



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINACENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Juliana de Assumpção

**VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
uma análise entre 2009-2019 em Florianópolis a partir do SINAN/MS**

Florianópolis

2021

Juliana de Assumpção

**VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
uma análise entre 2009-2019 em Florianópolis a partir do SINAN/MS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Márcia Santiago Lohmeyer Fuchs

Florianópolis

2021

Assumpção, Juliana
Violência física contra crianças e adolescentes : uma análise entre
2009-2019 em Florianópolis a partir SINAN/MS / Juliana Assumpção ;
orientador, Andréa Márcia Lohmeyer Fuchs, 2021.
64 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Violência Física. 3. Violência
Contra Criança e Adolescente. I. Márcia Lohmeyer Fuchs,
Andréa. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Serviço Social. III. Título.

Juliana de Assumpção

**VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
uma análise entre 2009-2019 em Florianópolis a partir do SINAN/MS**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Serviço Social” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Florianópolis, 4 de outubro de 2021.

Profa. Dra. Andréa Márcia S. Lohmeyer Fuchs
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Andréa Márcia Lohmeyer Fuchs
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Carla Rosane Bressan
1ª examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Jozadake Petry Fausto Vitorino
Assistente Social

Dedico este trabalho a todas as crianças e adolescentes e famílias que lutam cotidianamente por dignidade em suas vidas, numa sociedade repleta de desigualdades.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ser concluído sem o apoio de pessoas importantes na minha vida. Por isso agradeço a minha família, amigos e a todos que de uma forma ou outra contribuíram para que eu pudesse concluir esse trabalho.

Agradeço especialmente ao meu namorado e parceiro Diogo, que esteve comigo em todos os momentos que envolveram esse TCC, me motivando e amparando nas várias dificuldades que envolveram a construção desse trabalho.

Agradeço, com muito carinho ao Marcio Luiz Lohmeyer, por toda assessoria que me permitiu a viabilização desse processo.

Agradeço a Profa. Dra. Carla Rosane Bressan, a assistente social Jozadake Petry Fausto Vitorino e a Profa. Dra. Heloísa Teles por aceitaram participar da minha banca e por toda generosidade delas recebida.

E finalmente, à minha professora e orientadora, Andréa Márcia Santiago Lohmeyer Fuchs, por toda dedicação, orientação, apoio e acolhimento, e trocas até aqui realizadas.

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo a análise das características da violência física contra crianças e adolescentes no município de Florianópolis, tendo em vista a implicação das políticas públicas e sociais na promoção, proteção e defesa dos direitos fundamentais. Foram usadas para realização da análise os micros dados obtidos através da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/autoprovocada, lançados no SINAN NET e disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A partir dessas análises pôde-se identificar que a dura realidade da violência de gênero se reflete também sobre as violências praticadas contra meninas, pois são elas que possuem maior frequência e prevalência de notificação. Com relação a violência física especificamente, destacam-se significativamente maior, a frequência de violência contra meninas na faixa etária entre 11-19 anos. Os principais perpetradores de violências em geral, tanto no estado de Santa Catarina, quando em Florianópolis, é a mãe (29,7% e 23,2%) respectivamente, seguido do pai (19,6% e 14,9%) respectivamente. Em se tratando de violência física no município de Florianópolis a faixa etária de 11 a 19 anos registra o maior número de notificações, e dentre essa faixa etária, as meninas são as maiores vítimas. Em relação ao local da ocorrência, a residência tem a maior incidência de notificações, sendo as meninas, também as maiores vítimas. Em relação ao perfil do suposto agressor (violência física), a frequência maior é para desconhecido no contexto extrafamiliar, e no contexto intrafamiliar o pai, seguido da mãe. E por fim, quando se trata de percorrer o ciclo de vida do agressor, os dados do SINAN apontam que é na adolescência e juventude que se inicia a sua experiência com a violência física revelando assim, transgeracionalidade que é compartilhada no mesmo ambiente.

PALAVRAS-CHAVE: Criança e Adolescente; Violência Física; Direitos.

LISTA DE GRÁFICO

GRÁFICO 1	Frequência absoluta e taxa de crescimento anual.....	53
GRÁFICO 2	Frequência Absoluta e taxa de crescimento anual..... 56	56
GRÁFICO 3	Violência Física de Repetição.....	78

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Violências Contra Crianças e Adolescentes (SINAN) 2009-2019, segundo sexo da vítima	47
TABELA 2	Violências contra crianças e adolescentes, conforme frequência e prevalência segundo ano e raça/cor da vítima.....	48
TABELA 3	Violências Contra Crianças e Adolescentes (SINAN) 2009-2019, segundo sexo da vítima.....	49
TABELA 4	Violências Contra Crianças e Adolescentes (SINAN) 2009-2019, segundo sexo da vítima e Local de Ocorrência.....	50
TABELA 5	Notificação de Violência física (SINAN) Florianópolis, conforme sexo e faixa etária.....	55
TABELA 6	Tabela 6 - Notificação de Violência Física, conforme sexo e local de ocorrência.....	56
TABELA 7	Notificação de Violência Física, conforme relação da vítima com osuposto agressor.....	57
TABELA 8	Violência Física na Gravidez.....	59
TABELA 9	Ciclo de vida do Agressor, conforme sexo e faixa etária da vítima.....	59

LISTA DE SIGLAS

CENDHC - Centro Dom Hélder Câmara

CGDANT - Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde

CONANDA - Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CT – Conselho Tutelar

DANTPS - Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM).

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NECAD – Núcleo de Estudos de Criança e Adolescente

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PNBEM - Política Nacional do Bem-Estar do Menor

SAM - Serviço de Assistência aos Menores

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SGD – Sistema de Garantia de Direitos

SGD -Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente

SINAN - Sistema Nacional de Notificação

SUAS Sistema Único de Assistência Social

SUS -Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: BREVE HISTÓRIA	14
2.1 HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO BRASIL	14
2.2 MARCOS LEGISLATIVOS DO DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE ...	20
3 O SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS: UM ESFORÇO TRANSVERSAL ...	25
4 VIOLÊNCIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE	33
4.1 VIOLÊNCIA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	33
4.2 VIOLÊNCIA: É POSSÍVEL PREVENÍ-LA?	35
4.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)	39
5 A VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE EM FLORIANÓPOLIS (SC): RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 PERCURSO METODOLÓGICO	42
5.2 EXPOSIÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DAS CATEGORIAS SELECIONADAS	45
5.3 VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTE EM FLORIANÓPOLIS (SC)	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como objetivo a análise do perfil da violência física contra crianças e adolescentes no município de Florianópolis, tendo em vista a implicação das políticas públicas e sociais na promoção, proteção e defesa dos direitos fundamentais.

