (32). A principal atuação se concentrava nos registros e notificação dos casos, 71,1% (64), além do atendimento às vítimas/famílias em 61,1% (55), cabendo ressaltar altas proporções do relato de investigação dos casos com 50,0% (45) e atendimento aos agressores com 46,7% (42). As reuniões interinstitucionais foram citadas por 42,2% (38) e a contra-referência por 36,7% (33). A avaliação do conhecimento dos técnicos e coordenadores a respeito das atribuições das Instâncias de origem apontou desempenho satisfatório para a maioria: DERCCA/DEAM/Defensoria (100% de acerto); CMDCA (83,4%); Promotoria (80%); CREAS (77,8%), CAPS i e ad (60,0%) e a Vara da Infância e da Juventude (56,9%), ressaltando-se que apenas 20,0% dos conselheiros responderam acertadamente sobre as atribuições normativas do próprio Conselho Tutelar (Tabela 5).

## **Discussão**

A descentralização político-administrativa e a participação popular no controle das políticas públicas, asseguradas pela Constituição Federal, delegam ao município garantir recursos humanos, estrutura técnica, administrativa e institucional, para o funcionamento das Instâncias responsáveis pelo atendimento à infância e adolescência (principalmente o CMDCA e CT). Essas diretrizes estão em conformidade com o ECA, são reforçadas pelo CONANDA, subsidiadas pelo Fundo

Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e geridas pelo CMDCA. A qualidade do funcionamento dessas Instâncias demonstra o grau de prioridade que o município oferece à população infanto-juvenil<sup>18</sup>.

A presente pesquisa abrangeu as instâncias integrantes do SGDCA, cujos eixos norteadores priorizam ações de promoção, controle social e defesa, destacando o papel do *CMDCA*, enquadrado no eixo do controle social e da promoção, tendo como principais atribuições a formulação e acompanhamento das políticas de proteção, diagnóstico situacional local e articulação entre instâncias, com membros representantes do governo municipal e da sociedade civil; assim como o *Conselho Tutelar*, fazendo parte do eixo responsável pelas ações de defesa, desempenhando atividades voltadas ao atendimento da população em situação de risco e aplicação de medidas cabíveis, aconselhamento de pais ou responsáveis e requisição de atendimento em outros serviços públicos. Em Feira de Santana, os resultados apontaram que a maioria das Instâncias do SGDCA apresenta adequação para itens considerados essenciais, nos quesitos infra-estrutura e suporte operacional, assim como acesso adequado e fácil localização, para o atendimento à população infanto-juvenil do município.

Quanto à estrutura, suporte operacional e fluxo dos Conselhos Tutelares, cabe ressaltar que a presente pesquisa detectou dificuldades e inadequações, para o pleno funcionamento dessa Instância. Feira de Santana conta com apenas dois Conselhos, apesar de ser classificada como município de grande porte (cerca de 600 mil habitantes e destes, 200 mil crianças e adolescentes), acarretando número desproporcional de conselheiros por habitante. Outras limitações observadas foram o não funcionamento dessa Instância em período integral, implicando em prejuízo do atendimento (horário comercial e com sobreaviso para o noturno, os feriados e finais de semana); a falta de instalação e utilização adequada do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA) e a ausência de um programa permanente de educação continuada para conselheiros. Esses resultados concordam com pesquisa sobre Avaliação das Ações de enfrentamento da violência infanto-juvenil, realizada em Feira de Santana<sup>14</sup> que observaram inadequação na estrutura de recursos humanos e organização dos Conselhos Tutelares.

Pesquisa Nacional (2006) realizada pelo Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro/CEATS, CONANDA e Secretaria de Direitos Humanos/SDH, verificou 4.302 unidades dos Conselhos Tutelares e 4.519 unidades

dos Conselhos Municipais em funcionamento, no universo de 5.565 municípios brasileiros, apontando ausência dessas Instâncias em alguns desses. Na região Nordeste, a Bahia destacou-se pela baixa proporção de Conselhos Tutelares por municípios, apenas 20%, seguido da Paraíba (33%) e Maranhão (43%), contrariando a legislação (artigo 132/ECA), que determina a obrigatoriedade de pelo menos um Conselho Tutelar por município. Ainda em relação à pesquisa nacional, os achados de infra-estrutura dos CT mostraram condições precárias, pela inadequação ou insuficiência de itens considerados essenciais para o atendimento (66% tinham privacidade) e para o suporte operacional (68% possuíam suporte de informática, 28% acesso à internet e 39% veículo institucional).

No caso do CMDCA, as regiões Nordeste e Sudeste tinham distribuição proporcional por município, entretanto, na região Norte, cerca de 25,0% das cidades mostraram dificuldades, para instalação e desenvolvimento das atividades. Quanto ao suporte operacional (linha telefônica e acesso à internet) estava presente em cerca de 50% dos CMDCA dos municípios brasileiros, muito embora a região Norte tenha apresentado as menores taxas, 29%, para telefonia e 45% no que se refere ao acesso à rede de computadores<sup>16</sup>. Os achados do presente estudo divergem da pesquisa nacional, em alguns itens, considerando que, em Feira de Santana, a maioria das Instâncias do SGDCA apresentou infra-estrutura e suporte operacional adequados ao atendimento, muito embora concordando com a pesquisa acima referida, quanto às dificuldades, inadequação e insuficiência dos Conselhos Tutelares, no atendimento de tópicos essenciais ao seu pleno funcionamento.

Neste estudo de Feira de Santana, os resultados do fluxo intra-setorial mostraram que os instrumentos de registros de dados são diversificados, sendo o livro de registro (74,4%) e o boletim de ocorrência (61,1%) os mais utilizados. Vale assinalar que esses instrumentos atendem, em parte, às especificidades das instâncias, pois esta prática contraria princípios norteadores do processo de articulação interinstitucional, que prioriza a integração entre os Sistemas de Informação, ferramenta fundamental na agilidade dos encaminhamentos e resolutividade dos casos. Esses achados corroboram com resultados de estudo anterior, realizado nesse município, onde foi detectada desarticulação entre os Sistemas de Informação de algumas Instâncias da Rede<sup>14</sup>.

No quesito privacidade, segundo resultados da atual pesquisa, a maioria (73,3%) das Instituições obedece a esse critério, considerado essencial pelos

estudiosos dessa área para a valorização do acolhimento, sigilo e confidencialidade, princípios éticos norteadores da qualidade do atendimento estabelecido no Capítulo II, artigo 17/ECA<sup>19</sup>. Outro resultado positivo observado foi que 75% das Instâncias tinham como uma das atividades prioritárias, a distribuição de material didático sobre violência para a população, sugerindo preocupação com a promoção, disseminação do conhecimento e prevenção, nas questões voltadas à garantia de direitos.

A respeito das Instituições parceiras que colaboram com o SGDCA e que desenvolvem ações conjuntas, a maioria dos resultados foi satisfatória (entre 60 e 70%). Segundo técnicos e coordenadores, o setor saúde foi representado pelos hospitais e pelo Programa Saúde da Família (PSF), o setor educação, pela Universidade, além da Polícia local. As principais ações desenvolvidas foram palestras e orientações na escola e às famílias, sugerindo a preocupação da Rede interinstitucional, incentivando a participação e o controle social, diante do desafio de enfrentar e prevenir a violência.

Ao analisar o fluxo entre as Instâncias, verificou-se que a maior frequência de denúncias foi originada da comunidade/disque 100, família, assim como de outras fontes; os casos foram encaminhados, principalmente, para os Conselhos Tutelares e Instâncias da Justiça (Vara da Infância e Juventude, Defensoria, Promotoria). Esses achados sugerem que a população vem contribuindo no controle social da violência infanto-juvenil, corroborando com resultados de pesquisa anterior realizada em Feira de Santana, com a Rede de Instâncias envolvidas no enfrentamento da violência, onde a principal fonte de denúncias foi o “Disque 100”, além da família e comunidade, com maior proporção de encaminhamentos aos Conselhos, apontando o reconhecimento da Rede e ressaltando o trabalho articulador da equipe local do PAIR (Programa de Ações Integradas de Enfrentamento da Violência Infanto-Juvenil)<sup>14</sup>.