O tema da violência contra criança e adolescente chamou a atenção desde a inserção em Estágio Curricular Supervisionado em Serviço Social no Programa de Esporte e Educação Campeões da Vida do Instituto Guga Kuerten - um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCVF), do município de Florianópolis, realizado entre 2018 e 2019/1.

Ao ingressar no ano de 2019/2 como bolsista no projeto de extensão “Prevenção ao Abuso Sexual e *Cyberbullying*: diálogos, oficinas e jogos com crianças” do Núcleo de Estudos da Criança, Adolescente e Família (NECAD) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), esse tema passou a ganhar maior interesse, devido à necessidade de aprofundamento teórico exigido pelas demandas desse projeto. Além disso, o referido projeto demandou a construção de um banco de dados de violências praticadas contra Crianças e Adolescentes a partir da base de dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA/SINAN), resultando daí, a proposta que culminou no tema desse trabalho.

Esses dados, compõem a base para análise do trabalho aqui proposto. Assim sendo, compreender o fenômeno da violência, em especial a violência interpessoal é fundamental para apreensão das informações que estão contidas nesses dados.

De acordo com Minayo (2006), a violência coexiste com o ser humano desde os primórdios da humanidade e isso a faz parte constitutiva das relações estabelecidas pelo homem durante toda a história. Segundo Chauí (*apud* ITOKAZU, [et al], 2017, p. 39), a “[...] violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão e pela intimidação, pelo medo e pelo terror”.

A violência manifesta-se em momentos históricos de forma distinta, a depender dos usos e costumes e das normas legais existentes em cada período. Dessa forma, a violência relaciona-se com a sociedade refletindo seu próprio modo de existir, tanto em sua forma estrutural como conjuntural, também sendo um agente influenciador e transformador da dinâmica social e, seja qual for sua manifestação, é permeada pelo desprezo e menosprezo ao indivíduo que vitimiza (MINAYO, 2006).

A violência contra crianças e adolescentes é uma das formas nas quais esse fenômeno se manifesta socialmente. Importante dizer que essa violência vem caracterizada em muitas situações como forma de proteção e educação de crianças e adolescentes. Nesse sentido, Chauí (2017) lançando mão dos escritos de Gilberto Freyre, em *Casa Grande e Senzala*, destaca que o Brasil se constrói enquanto nação sob o mito de um país pacífico, de um povo acolhedor e não violento.

Esse mito permanece intacto na sociedade, influenciando os modos de vida do povo brasileiro, sustentado pelo uso de diversos mecanismos ideológicos, a exemplo da inversão do real, que produz disfarces pelos quais comportamentos, ideais e valores violentos sejam descaracterizados de sua violência e naturalizados como aceitáveis e/ou bons. Além disso, esse mito se fundamenta também sob a centralidade na hierarquia familiar, patriarcal e despótica (CHAUÍ, 2017).

Dessa forma, a violência contra crianças e adolescentes se reproduz em um emaranhado de valores da sociedade brasileira, uma vez que é nessa sociedade erguida sob a cultura do autoritarismo, do machismo, dos “valores familiares tradicionais”, de uma visão adultocêntrica da sociedade que as violências contra crianças e adolescentes se sustentam e são praticadas cotidianamente.

Em Brasil (2009a *apud* Brasil 2010, p. 10) verifica-se que “as causas externas (acidentes e violências) ocupam a primeira causa de morte na faixa etária de 1 a 19 anos”. Dados do VIVA/SINAM apontam que no ano de 2018, 185.886 crianças e adolescentes de 0 a 18 anos foram vítimas violência e 41.008 sofreram recorrência da violência sofrida, sendo os tipos de violência mais acometidos a violência física com 52.437 registros, seguido da negligência com 35.315 e violência sexual com 31.025 casos notificados.

A Constituição Federal (CF/88) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8069/1990, reconheceram crianças e adolescentes à condição de sujeitos de direitos, pessoas em condição peculiar de desenvolvimento e, portanto, seus direitos humanos fundamentais à vida, à saúde, à educação, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Art. 4º do ECA). Estabelece também que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.

Para enfrentar o problema da violência contra crianças e adolescentes a partir dos princípios fundantes destes dispositivos legais, o Sistema de Garantias dos Direitos de Crianças e Adolescentes (SGD) é o meio pelo qual se integram e articulam instituições públicas

governamentais e sociedade civil na promoção, defesa e controle dos direitos humanos infanto-juvenis, nas esferas Federal, Estadual, Distrital e Municipal (BRASIL, 2006).

Além disso, recentemente a criação da Lei 13.431/2017 que institui o Sistema de Garantias de Direitos de Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência vem fortalecer os dispositivos legais existentes e a efetivação da proteção dos direitos humanos de crianças e adolescentes, uma vez, que estabelece a obrigatoriedade da escuta especializada e do depoimento especial a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. Também, criminaliza a violência institucional praticada contra crianças e adolescentes vítimas de violência, visando coibir a revitimização desses sujeitos. Alguns integrantes que compõe o SGD, a título de exemplo, são: os Conselhos Tutelares, Conselhos de Direitos da Criança e Adolescente, a Vara da Infância, o Ministério Público, Organizações Não Governamentais, (ONGs), Família, Rede de Educação, de Assistência Social e Saúde.

Percebe-se que vários são os atores que integram essa rede de atendimento chamada de SGD, mas o que se quer dar destaque aqui é a relevância da saúde no Sistema de Garantia de Direitos, em especial no processo de notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes, denominado de: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) vinculado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Reafirma-se sua importância através do seguinte excerto:

O Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu o mandato específico do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, mediante a atenção integral à saúde, que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção. **Essa tarefa exige o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a atenção humanizada e o trabalho em rede.** O Ministério da Saúde, gestor federal do SUS, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) feitas na Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU) em 1996, declarou que a violência se constitui em um importante problema para a saúde pública. Assim, publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001) e **definiu um instrumento de notificação**, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças e adolescentes (Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001). Também instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1.863 - GM/2003). (BRASIL, 2010, p. 7. grifo nosso).