Os resultados da presente pesquisa concordam com estudo realizado em Porto Alegre, no período de 1992 a 1998, a partir dos processos dos casos de violência sexual, onde foi observado predomínio de encaminhamentos para Conselhos, assim como baixa proporção da contra-referência dos casos e de reuniões interinstitucionais<sup>20</sup>. Cabe ressaltar que a contra-referência e encontros institucionais representam itens estratégicos da articulação interinstitucional, sugerindo fragilidade da Rede neste quesito, muito embora tenham sido citadas

importantes parcerias, entre as Instâncias do Sistema de Garantias de Direitos com outros setores, como educação, saúde, assistência social.

Os resultados relacionados ao perfil dos profissionais apontaram para uma maioria feminina, na faixa etária mais jovem (24 a 39 anos), casada ou com união estável, de nível médio ou técnico e com filho. Esses dados refletem a importante participação das mulheres na condição de técnico e coordenador das instâncias do SGDCA, formada por diferentes setores (saúde e assistência social, educação, justiça, administrativo, agentes de proteção e conselheiros tutelares), o que pode estar relacionado a fatores socioculturais, direcionados à prática do cuidar, atribuída às mulheres<sup>21</sup>, cabendo considerar a maioria da população feminina (292.725), em relação à masculina (264.031) no município, segundo o último censo do IBGE<sup>22</sup>.

Dados de pesquisa nacional apontam aumento das taxas de participação das mulheres no mercado de trabalho, no período entre 1970 a 2000, com principal atuação nas áreas de educação, saúde e serviço social, atribuídos ao aumento da escolaridade, a queda da fecundidade, maior número de famílias monoparentais (lideradas por mulheres) e mudanças no estilo de vida da sociedade moderna<sup>23,24</sup>.

Entre os profissionais participantes do estudo, foi verificada grande abrangência da faixa etária (24 a 71 anos), com predomínio de adultos jovens (24 a 39 anos) e a maioria (59%) com 1 a 10 anos de atividade profissional. A diversidade etária pode ser vista como um indicador positivo para trocas de experiências entre os grupos, visando o interesse coletivo. O maior tempo de experiência e a multidisciplinaridade podem contribuir com a multiplicação de conhecimentos e intercâmbios, diante do desafio de lidar com situações complexas, no atendimento e encaminhamento, buscando aumentar a resolutividade dos casos de crianças e adolescentes vitimizadas.

No quesito escolaridade, a atual pesquisa mostrou que cerca 42% dos técnicos do SGDCA tinham nível superior, concordando com estudo nacional (PNAD), no período 1981 a 2004, que confirmou crescimento de 6% na formação de graduados<sup>25</sup>, muito embora a maioria dos participantes da presente pesquisa tenha relatado nível médio, possivelmente, pela alta representatividade dos agentes de proteção, na população estudada, onde essa é a escolaridade limite exigida para engajamento no SGDCA. Esses agentes (antigos comissários de menores) fazem parte do corpo da Vara da Infância e Juventude e desenvolvem voluntariamente (com 12 h/semanais) o apoio administrativo ao juizado. A capacitação profissional



dos técnicos integrantes do SGDCA, regulamentada na Resolução 112/2006 do CONANDA é considerada um ponto estratégico. Na presente pesquisa, a maioria dos técnicos foram capacitados com cerca de dois cursos/ano, o que é parcialmente adequado, considerando que a maior parte deles teve carga horária menor que 40 horas, quando o ideal para a formação básica exige um mínimo de 40 horas por curso<sup>26</sup>.

No que diz respeito à notificação, o art 13 do ECA considera como instrumento de poder para estabelecer políticas específicas e conhecer a dinâmica das Instâncias responsáveis. Na pesquisa de Feira de Santana, a maioria dos entrevistados atuaram nos registros e notificação dos casos, conseqüentemente, realizaram atendimento da vítima e da família e atuaram ainda na investigação da suspeita dos casos e atendimento dos agressores. Entretanto, foi observada a necessidade de impulsionar a articulação entre as instâncias do SGDCA, considerando que a contra-referência e os encontros institucionais foram itens pouco frequentes e representam estratégias importantes de fortalecimento e garantia do adequado funcionamento da Rede.

Nesta pesquisa, o relato dos entrevistados sobre conhecimento acerca das atribuições normativas das suas instâncias de origem mostrou maioria absoluta com desempenho satisfatório, muito embora esse nível de desempenho tenha sido observado em apenas 20% dos conselheiros tutelares, sugerindo a necessidade de investimento na formação desses técnicos, visando o fortalecimento dos Conselhos, socialização do conhecimento e multiplicação das alianças.

Para concluir cabe assinalar algumas limitações da pesquisa, como a escassez de estudos semelhantes na avaliação do SGDCA, nos quesitos de infraestrutura e organização; o número de profissionais participantes, embora tenha correspondido ao censo, dificultou a análise quantitativa, considerando a escassez de técnicos em algumas das categorias profissionais ou funções.

## **Conclusões**

Segundo os profissionais/técnicos e coordenadores participantes, a maioria das Instâncias do município integrantes do SGDCA possui infra-estrutura e suporte

operacional adequados para oferecer atendimento às vítimas de violência; entretanto necessita investir esforços na articulação e fluxo interinstitucional, ampliando os intercâmbios, através da contra-referência, trocas de experiências e conhecimentos entre técnicos e gestores.

Foi observada a necessidade de suporte para o Conselho Tutelar no quesito formação profissional relativa às atribuições normativas institucionais; da mesma forma, necessidade de ampliação do número de Conselhos no município e funcionamento em horário integral, visando adequar o atendimento às demandas da comunidade.

**Tabela 1** Características da estrutura e organização das Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos, Feira de Santana/BA, 2010.

<b>Estrutura e organização das Instâncias</b>	n	%
<b>Infra-Estrutura (N=11)</b>		
Adequada	10	90,9
Inadequada	1	9,1
<b>Suporte operacional</b>		
Com suporte operacional	9	81,9
Sem suporte operacional	2	18,2
<b>Localização /acesso</b>		
Fácil acesso e centralizada	7	63,6
Acesso regular ou difícil	4	36,1
<b>Privacidade no Atendimento (N=90)</b>		
Sim	66	73,3
Não	24	27,7
<b>Distribuição de material didático contra violência (N=90)</b>		
Sim	68	75,6
Não	22	24,4
<b>Contra-referência (N=90)</b>		
Sim	33	36,7
Não	31	34,4
Às vezes	26	28,9
<b>Reunião com outras instâncias (N=90)</b>		
Sim	38	42,2
Não	52	57,8

**Tabela 2** Fluxo intra-setorial e interinstitucional de atendimento das instâncias do Sistema de Garantia de Direitos, Feira de Santana/BA, 2010.

<b>Fluxo intra-setorial e interinstitucional de atendimento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Instrumento de registro das Instâncias N=90<sup>1</sup></b>		
Ficha de notificação	8	8,9
Ficha de avaliação	10	11,1
Livro de registros	67	74,4
Processos	3	3,3
SIPIA (Sistema de informação)	1	1,1
Boletim de ocorrência	55	61,1
Outros <sup>2</sup>	28	31,1
<b>Origem das denúncias N=90</b>		
Saúde	2	2,2
Educação	5	5,6
Justiça	14	15,6
Família	30	33,3
Comunidade ou disque 100	44	48,9
Outros <sup>3</sup>	32	35,6
<b>Encaminhamentos mais freqüentes N=90<sup>1</sup></b>		
Saúde (Hospital, CAPS, CREAS)	22	24,4
Justiça (Vara, Defensoria, Promotoria e Delegacias)	45	50,0
Educação	2	2,2
Conselho Tutelar	66	73,3
Outros <sup>4</sup>	14	15,7

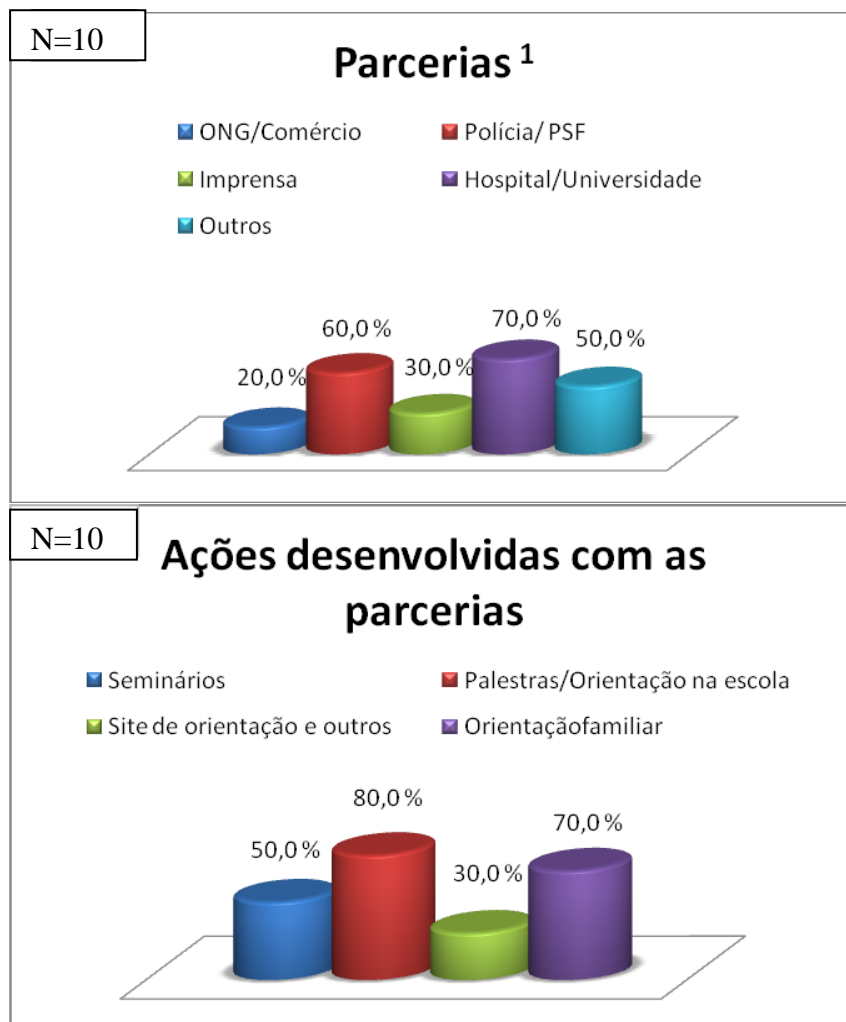
<sup>1</sup>Dados levantados em questão de múltipla escolha. Sendo assim, os percentuais das categorias não devem necessariamente somar 100%.

<sup>2</sup>Outros inclui: livro Tombo, advertência, ficha de avaliação, prontuário, entrevista social, livro de atividades profissionais, autorização de viagem, ata de registro e auto de infração.

<sup>3</sup>Outros inclui: Segurança da rodoviária; lojistas do Shopping e feirantes

<sup>4</sup>Outros inclui: Secretaria de Saúde (DST/AIDS); Secretaria de Desenvolvimento Social (Bolsa Família); Pais ou responsáveis e Casa de Acolhimento;

**Gráfico 1** Entidades parceiras as ações desenvolvidas com as parcerias nas Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos, Feira de Santana/ BA, 2010.



<sup>1</sup>Dados levantados em questão de múltipla escolha. Sendo assim, os percentuais das categorias não devem necessariamente somar 100%.

**Tabela 3** Características sociodemográfica e ocupacional dos técnicos das Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos, Feira de Santana/BA, 2010.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Características Sociodemográficas (N=101)</b>		
Sexo		
Feminino	70	69,3
Masculino	31	30,7
Idade		
24-39 anos	54	54,0
40-55 anos	39	39,0
56 ou mais anos	7	7,0
Estado Civil		
Casado/união estável	54	53,5
Solteiro	34	39,0
Divorciado/viúvo/outros	13	12,9
Escolaridade		
Médio / Técnico	59	58,4
Superior	14	13,9
Especialização/ Mestrado	28	27,7
Ter filhos		
Sim	70	69,3
Não	31	30,7
<b>Características Ocupacionais</b>		
Tempo de profissão (N=86)		
1 a 10 anos	51	59,3
11-20 anos	22	25,6
21 anos ou mais	13	15,1
Cargo (N=101)		
Profissionais da justiça	05	4,9
Agentes de proteção	60	59,8
Conselheiros tutelares	10	9,8
Profissionais de Saúde	17	16,6
Profissionais de Educação	05	4,9
Administrativo	04	3,9
Tempo de cargo (N=101)		
1 a 5 anos	36	35,6
6 a 10 anos	24	23,8
11 anos ou mais	41	40,6
Carga horária semanal (N=100)		
12 horas	59	59,0
20-40 horas	41	41,0
Tipo de vínculo (N=100)		
Formal	39	39,0
Informal	61	61,0

**Tabela 4** Capacitação, atuação profissional, contra-referência, reuniões entre instâncias e conhecimento das atribuições normativas das Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, Feira de Santana/ BA, 2010.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Capacitação (cursos/seminários) (N=101)</b>		
Sim	56	55,4
Não	45	44,6
<b>Número de cursos/seminários /ano (N=38)</b>		
Dois cursos/seminários	20	56,6
Mais que dois cursos/seminários	18	43,4
<b>Carga horária freqüente dos cursos/seminários (N=39)</b>		
Menos de 40 horas	32	74,4
40 horas	7	16,3
<b>Atuação profissional (N=101)</b>		
Registro dos casos (notificação/entrevista)	64	71,1
Investigação da denúncia	45	50,0
Atendimento vítima/família	55	61,1
Atendimento do agressor	42	46,7
Visita domiciliar/acompanhamento do caso	35	39,3
Visita à escola	42	46,7
Ações preventivas (palestras, oficinas)	42	46,7
<b>Contra-referência (N=90)</b>		
Sim	33	36,7
Não	31	34,4
Às vezes	26	28,9
<b>Reunião entre instâncias (N=90)</b>		
Sim	38	42,2
Não	52	57,8
<b>Conhecimento das atribuições normativas</b>		
Conselho Tutelar I e II (N=10)		
Satisfatório	2	20,0
Insatisfatório	8	80,0
CREAS (N=9)		
Satisfatório	7	77,8
Insatisfatório	2	22,2
CAPS (Infantil e Álcool e Drogas) (N=15)		
Satisfatório	12	80,0
Insatisfatório	3	20,0
Vara da Infância e Juventude (N=61)		
Satisfatório	42	68,9
Insatisfatório	19	31,1
DERCA/DEAM/Defensoria Pública (N=3)		
Satisfatório	3	100,0
CMDCA (N=1)		
Satisfatório	1	83,4
Promotoria Pública (N=1)		
Satisfatório	1	80,0

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. *Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Brasil. Dez anos de Estatuto da Criança e do Adolescente. *Avaliando Resultados e Projetando o Futuro*. Brasília: CECRIA/AMENCAR; 2000.
3. Faleiros ETS, Campos JO. *Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes*. Brasília: Thesaurus; 2000.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Violência Faz Mal a Saúde*. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Cruz LR. Infância abrigada: negligência e riscos no campo das políticas públicas. *Psicol Am Lat*. 2007; 9.
6. Brasil. Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006. CONANDA. Brasília. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2006a. [ acessado 2009 Nov 15]. Disponível em: <http://www.fundocrianca.org.br/forum/arquivos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%20113%20CONANDA.pdf>.
7. Deslandes SF. Redes de Proteção e Redes Sociais: uma práxis integradora. In: Brasil, Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.135-141.
8. Wieviorka M. O novo paradigma da violência. *Tempo Social - Rev Sociol USP*. 1997; 9(1): 5-41.
9. Atlas do Desenvolvimento Humano. Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2000). [acessado 2009 Out 11]. Disponível: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrescente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrescente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm).
10. IBGE. Produto Interno Bruto. 2008. [acessado 2010 Dez 11]. Disponível em : [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004\\_2008/defaulttab.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/defaulttab.shtm).
11. Costa MCO. Manual Organização Internacional do Trabalho. NNEPA/UEFS. Diga não à violência sexual contra crianças e adolescentes em seu município. Este desafio nós podemos enfrentar juntos!!! Brasília, DF: Editora OIT; 2006. 52p.
12. Costa MCO et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Cienc. Saude Coletiva*. 2007; 12(5): 1129-1141.