A notificação sobre tipos de violência interpessoal só passou a ser integrada ao banco de dados do SINAN a partir do ano de 2009, através da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/autoprovocada, a qual é parte do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA e cujo objetivo é a obtenção de informações que permitam identificar “o perfil dos atendimentos por violências doméstica, sexual e/ou outras violências (autoprovocadas e interpessoais) em unidades de saúde, caracterizando o perfil das pessoas que

sofreram violências, o tipo, o local, o perfil do provável autor (a) de agressão, dentre outros [...]” (BRASIL, 2019, p. 4).

Dito isto, para alcançar o objetivo proposto nesse trabalho foi realizada uma pesquisa quantiqualitativa exploratória e de caráter longitudinal, com base nos dados do Sistema de Vigilância de Violência e Acidente – VIVA/SINAN, tendo recorte para o estado de Santa Catarina e ênfase no município de Florianópolis, dos casos de violências Física contra crianças e adolescentes notificadas no período de 2009 a 2018. Os dados sobre violência passaram a integrar o SINAN a partir de 2009, e a escolha de analisar esses dados desde sua inserção no SINAN considerou que isso possibilitaria uma análise histórica da violência, permitindo identificar as mudanças que ocorreram no perfil epidemiológico da violência no período que compreende essa pesquisa. A análise dos dados foi limitada até 2018, pois essa é a última data de atualização desses dados no SINAN, até a data de construção do referido banco de dados.

Muito embora a pesquisa se trate de análise de dados quantitativos, esta não está descolada da realidade social (CHIZOTTI, 1991); além disso, nos permitirá buscar tornar o problema mais explícito, o aprimorando ideias e intuições (SELLTIZ et al., 1967 *apud* GIL, 2002, p. 41).

A pesquisa levou em conta dados sobre crianças e adolescentes vítimas de violências com idade entre 0 e 19 anos de idade. As idades adotadas foram escolhidas com base nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde que “considera criança a pessoa de 0 a 9 anos e o adolescente de 10 a 19 anos. “A divisão em ciclos de vida, adotada pelo Ministério da Saúde, visa atender as especificidades nas fases de crescimento e desenvolvimento da criança e o início da puberdade” (BRASIL 2010, p. 10). Os critérios elencados para análise corresponderam as seguintes categorias: tipo de violência, perfil da vítima, perfil do suposto agressor, relação vítima e agressor, local da ocorrência e hora, encaminhamentos realizados, tipo de arma usada pelo agressor e motivação da violência.

Dessa forma, esse trabalho está estruturado da seguinte maneira: no capítulo dois foi realizado uma abordagem sobre a história e os marcos normativos e regulatórios dos direitos da criança e do adolescente. No capítulo 3 um diálogo transversal sobre o Sistema de Garantias de Direitos. No capítulo 4, uma breve discussão conceitual sobre violência na agenda da saúde pública. E por fim, no capítulo 5, os resultados e discussão da pesquisa a partir dos dados do SINAN.

Por fim, pretende-se com esse Trabalho de Conclusão de Curso contribuir no debate sobre a violência contra criança e adolescentes, somando na prevenção e no enfrentamento dos mais diversos tipos de violências a que crianças e adolescentes ainda se encontram submetidos

diariamente e na real e completa efetivação dos direitos que lhe são preconizados no ECA, rumo a uma infância protegida e feliz.

2 DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: BREVE HISTÓRIA

A história da infância e adolescência no Brasil deve ser compreendida na interseccionalidade entre classe, gênero, cultura e raça. Sendo uma história de violência desde o princípio, principalmente para as crianças pobres, indígenas e negras (LINHARES, 2016).

2.1 HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

Conforme Linhares (2016), na época do Brasil Colônia, as crianças indígenas demonstravam-se mais suscetíveis que os adultos para a catequização e, com isso, tinham suas próprias culturas massacradas. Os padres jesuítas eram responsáveis pelos cuidados das crianças indígenas e por sua educação, na qual ensinavam suas crenças sobre a forma com que o mundo foi criado e a maneira com que os seres humanos deveriam agir (LINHARES, 2016).

Tendo em vista os preceitos de Deus do catolicismo, os catequizadores buscavam humanizar e domesticar esses pequenos seres humanos aos moldes de uma cultura europeia através de um processo de aculturação (PILOTTI; RIZZINI, 2011). Todavia, além da educação religiosa, as crianças aprendiam variados ofícios para que algum dia pudessem ter uma profissão considerada digna pelos europeus.

Os nascidos escravos, a partir do momento em que conseguiam executar alguma função que pudesse ser útil ao seu senhor, eram colocados para trabalhar, ainda que fossem muito pequenos para tal. (LINHARES, 2016). E assim como seus pais, eram considerados como produtos, podendo serem vendidos, e com frequência morriam ainda pequenos por conta das más condições de saúde proporcionada aos escravos (PILOTTI; RIZZINI, 2011). De acordo com Linhares (2016), o laço familiar raramente era mantido, pois dificilmente as crianças permaneciam na mesma fazenda que suas famílias.

Segundo Pilotti e Rizzini (2011), por volta do ano de 1755, as missões de catequização indígenas foram encerradas por conta de disputas realizadas pelos jesuítas para obter poder na Corte de Portugal, culminando na expulsão dos religiosos das colônias portuguesas e consequente volta das crianças para o trabalho braçal ou destinadas a locais de cuidados específicos para elas. Quanto as crianças escravas, para os colonos portugueses era mais rentável importar escravos do que criar crianças, isto porque o escravo após algum tempo de trabalho retornava ao seu dono o preço pelo qual havia sido comprado. Além disso, a saúde das crianças escravas era frágil por conta do pouco cuidado que recebiam (PILOTTI; RIZZINI, 2011).

Em virtude desses fatos supracitados, a prática do abandono de crianças tornou-se tão comum que foi necessário delegar o cuidado delas a algumas instituições, como as Câmaras Municipais e as Santas Casas de Misericórdia. Anteriormente, em 1726, as autoridades, já preocupadas com o crescente número de crianças abandonadas pelas cidades, instauraram duas medidas: a oferta de esmolas e o recolhimento das crianças das ruas para a inserção em asilos. Isto porque, as crianças eram despejadas em calçadas, deixadas à frente de locais religiosos, morriam de fome e doenças pelas ruas, e muitas, inclusive, eram devoradas por animais (PILOTTI; RIZZINI, 2011).

Ainda segundo Pilotti e Rizzini (2011), surge uma das primeiras formas de camuflar as violências e rejeições às quais eram submetidas as crianças mais pobres e proteger a moral das famílias e da sociedade. Através de um pequeno cilindro giratório acoplado à parede, chamado de Roda, as crianças eram colocadas para dentro de instituições religiosas e de acolhimento. Ainda de acordo com os autores, as Rodas tinham o objetivo de proporcionar um recolhimento rápido de bebês das ruas ou de famílias que não os “desejassem” mais, permitindo que a prática do abandono acontecesse de maneira oculta e possibilitasse às famílias o anonimato para preservação de sua honra. Essas crianças eram chamadas de expostos e enjeitados (PILOTTI; RIZZINI, 2011). A Roda dos Expostos, como ficou conhecida no Brasil, possuía os mesmos moldes da Roda de Portugal (LONDONO; PRIORE, 1991). Sobre isso, os autores ainda afirmam que

Dentre as diversas explicações apontadas para o número crescente de recém-nascidos depositados na Roda, ou seja, para que os senhores pudessem alugar as escravas como amas-de-leite; para proteger a honra das famílias, escondendo o fruto de amores considerados ilícitos; para evitar o ônus da criação de filhos das escravas, em idade ainda não produtiva; pela esperança que tinham as escravas de que seus filhos se tornassem livres, entregando-os à Roda; ou apenas para que os recém-nascidos tivessem um enterro digno, já que muitos eram expostos mortos ou adoecidos - uma outra razão frequentemente escapa ao pesquisador da história social da criança: as inúmeras epidemias de febre amarela, cólera e varíola que se abateram sobre o Rio de Janeiro, por exemplo, de 1853 a 1879, fazendo grande número de vítimas, dizimando famílias inteiras e deixando crianças órfãs ou em estado de necessidade (RIZZINI E PILOTTI, 2001, p. 178).

Nessas instituições de acolhimento, as crianças eram alimentadas por mulheres lactantes alugadas e que eram chamadas de amas-de-leite. As condições de saúde, higiene e alimentação nesses locais eram precárias e, por conta disso, os índices de mortalidade eram elevados. As crianças que conseguiam atingir os sete anos de idade tinham seus destinos decididos por ordem judicial, que determinava onde elas viveriam. Isso poderia significar, inclusive, que a criança iria começar a trabalhar assim que saísse daquele local (PILOTTI; RIZZINI, 2011).

No século XIX, os abandonados passaram cada vez mais a serem reconhecidos como problemáticos, pois roubavam os cidadãos e comerciantes, eram vistos como mal-educados e sujavam a moral tão zelosa existente no Brasil (PILOTTI; RIZZINI, 2011). Segundo um relatório do Vice-rei Marquês do Lavradio, escrito em 1779, a culpa da má formação do caráter da sociedade brasileira, que estava a se desenvolver, era advindo do fato de estar crescendo em grande escala a quantidade de pessoas negras, mulatas, mestiças. Pois, segundo o Marquês, eram pessoas de pouca educação e de caráter imoral (LONDONO; PRIORE, 1991).

Como pontuam Pilotti e Rizzini (2011), embora a Lei do Ventre Livre de 1871 livrasse as crianças da escravidão, elas se mantiveram reféns de um sistema que não visava o seu bem estar e que não lhes possibilitava viver uma vida diferente da vivida por seus pais, já que, mesmo livres, as crianças não tinham aonde ir sem seus familiares e estavam sujeitas ao abandono realizado pelos seus senhores, com a justificativa de que crianças e adolescentes custavam muito ao seu dono, ou por estarem apresentando mal comportamento (PILOTTI; RIZZINI, 2011). Essas crianças nascidas livres poderiam ser mantidas nas mãos dos seus senhores até aos 14 anos e, a partir disso, seus donos teriam duas opções: mantê-las como trabalhadoras até os 21 anos para que pagassem os custos dos seus cuidados, ou entregá-las ao Estado em troca de uma indenização (MATTOSO, 1998).

Para Pilotti e Rizzini (2011), o movimento de recolher crianças e adolescentes das ruas, advindo das forças policiais, proporcionou a formação da cultura da institucionalização no Brasil e, como resultado disso, também a cultura da assistência ao menor. Com a evolução das formas de cuidados proporcionados por estas instituições, conseqüentemente modificaram-se o nome dos locais aos quais acolhiam-se crianças e adolescentes, os quais ganharam um caráter de reformatório. De acordo com os autores, ainda no século XIX, a educação voltada para aprender uma profissão intensificou-se, sendo separada por gênero. As meninas eram ensinadas a realizar as atividades domésticas; já os meninos recebiam educação sobre as indústrias, culminando em internatos específicos para cada gênero (PILOTTI; RIZZINI, 2011).

A educação, a princípio, não era vista como uma forma de controle social, porém o trabalho sim. Desta forma, acreditavam que com o ensino de ofícios poderiam combater a criminalidade a qual as crianças e adolescentes pobres e marginalizadas estavam imersos (LINHARES, 2016). Após anos de institucionalização, que significavam a exclusão dos enjeitados e delinquentes da sociedade, de rejeição do estado para com os direitos básicos humanos; de anos de anonimato e histórico de punições, as crianças e adolescentes continuavam a não se adequar a sociedade quando retornavam a ela (PILOTTI; RIZZINI, 2011).

O final da década de 1880 representou grandes mudanças na conjuntura social, política e econômica do Brasil, sendo que em 1888 a escravidão foi abolida e em 1889 foi instaurada a era da república. Esse novo cenário trouxe junto consigo as concepções de que os brasileiros deveriam viver a partir do lema “Ordem e Progresso”, estimulando a produção econômica e industrial do país (LIMA; VERONESE, 2012).

Segundo Pilotti e Rizzini (2011), ainda no século XIX, após a abolição da escravidão, com o aumento da demanda da produção das indústrias, mulheres e crianças foram recrutadas para trabalhar durante longos períodos e com salários baixos. As crianças eram usadas para complementar a renda das famílias as quais estavam inseridas, sob a justificativa dos patrões que o trabalho as retirava da malandragem e, por conseguinte, da criminalidade (PILOTTI; RIZZINI, 2011). A precoce inserção das crianças e adolescentes no ambiente laboral constitui parte do processo de desvalorização do ser humano e esta questão se mostra imersa na função de cada classe social, onde o pobre teria nascido para servir, incluindo crianças, e o rico para comandar (PILOTTI; RIZZINI, 2011).