13. Costa MCO et al. Violência e abuso contra crianças e adolescentes, segundo os conselhos tutelares, o Programa Sentinela de Feira de Santana (BA) e o Centre Jeunesse de Montreal. *Adolesc Saude*. 2008; 5(2):15-22.
14. Costa MCO et al. Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o Enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana-Bahia. *Cienc Saude Coletiva*. 2010; 15(2): 563-574.
15. Minayo MCS, Deslandes SF. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
16. Ceats (Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor). *Relatório Os Bons Conselhos. Pesquisa "Conhecendo a Realidade"*. São Paulo: Ceats; 2006.
17. Deslandes SF, Lemos MP. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(6): 441-448.
18. Berclaz MS, Moura MCM. O FIA e as "so(m)bras" do orçamento público: da (des)consideração absoluta à otimização de recursos para o Orçamento criança e adolescente. *Revista jurídica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais*. 2009; 12: 469-485.
19. Taquette SR et al. *Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes*. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(6); 1717-1725.
20. Habigzang LF et al. Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2006; 19(3): 379-386.
21. Pastore EP, Rosa LD, Homem ID. Relações de gênero e poder entre trabalhadores na área de saúde. In: *Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder*; 25 a 28 de agosto de 2008. Florianópolis; 2008.
22. IBGE. *Censo Populacional 2010*. IBGE. Censos demográficos. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [ acessado 2010 Nov 08]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>.
23. Vidal RQS, Neto AMS. Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2009; 34 (120): 115-127.
24. IBGE. Censos demográficos. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. [acessado 2008 Jun 08]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>.
25. IBGE.PNAD 2004. [acessado 2010 Dez 11]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=487&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=487&id_pagina=1).

26. Brasil. Resolução Nº 112 de 27 de março de 2006. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2006b.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo apresentado nesta dissertação é fruto de pesquisa relacionada ao Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) em Feira de Santana/BA, em 2010, onde onze instâncias têm a finalidade de defesa e atendimento infanto-juvenil na violação de seus direitos. As Instâncias selecionadas são ligadas ao município e à esfera estadual, com perfil de atendimento à população em forma de rede, onde a articulação entre elas se torna extremamente importante para a resolutividade dos casos.

O objetivo da pesquisa foi descrever a estrutura e a organização das Instâncias que atuam no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes no município, sugerindo um diagnóstico do SGDCA do município relativo à infraestrutura, suporte operacional, capacitação técnica, atuação intra e interinstitucional e conhecimento das atribuições normativas. Buscou-se ainda descrever o perfil sociodemográfico e ocupacional dos coordenadores e profissionais/técnicos de diversas áreas que atuam neste campo. A partir daí, pretendeu-se fornecer subsídios científicos para a implementação de ações e políticas perante a problemática vivenciada cotidianamente tanto pelos profissionais, quanto pela comunidade que necessita dos serviços.

O município de Feira de Santana/BA foi avaliado nacionalmente como tendo alto índice de violência e rota de turismo e tráfico de exploração de menores considerando as características geográficas de fronteira. Portanto, é necessário um mapeamento contínuo dos índices de violência contra crianças e adolescentes registrados nos órgãos de defesa e reconhecer seus fatores determinantes.

As Instâncias pesquisadas possuem características específicas, cada uma atuando e cumprindo o seu papel, enquanto órgão público. O resultado foi positivo para o atendimento da população local, quanto à infra-estrutura, suporte operacional e acessibilidade para a maioria das Instâncias, sendo que as de nível estadual têm melhores condições de infra-estrutura, suporte e acesso, enquanto que as municipais, como é o caso dos Conselhos (CMDCA e CT), ainda carecem de melhores condições de funcionamento. Sendo assim, as parcerias firmadas entre entidades de apoio, a capacitação contínua dos profissionais e o fluxo do atendimento determinam o nível da articulação promovida pelos órgãos competentes.

A capacitação também foi um ponto relevante observado nesta pesquisa, já que é estabelecida por lei, a capacitação técnica continuada para todos os componentes das equipes que integram o SGDCA, entretanto, a média de curso por técnico foi considerada incipiente. Ressaltando que, o menor número dos cursos foi relatado pelos conselheiros tutelares, assim como o conhecimento das suas atribuições normativas nas Instâncias de origem.

O funcionamento em rede entre as Instâncias também foi observado e sendo considerado insuficiente, pois os relatos de contra-referência dos casos de violação dos direitos e as reuniões interinstitucionais tiveram menor frequência nos resultados.

Na descrição do perfil sociodemográfico e ocupacional observou-se que, a maioria era composta por mulheres e de faixa etária adulta jovem, com tempo de profissão entre 1 a 10 anos distribuídos entre os mais diversos cargos. O maior número dos técnicos da pesquisa foi encontrado no cargo de agentes de proteção da infância e juventude, que desempenham funções administrativas de suporte à Vara da Infância e Juventude, representantes legais do juizado, através de trabalho informal, ou seja, por voluntariado. Estes agentes desempenharam papéis relevantes junto à comunidade, com ações de defesa, atendimento e controle social.

Pesquisas posteriores poderão fazer um comparativo entre a estrutura e a organização encontradas neste estudo, ano de comemoração dos 20 anos do ECA que, por ser inédito serviu de diagnóstico situacional, sugerindo que seja utilizado como referência para o município e o SGDCA aferir os limites aqui detectados e planejar as estratégias de melhorias no atendimento à população.

## REFERÊNCIAS

- ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Maus tratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção: Guia de orientação para profissionais de saúde. 2ª. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Autores & Agentes & Associados (ABRAPIA), 2002.
- ALGERI, J. S.; SOUZA, L.M. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, Aug. 2006 .
- ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: LIMA, C. A. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 47-58.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Pondo os pingos nos is**: guia prático para compreender o fenômeno. São Paulo: LACRI/PSA/IPSUP, 1999.
- BARBOSA, R. R. Ministério Público do Estado da Bahia. “**O Estatuto da Criança e do Adolescente junto à comunidade**”, 2003. Disponível em: <<http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/infancia/projetos/crianca.asp>>. Acesso em 17 de novembro 2009.
- BARCELLOS, W. B. E.. **Violência intrafamiliar**: ressonâncias na prática profissional do psicólogo. 2006. 130f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.
- BARROS, N. V. **Direitos Humanos e Cidadania**: textos sobre crianças e adolescentes. Niterói: PROEX/UFF, 2005.
- BRASIL. **Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei 8.069 de 1990**. Proposta preliminar de prevenção da violência doméstica. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Informes Técnicos**. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Relatório Descritivo. **Perfil dos Institutos de Medicina Legal (2003/2006)**. Brasília: Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 96 p.

BRASIL. **Resolução nº 117, de 11 julho de 2006**. CONANDA. Brasília. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2006b. Disponível em: <<http://www.datadez.com.br/content/legislacao.asp?id=27938>>. Acesso em 17 nov. 2009.

BRASIL. **Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006**. CONANDA. Brasília. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2006c. Disponível em: <<http://www.fundocrianca.org.br/forum/arquivos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%20113%20CONANDA.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2009.

BRASIL. **Norma Técnica de Padronização**. Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher – DEAMS. Brasília. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 2006d. Disponível em: <[http://190.152.119.247/AccessoJusticia/docs/Brasil-Normas\\_deams.pdf](http://190.152.119.247/AccessoJusticia/docs/Brasil-Normas_deams.pdf)>. Acesso em 17 nov. 2009.

BRASIL. **Legislação Brasileira para o Serviço Social**. Coletânea de leis, decreto e regulamentação para instrumentação da (o) assistente social/ organização Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo, 9º Região Provisória. 2º edição. São Paulo: CRESS, 2006e.

BRASIL. **Avaliando Resultados e Projetando o Futuro**. Dez anos de Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: CECRIA/AMENCAR, 2000.

BRASIL. **Resolução Conanda nº 134, de 13 de abril de 2009**. CONANDA. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2009.

BRITO, A. M. M.; ZANETTA, D. M. T.; MENDONÇA, R. C. V.; BARISON, S. Z. P.; ANDRADE, V. A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 143-9, 2005.

BOURGUIGNON, J. A. Concepção de Rede Intersetorial, 200. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm> Acesso em: 24 Mar. 2009.