Por volta da metade do século XIX era enorme a taxa de mortalidade das crianças recolhidas na Roda dos Expostos. Esse fato chamou atenção um grupo formado por médicos e outros profissionais que se mostraram preocupados e dispostos a fazer algo para reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil. Eles eram higienistas e filantropos e tentavam agir sobre as condições de vida que eram oferecidas para crianças e adolescentes nessas instituições. Desta maneira, surgiu a primeira especialidade médica voltada para o cuidado da infância, a Puericultura (PILOTTI; RIZZINI, 2011).

Em consequência dos debates sobre como cuidar adequadamente de crianças, principalmente as enjeitadas, as instituições passaram a acatar as normas de higiene propostas pelos higienistas. Além disso, em 1901, foram criados os Institutos de Proteção e Assistência à Infância, sendo o primeiro construído no Rio de Janeiro com, por exemplo, farmácias gratuitas e ambulatórios de saúde que atendiam a população mais empobrecida (PILOTTI; RIZZINI, 2011).

Nesse cenário pode-se observar que as instituições filantrópicas passam a ganhar espaço na prestação de serviços de assistência ao menor, cuja explicação encontrada em Rizzini (2008, p. 145) diz que:

Ao longo dos séculos XVII e XVIII, assiste-se a uma lenta inversão da liderança sobre a assistência dirigida aos pobres, obedecendo a uma visão crescentemente secularizada da sociedade. Observa-se o descolamento do domínio da Igreja, associada aos setores públicos e privados, para o domínio do Estado, que passa a estabelecer múltiplas alianças com instituições particulares. Entram em conflito os

valores enfraquecidos da caridade e os novas ideias da filantropia. Trata-se de um processo que em parte decorre das mudanças nas relações de poder que vinham ocorrendo entre Igreja e Estado no cenário político internacional

Conforme Pilotti e Rizzini (2011), apesar de haver uma distinção entre a caridade e a filantropia, essas palavras eram utilizadas como sinônimos e a questão da assistência ao pobre era um objetivo em comum. Entretanto, como a noção de prevenir e recuperar pessoas que haviam desviado do ideal de sujeito pela sociedade também estava impregnada em ambas as práticas, os dois grupos compartilhavam um objetivo: preservar a ordem social (PILOTTI; RIZZINI, 2011).

Com início em 1923, um decreto regulamentou a assistência e proteção aos menores abandonados e considerados delinquentes. Considerava-se menores todos aqueles com menos de 18 anos, que não tinham moradia, órfãos e desamparado, e delinquentes aqueles que habitualmente pediam esmola ou praticavam delitos. Os termos utilizados para descrever essas crianças e adolescentes tinham um cunho de culpabilização, uma vez que lhes imputava à sua escolha o motivo de permanecerem numa vida considerada imoral socialmente (LIMA; VERONESE, 2012).

A ideia propagada pelas classes dominantes de que as famílias das classes mais pobres não poderiam cuidar adequadamente de seus filhos, pois entregues ao vício da ociosidade, abriam a porta para outros vícios como o alcoolismo, prostituição, vagabundagem, mendicância e conseqüentemente a criminalidade, sendo portanto, um risco às suas próprias proles e assim, ao futuro da nação, deu força ao Estado para controlar, retirar ou restringir o poder das famílias sobre a guarda e cuidados de seus filhos. Essas intervenções do Estado na família, aconteceram em decorrência da primeira tentativa de regularização da assistência aos menores e adolescentes delinquentes ocorrida na década de 1920.

No ano de 1927, foi aprovado o primeiro Código de Menores da República, após o estabelecimento do primeiro Juizado de Menores em 1924, por conta da pressão da sociedade sobre o Estado a respeito da situação problemática que se encontravam as crianças pobres nas ruas, por terem sido abandonadas ou pela falta de cuidados das famílias. A sociedade cobrava do Estado a proteção desse grupo social (COSTA, 2012).

De acordo com Lima e Veronese (2012), desta maneira o Estado encontrou uma forma legal para retirar o “Pátrio Poder”, acreditando que a internação seria uma solução para as crianças e adolescentes pobres, em vez de investir em políticas públicas básicas que auxiliassem as famílias mais empobrecidas. Essa suposta solução criada para retirar as crianças e adolescentes delinquentes e abandonados da rua e das famílias sem condições, promoveu uma

superlotação nos institutos disciplinares e, conseqüentemente, afetou a qualidade da reeducação que estava sendo ofertada nesses locais. Apesar de serem uma proposta nacional, os institutos disciplinares estavam concentrados apenas nas principais cidades brasileiras e, à vista disso, as crianças das periferias continuaram desamparadas pelo Estado (LIMA; VERONESE, 2012).

Em 1941, foi criado o Serviço de Assistência aos Menores (SAM), o qual tinha a mesma intenção e modelo do primeiro serviço que o Estado tentou regularizar para a assistência de crianças e adolescentes na década de 1920, porém, desde a primeira tentativa de assistência ao menor até a criação do SAM, o governo estreitou relações com o poder privado e desta maneira, propiciou que verbas que seriam destinadas à assistência da criança e do adolescente fossem entregues a pessoas por troca de favores, corrupção chamada de clientelismo (PILOTTI; RIZZINI, 2011).

Em 1964, com o Golpe Militar, a questão dos menores tornou-se um assunto de âmbito da segurança nacional e, portanto, passou para as mãos do Governo Militar. Nessa nova gestão da infância e adolescência, houve a aprovação da Política Nacional do Bem-Estar do Menor (PNBEM), que extinguiu totalmente o Serviço de Assistência aos Menores (SAM).

Com a vigência dessa nova política de voltada ao menor, o Poder Executivo autorizou a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM). A intenção dessa nova fundação era substituir práticas repressivas, por uma concepção educacional do tratamento a crianças e adolescentes institucionalizados (LIMA; VERONESE, 2012). Então, de forma autoritária e normatizadora, a assistência ao menor passou a ser exercida através do controle dessa população, vista como um problema social, buscando conter possíveis revoltas desse grupo marginalizado e seu ingresso para o comunismo e drogas. A internação dos menores aconteceu de forma compulsória, isto porque eles eram vistos como inconvenientes para o sistema militar que estava sendo adotado no Brasil (PILOTTI; RIZZINI, 2011).

Após 10 anos do Golpe Militar brasileiro, de 1964, uma série de questionamentos quanto à forma de ver os menores foi colocada sob a luz da justiça. Assim, foram propostos avanços legislativos para a infância e adolescência no Brasil, pois entendeu-se que o Código de Menores já não satisfazia as carências sociais dos sujeitos em questão (LIMA; VERONESE, 2012).

As novas redações a respeito da forma de tratar esse grupo social afirmaram uma doutrina de cuidados para aqueles que apresentassem alguma incompatibilidade de conduta com a sociedade. Logo, o Código de Menores de 1979 criou a doutrina da situação irregular, que visava, assim como o Código de Menores de 1927, o cuidado e controle daqueles jovens considerados delinquentes e abandonados. Em resumo, o dito novo Código não proporcionou

avanços nos cuidados prestados ao menor e perpetuou as violências vividas por essas crianças e adolescentes há anos (LIMA; VERONESE, 2012).

Em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil, incorporou à sua lista de direitos fundamentais humanos questões relacionadas à normatização de direitos sociais e políticos (LIMA E VERONESE, 2012). Nestas normatizações estavam direitos básicos como educação, cultura, trabalho, lazer, assistência social, direito das famílias, das crianças e adolescentes, bem como, possibilidade de acesso à justiça (BRASIL, 1988). Com a nova era dos direitos humanos brasileiro, entra em vigor em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que surgiu para firmar e reafirmar os direitos previstos na Constituição Brasileira de 1988 de crianças e adolescentes (LIMA E VERONESE, 2012).

2.2 MARCOS LEGISLATIVOS DO DIREITO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Anteriormente ao nascimento da CF/88, as crianças e adolescentes eram vistos como sujeitos incapazes e dependentes de terceiros para a execução de seus direitos (ABRINQ, 2019). Com a publicação do ECA em 1990, o Brasil desenvolveu grandes avanços em direção aos direitos humanos, proporcionando debates a respeito de diversos temas que feriam os direitos básicos das crianças e adolescentes brasileiras (LINHARES, 2016). Todavia, a história da infância e adolescência no Brasil foi marcada por inúmeras medidas legislativas, nacionais e internacionais, até atingir os direitos e proteções existentes atualmente no ECA (ABRINQ, 2019).

Na opinião de Lima e Poli *et al* (2017), a forma insensível como as crianças e adolescentes brasileiros eram tratados se assemelhava ao tratamento recebido por seus pares em países da Europa. Quando as embarcações portuguesas se lançaram em alto mar, com objetivo de colonizar o novo mundo, possuíam em suas tripulações crianças e adolescentes e dentre elas havia filhos de portugueses, órfãs, aprendizes de marinheiros, criados da nobreza. Pois, como o objetivo era de povoar novas terras, necessitavam de crianças para perpetuar a cultura portuguesa. As atividades executadas por eles eram determinadas pela condição financeira de sua família ou origem e os deveres das crianças eram considerados parte de sua formação educacional. A diferenciação deles em relação aos adultos era percebida somente quando comparava-se o tamanho e sua força para realizar os trabalhos manuais. Não havia distinção entre a infância, adolescência e a vida adulta (LIMA, POLI *et al*, 2017).

A concepção de infância e adolescência que se tem hoje é resultado de um longo processo histórico, que envolve iniciativas internacionais que incentivaram o desenvolvimento da CF/88 e, conseqüentemente, o ECA (1990), baseado na Lei n. 8.069/1990 (ABRINQ, 2019).

Retornando na História, na Idade Média, entidades religiosas realizavam práticas de proteção à infância e adolescência de natureza assistencial e de caridade, assim como ocorrera no Brasil no período pré-republicano. Já na revolução industrial, crianças e adolescentes começaram a serem incorporados aos processos de produção pois, com o auxílio de máquinas, a força corporal não era mais tão importante. Apesar de na indústria executarem os mesmos serviços que pessoas adultas, eles recebiam menos pela sua força e hora de trabalho. Com o aumento da exploração infantil, países europeus passaram a modificar suas normas de proteção às crianças e adolescentes (ABRINQ, 2019). No Brasil, a cultura da exploração infantil esteve presente desde a chegada dos portugueses, os quais acreditavam que, sob o olhar da cultura cristã, o trabalho tornava “o homem uma pessoa boa, honesta e obediente” (PAGANINI, 2008, p. 3).

Após o fim da Primeira Guerra Mundial, a Liga das Nações foi criada com a intenção de manter a paz entre os países e a partir dela foi criado o Comitê de Proteção à Infância em decorrência do grande número de crianças órfãs em resultado da guerra. Ainda a nível mundial, em 1924, a Liga das Nações aderiu à Declaração de Genebra dos Direitos da Criança (ABRINQ, 2019).

Segundo Lima e Veronese (2012), no Brasil, em 1927, entrou em vigor o primeiro Código de Menores da República, o qual também era o primeiro de toda a América Latina. Eram protegidos pelo Código todas as crianças e adolescentes que fossem considerados abandonados e delinquentes a partir da classificação encontrada no artigo 26, no qual constavam “não ter habitação certa, nem formas de subsistência, ter os pais falecidos, desaparecidos ou desconhecidos, e nem ter pessoa responsável por sua guarda [...]” (LIMA; VERONESE, 2012, p. 32). Além disso, entrariam nessa classificação também aqueles que os responsáveis não tivessem condições de garantir sua subsistência por serem pobres ou que fossem considerados vadios, miseráveis ou libertinos, além daqueles, vítimas de prática de maus tratos ou/e violência por seus cuidadores. (LIMA; VERONESE, 2012). De acordo com Bulhões (2018), ainda que o Código de Menores de 1927 tenha sido um marco de proteção às crianças e adolescentes no Brasil, ele tinha um carácter de higienização, repressão e violência implícitos em seus artigos. Além disso, estimulava o trabalho para maiores de 12 anos de idade e perpetuava a cultura de que o trabalho dignifica o homem (BULHÕES, 2018).

Em 1948 na IX Conferência Internacional Americana, foi lançada a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (1948). Ela concretizava o direito das pessoas como necessidade fundamental do ser humano para além do sujeito como cidadão, afirmando que a dignidade era um direito básico. No final do ano de 1948, a ONU adotou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que tinha como objetivo tornar mundial a proteção aos direitos políticos, culturais, sociais e econômicos de todas as pessoas do mundo (ABRINQ, 2019).

Lançada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 20 de novembro de 1959, a Declaração dos Direitos da Criança de 1959 foi um marco histórico para a proteção universal de crianças e adolescentes (ABRINQ, 2019). Nessa declaração estava previsto que crianças e adolescentes, por sua condição peculiar em desenvolvimento, necessitavam de proteção e cuidados por uma legislação específica e apropriada para cada fase de sua vida (LIMA, POLI, *et al*, 2017).