COSTA, M. C. O. et al. Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o Enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana-Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 563-574, 2010.

COSTA, M. C. O. (Org.). Manual Organização Internacional do Trabalho. NNEPA/UEFS. **Diga não à violência sexual contra crianças e adolescentes em seu município. Este desafio nós podemos enfrentar juntos!!!** Brasília, DF: Editora OIT, v.1, 2006. 52p.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p. 1101-1109, ago-set, 2007a.

COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n. 5, p. 1129-1141, 2007b.

CRUZ, L. R. Infância abrigada: negligência e riscos no campo das políticas públicas. **Psicologia para a América Latina**, México, n. 9, abril 2007.

CUNHA, J. M. **A atuação de enfermagem à criança vítima de violência familiar** Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2007.

DAMASCENO, L. B. **O controle social das políticas públicas para a infância e a adolescência**: uma análise do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Natividade/RJ. 2006. 206f. Dissertação (Mestrado em Política Social)] – Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2006.

DEL PRIORE, M. (Org) **História das Crianças no Brasil**. 2º ed. São Paulo: Contexto, 2000. p.444.

DESLANDES, S. F. Redes de Proteção e Redes Sociais: uma práxis integradora. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.135-141

DESLANDES, S.F.; LEMOS, M.P. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2008.

ELSEN, I. Violência bate à porta. In: MOTTA, M. M.G. C.; MANCIA, J. R.; LUZ, A. M. H. (Orgs.). **As amarras da violência**: a família, as instituições e a Enfermagem. Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem, 2004. p. 171-5.

FALEIROS, E. T. S.; CAMPOS, J. O. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: Thesaurus, 2000.

GARCIA, M. B. **Sistema de Garantia de Direitos – um caminho para a proteção integral**. Recife: Cendhec, 1999.

GOMES, M.S.; CAIXETA, G. F. Fato, valor e norma no Estatuto da Criança e do Adolescente. **Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM**, Patos de Minas, v. 1, n. 7, p. 221-236, ago. 2010.

GUARÁ, I. M. F. R. Gestão Municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente. São Paulo:IEE/PUC – SP; Brasília: SAS/MPAS,1998.

GUARÁ, I. M. F. R. **Redes de proteção social**. -- 1. ed. -- São Paulo : Associação Fazendo História : NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010. -- (Coleção Abrigos em Movimento)



HABIGZANG, L. F. et al. Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.19, n. 3, p. 379-386, 2006.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da População 2007**. Disponível em: <  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem\\_final/ta\\_bela1\\_1\\_16.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/ta_bela1_1_16.pdf)> Acesso em 05 de janeiro de 2009.

LEME, P. L. S. **A roda e os expostos da Santa Casa de São Paulo**. **Revista Ser Médico - Conselho Regional de Medicina - SP**, São Paulo, p. 40 - 44, jun. 2002.

MARTINS, C. B.G.; MELLO JORGE, M. H. P.; A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.18, n. 4, p. 315-334, out-dez, 2009.

MARTINS, C. B. G. **Violência contra menores de 15 anos no município de Londrina, Paraná**: análise epidemiológica de suas notificações. São Paulo. 285. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

MINAYO, M. C. S. **Violência**: um problema para a saúde dos brasileiros. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 340.

MINAYO, M. C, S. A violência dramatiza causas In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MINAYO, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. **Análise diagnóstica da política nacional de saúde, redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

NASCIMENTO, M. L.; CUNHA, F. L.; VICENTE, L. M. D. A desqualificação da família pobre como prática de criminalização da pobreza. **Rev. Psicol. Polít.**, São Paulo, v. 7, n.14, dez. 2007.

NEUMANN, Z. A. Prevenção da violência intrafamiliar: a paz começa em casa. **Rev. da Saúde**, n. 3, p. 43-48, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **Salud y Violencia: plan de acción regional**. Washington (US): OPAS, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PIRES, A.L.D.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq. cienc. saude**, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 42-49, 2005.

PIRES, A. L. D. et al. Maus tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município São José do Rio Preto. In: **Boletim Epidemiológico Paulista**, ano 2, n. 24, p. 2-5, dez. 2005.

PASINATO, W; SANTOS, C. M.D. **Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil**. UNICAMP. 2008. Disponível em: [http://www.campanha16dias.org.br/ed2009/pdf/Mapeamento\\_das\\_Delegacias\\_da\\_Mulher\\_do\\_Brasil.pdf](http://www.campanha16dias.org.br/ed2009/pdf/Mapeamento_das_Delegacias_da_Mulher_do_Brasil.pdf) >. Acesso em 27 dez. 2009.

REALE, M. Teoria Tridimensional do Direito. 5ª ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 1994.

ROUQUARYOL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SILVA, A. S.; SENNA, E.; KASSAR, M. C. M. **Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e tráfico para os mesmos fins**: contribuições para o enfrentamento a partir da experiência de Corumbá-MS. Brasília: OIT, 2005. 173 p.

SOUZA, E. R.; MELO-JORGE, H. P. M. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 23-28.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. **Tempo Social – Rev. Sociol. USP**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 5-41, 1997.

WASELFISZ, J.J. **Relatório de desenvolvimento juvenil, 2003**. Brasília, DF: UNESCO, 2004.

**APÊNDICE A**  
**FORMULÁRIO DO COORDENADOR**  
**FORMULÁRIO DO PROFISSIONAL**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC**  
**NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – NNEPA**

**Projeto de Pesquisa:**  
**VIOLÊNCIA(S) CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERFIL DO SISTEMA DE**  
**GARANTIA DE DIREITOS EM FEIRA DE SANTANA / BA.**

**FORMULÁRIO DO COORDENADOR**

Número do questionário (nquest) \_\_\_\_\_

Código da Instância (codinst) \_\_\_\_\_

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO COORDENADOR**

1. Sexo (sexo): 1 ( ) feminino 2 ( ) masculino
2. Idade (idade): \_\_\_\_\_
3. Estado Civil (estadciv): 1 ( ) solteiro(a) 2 ( ) casado(a)/união estável 3 ( ) divorciado(a) 4 ( ) viúvo(a) 5 ( ) outros
4. Escolaridade (escol): 1 ( ) fundamental 2 ( ) médio 3 ( ) técnico 4 ( ) superior 5 ( ) especialização 6 ( ) mestrado/doutorado
5. Profissão (profis): \_\_\_\_\_
6. Tempo de profissão (tempatu): \_\_\_\_\_
7. Cargo/ocupação nesta Instância (carginst): \_\_\_\_\_
8. Tempo de serviço no cargo/ocupação (ano) (tempcarg): \_\_\_\_\_
9. Carga horária semanal nesta Instância (carghori): \_\_\_\_\_
10. Tipo de vínculo (tipvinc): \_\_\_\_\_
11. Trabalha em outro local (traboloc): 1 ( ) sim 2 ( ) não
12. Tem filhos (terfilh): 1 ( ) sim 2 ( ) não

**CARACTERÍSTICAS DA INSTÂNCIA - ESTRUTURA**

1. Mês e ano que a Instância foi instituída (mainsins): \_\_\_\_\_
2. A Instância atende (insaten): 1 ( ) parte do município 2 ( ) todo o município 3 ( ) sede e outros municípios
3. A Instância possui quantas salas (quantsal): \_\_\_\_\_
4. Possui quantas dependências sanitárias (depensan): \_\_\_\_\_
5. Divisão (div): 1 ( ) recepção 2 ( ) escritório 3 ( ) sala privativa de atendimento 4 ( ) sala de reuniões  
5 ( ) sala de repouso 6 ( ) brinquedoteca 7 ( ) sala de informática 8 ( ) cozinha 9 ( ) área de serviço
6. Suporte operacional (supoper): 1 ( ) TV 2 ( ) aparelho de telefone 3 ( ) linha telefônica exclusiva 4 ( ) DVD  
5 ( ) computador 6 ( ) internet 7 ( ) sistema de informação 8 ( ) fichário/arquivo  
9 ( ) armários 10 ( ) impressora 11 ( ) ar condicionado 12 ( ) fax 13 ( ) outros  
14 Especifique \_\_\_\_\_
7. A instância possui veículo (instveic): 1 ( ) sim 2 ( ) não
8. Motorista exclusivo da Instância (motexins): 1 ( ) sim 2 ( ) não 888 ( ) não se aplica
9. A Instância possui sistema de segurança (insiseg): 1 ( ) sim 2 ( ) não
10. Qual o sistema de segurança (qsiseg): 1 ( ) alarme 2 ( ) câmera de segurança 3 ( ) porteiro/vigilante  
4 ( ) grade de proteção 5 ( ) outros 888 ( ) não se aplica 6 Especifique \_\_\_\_\_
11. Existe posto policial nas proximidades da Instância (pospolpi): 1 ( ) sim 2 ( ) não
12. Quanto à localização da Instância (acesinst): 1 ( ) centralizada e de fácil acesso 2 ( ) acesso regular 3 ( ) difícil acesso
13. Acessibilidade para deficientes físicos e visuais (acesdefv): 1 ( ) sim 2 ( ) não