Já no ano de 1962 a ONU realizou a Convenção sobre o Consentimento para o Matrimônio, a Idade Mínima para o Casamento e Registros de Casamentos, a qual entrou em vigor em 1964. Com essa Convenção os estados deveriam adotar legislações que proibissem o casamento de crianças e adolescentes (ONU, 1962). O casamento infantil é a união formal ou informal de uma pessoa maior e outra menor de 18 anos, ou de duas pessoas menores de 18 anos e que pode trazer consequências negativas para o desenvolvimento físico e mental do menor de idade, pois, pessoas que se casam antes da maioridade têm maiores chances de deixar de estudar, podem ter gestações de risco pela falta de amadurecimento corporal e, além disso, estão sujeitas a maiores índices de violência doméstica (UNICEF, 2021).

No ano de 1979, um novo Código de Menores foi instaurado com a utilização do termo “situação irregular” como palavra-chave para determinar quais jovens deveriam ser protegidos por esse código. Contudo, independentemente da nova apresentação do código, ele mantinha-se destinado ao controle social da infância e adolescência desviante do Brasil. (FALEIROS, 2011).

A começar na década de 1980, organizações não governamentais e movimentos sociais iniciaram ações para que crianças e adolescentes pudessem ser introduzidos como beneficiários na CF/88. Por intermédio de uma robusta literatura, essas ações foram movidas em direção a proteção desse grupo social, com provas de que os modelos assistenciais e de caráter reformatório propostos até à época não eram respeitosos e nem eficazes para a educação de crianças e adolescentes (PILOTTI; RIZZINI, 2011). Em 1980 foi promulgada a Convenção sobre os Aspectos Civis do Rapto Internacional de Crianças, a qual previa sobre os direitos

humanos de crianças raptadas, para que fosse assegurada sua segurança, proteção e retorno imediato ao país de origem. Essa convenção também previa a necessidade de estados e nações diferentes colaborarem em prol do bem-estar da criança raptada (ONU, 1980).

Em 1984, duas convenções importantes foram realizadas, a Convenção Interamericana sobre Conflitos de Leis em Matéria de Adoção de Menores e a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos e Punições Cruéis, Desumanos e Degradantes (ABRINQ, 2019). A primeira foi promulgada no Brasil em 1997, e objetivava garantir que os processos de adoção acontecessem de maneira segura para a criança e adolescente adotado, garantindo que no novo lar pudesse desfrutar de todos os direitos básicos humanos como moradia, alimentação, educação e afeto (ONU, 1984). Já a segunda exigia que os países não permitissem torturas de qualquer ordem ou por qualquer motivo, impedindo que justificassem ou permitissem os maus tratos a qualquer ser humano.

No ano seguinte, em 1985, a ONU lançou as Regras Mínimas para a Administração da Justiça, da Infância e da Juventude. Alguns dos princípios fundamentais dessas regras são

- 1.1. Os Estados membros procurarão, em conformidade com os seus interesses gerais, promover o bem-estar do menor e da sua família.
- 1.2. Os Estados membros esforçar-se-ão por criar condições que assegurem ao menor uma vida útil na comunidade fomentando, durante o período de vida em que o menor se encontre mais exposto a um comportamento desviante, um processo de desenvolvimento pessoal e de educação afastado tanto quanto possível de qualquer contato com a criminalidade e a delinquência.
- 1.3. É necessário tomar medidas positivas que assegurem a mobilização completa de todos os recursos existentes incluindo a família, os voluntários e os outros grupos comunitários, assim como as escolas e outras instituições comunitárias, com o fim de promover o bem-estar do menor e reduzir a necessidade de intervenção da lei e tratar de forma eficaz, equitativa e humanitária o jovem em conflito com a lei (REGRAS DE BEIJING, 1985).

Após quatro anos, em 1989, a Convenção dos Direitos da Criança foi adotada pela ONU, e ratificada pelo Brasil em 1990, sendo o instrumento normativo mais aceito universalmente em relação aos direitos das crianças e adolescentes (UNICEF, 2021). De acordo com o documento oficial da Convenção, são consideradas crianças todas as pessoas com menos de 18 anos, as quais são consideradas seres humanos em desenvolvimento físico, mental, social, espiritual e moral, tendo por isso, o estado a obrigatoriedade de desenvolver em tanto em âmbito legislativo como administrativo, ações adequadas que garantam o seu bem-estar antes de qualquer objetivo (ONU, 1989). Nesse contexto, os direitos das crianças e adolescentes ganharam, a partir dessa convenção, um ramo sólido dentro do direito, que incorporou um novo ponto de vista sobre o cuidado integral desse grupo social (LIMA; VERONESE, 2012).

Juntamente ao advento da CF/88, e com a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, de 1989, que visavam também a Doutrina da Proteção Integral ao ser humano, o Brasil instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, o qual implementa uma legislação específica para o cuidado integral dos brasileiros menores de 18 anos.

De acordo com Digiácomo e Digiácomo (2017), a Lei n. 8.069/1990, que deu origem ao ECA, é reconhecida internacionalmente como uma evolução ligada aos direitos da população infanto-juvenil. No entanto, compreendem que essa legislação não é conhecida por todos, inclusive por administradores públicos, fato que proporciona um descumprimento dos artigos apresentados no documento e consequentemente a falta de proteção integral a crianças e adolescentes.

O ECA é um importante instrumento de direitos e deveres na proteção integral das crianças e adolescentes no Brasil, colocando-os como sujeitos de direito e cidadãos. Para que os direitos da infância e adolescência brasileira fossem cumpridos de acordo com o Estatuto que entrava em vigor, foi criado o Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente (SGD), o qual realiza a articulação entre instituições públicas governamentais e a sociedade civil para que seja assegurada a promoção, defesa e controle dos direitos humanos infanto-juvenis, no âmbito municipal, estadual e federal (BRASIL, 2006).

3 O SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS: UM ESFORÇO TRANSVERSAL

O que se convencionou chamar de Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente teve sua primeira menção, segundo Baptista (2012), no ano de 1992, no III Encontro Nacional da Rede de Centros de Defesa, evocado por Wanderlino Nogueira. Para ele,

a estruturação desse sistema objetivava acentuar a especificidade da política de garantia de direitos de crianças e adolescentes dentro do campo geral das políticas de Estado, reforçando seu papel no conjunto de ações estratégicas de “advocacia de interesses de grupos vulnerabilizados (BAPTISTA, 1992, p. 190):

Conceitualmente a ideia era de haver uma política de proteção integral às crianças e adolescentes do país, tal qual preconizado no ECA (1990), onde as ações não se caracterizariam como esforços isolados, mas sim conjuntos e de maneira transversal com as diversas políticas públicas, dispostos paralelamente o campo do atendimento e da justiça. Com os papéis bem definidos de todos os participantes desta rede, enquanto política pública específica, os marcos legais importantes da área até aquele momento – a saber, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990) e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança – poderiam ser operacionalizados. Para, além disso, o objetivo de fortalecer o controle social sobre esta política também teria aporte importante (BAPTISTA, 2012).