### RECURSOS HUMANOS

1. Quais as categorias profissionais que atuam nesta Instância e qual o número de profissionais em cada uma dessas categorias (ctprofnp):

- 1( ) advogado(a)\_\_\_\_\_ 2( ) assistente social\_\_\_\_\_ 3( ) conselheiro(a)\_\_\_\_\_ 4( ) comissário(a)\_\_\_\_\_
- 5( ) delegado(a)\_\_\_\_\_ 6( ) juiz\_\_\_\_\_ 7( ) psicólogo(a)\_\_\_\_\_ 8( ) pedagogo(a)\_\_\_\_\_
- 9( ) Investigador(a)\_\_\_\_\_ 10( ) médico(a)\_\_\_\_\_ 11( ) outros \_\_\_\_\_
- 12( ) especifique categorias e número \_\_\_\_\_

2. O quadro profissional é suficiente para atender a demanda (quaprofs): 1( ) sim 2( ) não

3. Quais as categorias profissionais necessárias para ampliar o quadro desta Instância (qcatnec):

- 1( ) psicólogo(a) 2( ) advogado(a) 3( ) delegado(a) 4( ) comissário 5( ) assistente social 6( ) promotor
- 7( ) outros ( ) não se aplica(888)
- 8( ) especifique: \_\_\_\_\_

### CAPACITAÇÃO TÉCNICA

1. A capacitação técnica é um pré-requisito para exercer os cargos da Instância (capteopr): 1( ) sim 2( ) não

2. A Instância oferece  **cursos/seminários**  de capacitação e/ou educação permanente (curcap): 1( ) sim 2( ) não

3. Qual a frequência dos cursos oferecidos pela Instância (freqcur):

- 1( ) mensal 2( ) semestral 3( ) anual 4( ) outros 888( ) não se aplica

4. Quantos cursos foram oferecidos pela Instância em 2009 (curofer): \_\_\_\_\_ 888( ) não se aplica

5. Qual foi a carga horária mais freqüente dos cursos oferecidos em 2009 (carghorf):

- 1( ) < 40h 2( ) ≥ 40 h 4( ) outros 888( ) não se aplica

6. Quais foram as Instituições que ministraram os cursos de capacitação em 2009 (qcurmin):

- 1( ) Universidade 2( ) município 3( ) estado 4( ) outros 888( ) não se aplica
- 5( ) especifique: \_\_\_\_\_

### FUNCIONAMENTO

1. Qual o horário de funcionamento desta Instância (qhorfunc): \_\_\_\_\_

2. O horário de funcionamento vigente é suficiente para atender a demanda (horfuncs): 1( ) sim 2( ) não

3. Total de casos de violência contra crianças e adolescentes atendidos nesta Instância em 2009 (totcasos): \_\_\_\_\_

4. Qual a fonte de registro (fonreg), especifique: \_\_\_\_\_ 888( ) não se aplica

5. Os registros desta instância são enviados para as esferas Municipal/ Estadual ou Federal (regbanda): 1( ) sim 2( ) não

### CARACTERÍSTICAS DAS AÇÕES DA INSTÂNCIA - AÇÕES DE PROMOÇÃO

1. Atendimento da população em situação de risco e aplicação de medidas cabíveis (atcasris)	1( ) sim 2( ) não
2. Atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando medidas cabíveis (aapres)	1( ) sim 2( ) não
3. Requisitar atendimento em outros serviços públicos (rspub)	1( ) sim 2( ) não
4. Encaminhar os casos de competência da autoridade judiciária (eccajud)	1( ) sim 2( ) não
5. Executar medidas estabelecidas pelo judiciário (pmesjud)	1( ) sim 2( ) não
6. Expedir notificações (expnot)	1( ) sim 2( ) não
7. Requisitar certidão de nascimento e de óbito (rcnasco)	1( ) sim 2( ) não
8. Auxiliar o município no orçamento de planos e programas específicos (apelpo)	1( ) sim 2( ) não
9. Representar a pessoa ou a família em caso de violação dos direitos (rnpfvio)	1( ) sim 2( ) não
10. Levar o caso, em última instância, ao Ministério Público para ações de perda ou suspensão do poder familiar (rmpsusp)	1( ) sim 2( ) não
11. Comissão permanente de acompanhamento do Conselho Tutelar (cpact)	1( ) sim 2( ) não
12. Reuniões ampliadas, seminários ou debates (rasemde)	1( ) sim 2( ) não

13. Articulação entre as Instâncias de Direitos (artindi)	1( )sim 2( ) não
14. Avaliação, acompanhamento e discussão das políticas municipais (daapm)	1( )sim 2( ) não
15. Mecanismos de contato entre as esferas municipal, estadual e federal (intmef)	1( )sim 2( ) não
16. Gerenciamento dos dados da rede de serviços (cdrser)	1( )sim 2( ) não
<b>AÇÕES DE DEFESA</b>	
1. Referenciamento e encaminhamento de situações de violação de direitos (resitvio)	1( )sim 2( ) não
2. Acolhimento individual para a identificação das necessidades (aeinec)	1( )sim 2( ) não
3. Produção de materiais educativos (pmatedu)	1( )sim 2( ) não
4. Realiza cursos de capacitação multiprofissional (rccapm)	1( )sim 2( ) não
5. Acompanhamento dos encaminhamentos realizados (acefenc)	1( )sim 2( ) não
6. Visitas domiciliares (rvisdom)	1( )sim 2( ) não
7. Atendimento sócio-familiar (atsfam)	1( )sim 2( ) não
8. Atendimento psicossocial individual e em grupos (apsig)	1( )sim 2( ) não
9. Monitoramento do trabalho infantil e de violência, abordagem em vias públicas e locais de risco (mptinf)	1( )sim 2( ) não
10. Realização de encontros e articulação com as outras instâncias do SGD (rencar)	1( )sim 2( ) não
11. Fiscalizar o cumprimento das normas de proteção (fcumnp)	1( )sim 2( ) não
12. Realizar diligências ou outras atividades atendendo determinação do juiz (rddajud)	1( )sim 2( ) não
13. Suporte para funções administrativas do juizado (sfadmj)	1( )sim 2( ) não
14. Apurar infrações do adolescente e aplicar medidas cabíveis (aainfad)	1( )sim 2( ) não
15. Detectar irregularidades no atendimento da criança/adolescente e aplicar medidas cabíveis (dieat)	1( )sim 2( ) não
16. Julgar os casos encaminhados pelo Conselho Tutelar e Ministério Público (jctmp)	1( )sim 2( ) não
17. Decidir sobre pedidos de guarda e tutela (dpgtut)	1( )sim 2( ) não
18. Destituição do pátrio poder (dpapod)	1( )sim 2( ) não
19. Consentimento para o casamento e conceder a emancipação nos termos da lei civil (ccaseman)	1( )sim 2( ) não
20. Designar curador especial (dcuresp)	1( )sim 2( ) não
21. Determinar o cancelamento, a retificação e o suprimento dos registros de nascimento e óbito (dcrsnaso)	1( )sim 2( ) não
22. Conceder autorização a menores de dezoito anos para atos ou atividades quando exigida (cadezaa)	1( )sim 2( ) não
23. Atendimento individual (atind)	1( )sim 2( ) não
24. Atendimento grupal (atgrup)	1( )sim 2( ) não
25. Atendimento familiar (atfam)	1( )sim 2( ) não
26. Visitas domiciliares (vidom)	1( )sim 2( ) não
27. Atividades de inserção social (ainsoc)	1( )sim 2( ) não
28. Oficinas terapêuticas (ofter)	1( )sim 2( ) não
29. Atividades socioculturais (atsocio)	1( )sim 2( ) não
31. Investigação dos crimes cometidos contra crianças e adolescentes (iccca)	1( )sim 2( ) não
32. Receber denúncias da violação de direitos (rebden)	1( )sim 2( ) não
33. Fazer diligências nos casos de violência (fazdil)	1( )sim 2( ) não
34. Abrir inquérito policial e encaminhar à Promotoria da Infância e Juventude (ainqpe)	1( )sim 2( ) não
35. Propor destituição ou suspensão do poder familiar (pdspf)	1( )sim 2( ) não
36. Pedir guarda, tutela ou adoção (pguata)	1( )sim 2( ) não
37. Investigar a paternidade (invpat)	1( )sim 2( ) não
38. Ações para obter vagas em creches e escolas, remédios e tratamento de saúde (aovcrert)	1( )sim 2( ) não
39. Colocar em programas de apoio à criança e sua família (cpracf)	1( )sim 2( ) não
<b>CONSOLIDAÇÃO DE PARCERIAS</b>	
<p>1. Esta Instância tem parcerias (inspar): 1( )sim 2( ) não</p> <p>2. Quais as parcerias desta Instância (qparcins): 1( )ONG 2( )imprensa em geral 3( )comércio 4( )hospitais 5( )PSF 6( )escolas 7( )polícia 8( )universidade 9( )outras 888( )não se aplica 10( )especifique: _____</p> <p>3. Ações desenvolvidas nesta Instância /parcerias (qacparc): _____</p> <p style="text-align: right;">888 ( ) não se aplica</p>	

**AÇÕES COMUNITÁRIAS**

1. Esta Instância desenvolve ações de prevenção contra a violência na comunidade local (acomun): 1( ) sim 2( ) não

2. Quais as ações desenvolvidas mais frequentes (acdesen):

1( ) seminários 2( ) palestras 3( ) orientações na escola 4( ) distribuição de material didático

5( ) site de informação 6( ) orientação familiar 7( ) outros 888( ) não se aplica

8( ) especifique \_\_\_\_\_

3. Esta Instância oferece estágio (estag): 1( ) sim 2( ) não

4. Quais as áreas dos estágios oferecidos (areaest):

\_\_\_\_\_ 888( ) não se aplica

**ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS**

1. Quais as potencialidades desta Instância?

---

---

---

---

2. Quais as maiores dificuldades que você enfrenta na sua atuação nesta Instância?

---

---

---

---

3. Quais as sugestões para melhorar a sua atuação da Instância?

---

---

---

---



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC  
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – NNEPA**

**Projeto de Pesquisa:**  
VIOLÊNCIA(S) CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERFIL DO SISTEMA DE GARANTIA  
DE DIREITOS EM FEIRA DE SANTANA / BA.

**FORMULÁRIO DO PROFISSIONAL**

Número do questionário (nquest) \_\_\_\_\_ Código da Instância (codinst) \_\_\_\_\_

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO PROFISSIONAL**

1. Sexo (sexo): 1 ( ) feminino 2 ( ) masculino
2. Idade (idade): \_\_\_\_\_
3. Estado Civil (estadciv): 1 ( ) solteiro(a) 2 ( ) casado(a)/união estável 3 ( ) divorciado(a) 4 ( ) viúvo(a) 5 ( ) outros
4. Escolaridade (escol): 1 ( ) fundamental 2 ( ) médio 3 ( ) técnico 4 ( ) superior 5 ( ) especialização 6 ( ) mestrado/doutorado
5. Profissão (profis): \_\_\_\_\_
6. Tempo de profissão (tempatu): \_\_\_\_\_
7. Cargo/ocupação nesta Instância (carginst): \_\_\_\_\_
8. Tempo de serviço no cargo/ocupação ano (tempcarg): \_\_\_\_\_
9. Carga horária semanal nesta Instância (carghori): \_\_\_\_\_
10. Tipo de vínculo (tipvinc): \_\_\_\_\_
11. Trabalha em outro local (traboloc): 1 ( ) sim 2 ( ) não
12. Tem filhos (terfilh): 1 ( ) sim 2 ( ) não

**CAPACITAÇÃO TÉCNICA**

14. A capacitação técnica foi um pré-requisito para você exercer seu cargo (capteopr): 1 ( ) sim 2 ( ) não
15. A Instância oferece cursos/seminários de capacitação e/ou educação permanente (curcap): 1 ( ) sim 2 ( ) não
16. Qual a frequência dos cursos/seminários oferecidos pela Instância (freqcur): 1 ( ) mensal 2 ( ) semestral 3 ( ) anual 4 ( ) outros  
888 ( ) não se aplica
17. Quantos cursos você fez pela Instância em 2009 (curofer): \_\_\_\_\_ 888 ( ) não se aplica
18. Qual a carga horária mais frequente dos cursos oferecidos em 2009 (carghorf):  
1 ( ) < 40 h 3 ( ) ≥ 40 h 888 ( ) não se aplica
19. Quais foram as Instituições que ministraram os cursos de capacitação em 2009 (qcurmin): 1 ( ) Universidade  
2 ( ) Município 3 ( ) Estado 4 ( ) outros 888 ( ) não se aplica 5 ( ) especifique: \_\_\_\_\_

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL E FLUXO DE ATENDIMENTO – INTRASETORIAL**

1. Qual o instrumento de registro utilizado nesta Instância (qinstreg):  
1 ( ) ficha de notificação 2 ( ) ficha de avaliação 3 ( ) livro de registro 4 ( ) processo 5 ( ) sistema de informação –SIPIA  
6 ( ) boletim de ocorrência 7 ( ) outros 8 Especifique: \_\_\_\_\_
2. O instrumento de registro nesta Instância é adequado (instrega): 1 ( ) sim 2 ( ) não 888 ( ) não se aplica
3. Caso não seja adequado, você acha que tem algum item que deveria ser retirado (itemret):  
\_\_\_\_\_
4. Quais os itens a serem acrescentados (itemacre), especifique: \_\_\_\_\_ 888 ( ) não se aplica
5. Qual a sua atuação nas seguintes fases do atendimento (profaten):

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1. .Notificação ou registro de ocorrência: | 1 ( ) sim 2 ( ) não |
| 2. Entrevista ou depoimento da vítima:     | 1 ( ) sim 2 ( ) não |
| 3. Investigação da denúncia:               | 1 ( ) sim 2 ( ) não |

4. Atendimento da vítima:	1( )sim 2( )não
5. Atendimento da família:	1( )sim 2( )não
6. Atendimento do agressor:	1( )sim 2( )não
7. Visita domiciliar:	1( )sim 2( )não
8. Acompanhamento do caso:	1( )sim 2( )não
9. Visita à escola da criança ou adolescente:	1( )sim 2( )não
10. Palestras, oficinas e atividades de prevenção à violência:	1( )sim 2( )não

6. O atendimento à vítima é feito individualmente/privativo (atvitind): 1( )sim 2( )não
20. A equipe desta Instância se reúne para discussões dos casos (equireu): 1( )sim 2( )não
21. Qual a frequência dessas reuniões (qfreqreu): 1( )semanal 2( )mensal 3( )semestral 4( )anual 5( )outros  
6.Especifique:\_\_\_\_\_ 888( )não se aplica
22. .A instância faz distribuição de material educativo contra a violência para a comunidade local (dismated): 1( )sim 2( )não

### ATUAÇÃO PROFISSIONAL E FLUXO DE ATENDIMENTO – INTERINSTITUCIONAL

1. Qual a origem das denúncias mais frequentes (oridenf): 1( )profissionais da saúde 2( )profissionais de educação  
3( )profissionais da justiça 4( )pessoas da família 5( )comunidade 6( )anônima/disque 100 7( )outros  
8.Especifique:\_\_\_\_\_
2. Qual(s) o(s) encaminhamento(s) de referência mais frequente (s) (qencafre): 1( )hospital 2( )delegacia 3( )M. Público  
4( )Defensoria Pública 5( )CREAS 6( )CAPS 7( )Conselho Tutelar 8( )Vara da infância e Juventude  
9( )escola 10( )outros 11( )especifique\_\_\_\_\_
- 3.Existe a contra-referência dos casos de violência (contref): 1( )sim 2( ) não ( ) as vezes
4. Como é feita a comunicação entre as Instâncias na referência (comenti): 1( )telefone 2( )ofício 3( )internet 4( )outros  
5Especifique:\_\_\_\_\_
- 5.Como é feita a comunicação entre as Instâncias na contra-referência (comctr): 1( )telefone 2( )ofício 3( )internet  
4( )outros 5Especifique:\_\_\_\_\_
- 6.As equipes desta Instância se reúnem com as equipes das outras Instâncias (eqreueq): 1( )sim 2( )não
- 7.Qual a frequência dessas reuniões (freqreu): 1( )mensal 2( )bimensal 3( )trimestral 4( )semestral 5( )anual  
6( )outros 888( )não se aplica

### CARACTERÍSTICAS DAS AÇÕES DE INSTÂNCIA - AÇÕES DE PROMOÇÃO

1.Atendimento da população em situação de risco e aplicação de medidas cabíveis (atcasris)	1( )sim 2( ) não
2Atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando medidas cabíveis (aapres)	1( )sim 2( ) não
3.Requisitar atendimento em outros serviços públicos (rspub)	1( )sim 2( ) não
4.Encaminhar os casos de competência da autoridade judiciária (eccajud)	1( )sim 2( ) não
5.Executar medidas estabelecidas pelo judiciário (pmesjud)	1( )sim 2( ) não
6.Expedir notificações (expnot)	1( )sim 2( ) não
7.Requisitar certidão de nascimento e de óbito (rcnasco)	1( )sim 2( ) não
8.Auxiliar o município no orçamento de planos e programas específicos (apelpo)	1( )sim 2( ) não
9.Representar a pessoa ou a família em caso de violação dos direitos (rmpfvio)	1( )sim 2( ) não
10.Levar o caso, em última instância, ao Ministério Público para ações de perda ou suspensão do poder familiar (rmp susp)	1( )sim 2( ) não
11.Comissão permanente de acompanhamento do Conselho Tutelar (cpact)	1( )sim 2( ) não
12.Reuniões ampliadas, seminários ou debates (rasemde)	1( )sim 2( ) não
13.Articulação entre as Instâncias de Direitos (artindi)	1( )sim 2( ) não
14.Avaliação, acompanhamento e discussão das políticas municipais (daapm)	1( )sim 2( ) não
15.Mecanismos de contato entre as esferas Municipal, Estadual e Federal (intmfef)	1( )sim 2( ) não

16.Gerenciamento dos dados da rede de serviços (cdrser)	1( )sim 2( ) não
<b>AÇÕES DE DEFESA</b>	
1.Referenciamento e encaminhamento de situações de violação de direitos (resitvio)	1( )sim 2( ) não
2.Acolhimento individual para a identificação das necessidades (aeinec)	1( )sim 2( ) não
3.Produção de materiais educativos (pmatedu)	1( )sim 2( ) não
4.Realiza cursos de capacitação multiprofissional (rccapm)	1( )sim 2( ) não
5.Acompanhamento dos encaminhamentos realizados (acefenc)	1( )sim 2( ) não
6. Visitas domiciliares (rvisdom)	1( )sim 2( ) não
7.Atendimento sócio-familiar (atsfam)	1( )sim 2( ) não
8.Atendimento psicossocial individual e em grupos (apsig)	1( )sim 2( ) não
9.Monitoramento do trabalho infantil e de violência, abordagem em vias públicas e locais de risco (mptrinf)	1( )sim 2( ) não
10.Realização de encontros e articulação com as outras instâncias do SGD (rencar)	1( )sim 2( ) não
11.Fiscalizar o cumprimento das normas de proteção (fcumnp)	1( )sim 2( ) não
12.Realizar diligências ou outras atividades atendendo determinação do juiz (rddajud)	1( )sim 2( ) não
13.Suporte para funções administrativas do juizado (sfadmj)	1( )sim 2( ) não
14.Apurar infrações do adolescente e aplicar medidas cabíveis (aainfad)	1( )sim 2( ) não
15.Detectar irregularidades no atendimento da criança/adolescente e aplicar medidas cabíveis (dieat)	1( )sim 2( ) não
16.Julgar os casos encaminhados pelo Conselho Tutelar e Ministério Público (jcctmp)	1( )sim 2( ) não
17.Decidir sobre pedidos de guarda e tutela (dpgtut)	1( )sim 2( ) não
18.Destituição do pátrio poder (dpapod)	1( )sim 2( ) não
19.Consentimento para o casamento e conceder a emancipação nos termos da lei civil (ccaseman)	1( )sim 2( ) não
20.Designar curador especial (dcuresp)	1( )sim 2( ) não
21.Determinar o cancelamento, a retificação e o suprimento dos registros de nascimento e óbito (dcrsnaso)	1( )sim 2( ) não
22.Conceder autorização a menores de dezoito anos para atos ou atividades quando exigida (cadezaa)	1( )sim 2( ) não
23.Atendimento individual (atind)	1( )sim 2( ) não
24.Atendimento grupal (atgrup)	1( )sim 2( ) não
25.Atendimento familiar (atfam)	1( )sim 2( ) não
26.Visitas domiciliares (vidom)	1( )sim 2( ) não
27.Atividades de inserção social (ainsoc)	1( )sim 2( ) não
28.Oficinas terapêuticas (ofter)	1( )sim 2( ) não
29.Atividades socioculturais (atsocio)	1( )sim 2( ) não
31.Investigação dos crimes cometidos contra crianças e adolescentes (iccca)	1( )sim 2( ) não
32.Receber denúncias da violação de direitos (rebden)	1( )sim 2( ) não
33.Fazer diligências nos casos de violência (fazdil)	1( )sim 2( ) não
34.Abrir inquérito policial e encaminhar à Promotoria da Infância e Juventude (ainqpe)	1( )sim 2( ) não
35.Propor destituição ou suspensão do poder familiar (pdspf)	1( )sim 2( ) não
36.Pedir guarda, tutela ou adoção (pguata)	1( )sim 2( ) não
37.Investigar a paternidade (invpat)	1( )sim 2( ) não
38.Ações para obter vagas em creches e escolas, remédios e tratamento de saúde (aovcrert)	1( )sim 2( ) não
39.Colocar em programas de apoio à criança e sua família (cpracf)	1( )sim 2( ) não
<b>ESTRUTURA</b>	

1. A Instância tem uma estrutura geral adequada (estrutade): 1( )sim 2( )não
2. Em que ponto a estrutura não é adequada (estrutna): 1( )estrutura física2( )recursos humanos 3( )financeiros  
4( )relacionamento entre as Instâncias (articulação interinstitucional) 5( )outros 888( )não se aplica
3. Em que ponto, a instância tem avançado (insavan): 1( )estrutura física 2( )relacionamento entre as instâncias (articulação interinstitucional) 3( )recursos humanos 4( )outros 888( )não se aplica
- 5.especifique:\_\_\_\_\_

### **ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS**

1. Quais os potencialidades desta Instância?

---

---

---

---

2. Quais as maiores dificuldades que você enfrenta na sua atuação nesta Instância?

---

---

---

---

---

3. Quais as sugestões para melhorar a sua atuação da Instância?

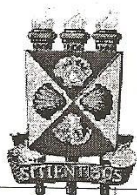
---

---

---

---

**ANEXO 1**  
**OFÍCIO DE APROVAÇÃO DE PESQUISA - CEP**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Fone: (75) 3224-8124 Fax: (75) 3224-8019 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 11 de agosto de 2010  
Of. CEP-UEFS nº 189/2010

Senhor(a) Pesquisador(a): Prof<sup>o</sup> Maria Conceição Oliveira Costa

Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado **“Violência contra crianças e adolescentes: Perfil do Sistema de Garantia de Direitos em Feira de Santana/BA”**, registrado neste CEP sob **Protocolo N.º 080/2010, CAAE 0078.0.059.000-10**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano **(11/08/2011)** este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

  
Maria da Glória Sampaio Gomes  
Vice-Coordenadora do CEP-UEFS