Seguindo essa linha da história, Baptista (2012) menciona o papel preponderante que o Centro Dom Hélder Câmara (CENDHC) teve, com a realização de uma capacitação e treinamento na área de direitos em 1995, além da publicação inédita, em 1999, de um livro com o título “Sistema de garantia de direitos: um caminho para a proteção integral”. A partir destes fatos, a autora pontua a deliberação conjunta em abril de 2006 do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e da Secretaria Especial de Direitos Humanos que assinam a Resolução n. 113/2006 que normatiza o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente e que o conceitua:

Art. 1º O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos humanos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal.

Esse Sistema de Garantia de Direitos, segundo Digiácomo (2014), diz respeito a um conjunto de atores governamentais e não-governamentais que, a partir de uma política específica na área, deliberada pelos Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, age para efetivar os direitos infanto-juvenis.

Ainda conforme Digiácomo (2014), conceber uma política para proteção integral da criança e do adolescente, em conformidade com o já estabelecido no ECA (1990), deve ter como parâmetro ações em que o poder judiciário não seja visto como a autoridade central e que administra as demais políticas de atendimento, bem como a judicialização de casos individuais de ameaça ou violação dos direitos de crianças e adolescentes seja banalizado. O autor pontua como até o momento atual a autoridade judiciária é ainda aceita como principal ator das políticas de proteção à infância e juventude, inclusive condicionando o devido atendimento pelas políticas das situações às medidas judiciais interpostas por juízos da área da infância. Para ele, infelizmente o aspecto cultural e conceitos aos moldes do antigo Código de Menores de 1979 através da “Doutrina da Situação Irregular” ainda subsiste, apesar da alteração da legislação. O autor salienta a diferença entre as duas doutrinas e legislações:

Um dos principais diferenciais entre a atual "Doutrina da Proteção Integral à Criança e ao Adolescente" e a revogada 'Doutrina da Situação Irregular', aliás, é justamente a preocupação daquela com a 'desjudicialização' do atendimento à criança e ao adolescente, pois na forma da Lei n. 8.069/90 a intervenção da autoridade judiciária, a rigor, deveria ocorrerá penas em casos excepcionais, quando fosse negado o atendimento por parte do Poder Público [nota 3] ou quando a própria lei estabelecesse tal exigência de maneira expressa [nota 4] (DIGIÁCOMO, 2014, p. 1).

As medidas de proteção relacionadas no ECA, em seus artigos 101 e 129, tão necessárias e importantes para a efetivação dos direitos das crianças e adolescentes, só terão efeito, como salienta o autor, se forem acompanhadas de políticas públicas com serviços intersetoriais de atendimento aprovados pelos Conselhos de Direito da Criança e do Adolescente, que são, em sua essência as ações capazes de modificar as situações. Os Conselhos Municipais de Direito pertencem a esta rede de proteção que é formada por diferentes atores, entre órgãos e entidades, governamentais e não-governamentais, distribuídos em três diferentes eixos, conforme ordenamento da Resolução n. 113/2006, do CONANDA:

Art. 5º Os órgãos públicos e as organizações da sociedade civil, que integram esse Sistema, deverão exercer suas funções, em rede, a partir de três eixos estratégicos de ação: I - defesa dos direitos humanos; II - promoção dos direitos humanos; e III - controle da efetivação dos direitos humanos. Parágrafo único. Os órgãos públicos e as organizações da sociedade civil que integram o Sistema podem exercer funções em mais de um eixo.

Carvalho (2012) explica que, segundo o CONANDA (2006), cada eixo específico traz competências e um conjunto de ações característicos e determinados para as instituições que o compõem. O eixo da defesa busca garantir o acesso à justiça para proteção de direitos violados e é composto por: varas da infância e juventude; promotorias de justiça, procuradorias

gerais e de justiça; defensorias públicas; advocacia geral da união; polícias civil e militar; os conselhos tutelares; e as ouvidorias. Já o eixo da promoção tem a responsabilidade de desenvolver políticas públicas de atendimento, exercida de forma intersetorial, porém, integrada para efetivar os direitos humanos de crianças e adolescentes através três tipos de ações: serviços e programas de políticas sociais; serviços e programas de medidas de proteção; serviços e programas de medidas socioeducativas. O último eixo do controle é operacionalizado através de instâncias públicas colegiadas próprias, com composição paritária entre órgãos governamentais e da sociedade civil, dentre eles: os conselhos de direitos das crianças e adolescentes; conselhos de controle de políticas públicas de outros setores; e os órgãos de controle interno e externo definidos pela Constituição Federal. Esse Sistema de Garantia de Direitos tem a partir desta configuração uma grande responsabilidade, pois conforme o

Art. 2º Compete ao Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente promover, defender e controlar a efetivação dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais, coletivos e difusos, em sua integralidade, em favor de todas as crianças e adolescentes, de modo que sejam reconhecidos e respeitados como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento; colocando-os a salvo de ameaças e violações a quaisquer de seus direitos, além de garantir a apuração e reparação dessas ameaças e violações.

§ 1º O Sistema procurará enfrentar os atuais níveis de desigualdades e iniquidades, que se manifestam nas discriminações, explorações e violências, baseadas em razões de classe social, gênero, raça/etnia, orientação sexual, deficiência e localidade geográfica, que dificultam significativamente a realização plena dos direitos humanos de crianças e adolescentes, consagrados nos instrumentos normativos nacionais e internacionais, próprios (BRASIL, 2006).

Como já anteriormente detalhado, esta rede de proteção tem atores valiosos para alcançar os objetivos propostos, os quais vale citar brevemente alguns destes. Os conselhos de direito da criança e do adolescente, por exemplo, se caracterizam como fundamentais enquanto formuladores de políticas voltadas para este segmento em específico, com a colaboração dos demais conselhos setoriais de políticas sociais (a saber, assistência social, saúde, educação, entre outros), elaboram e lutam para efetivar políticas públicas que priorizem o público infanto-juvenil em seus direitos, através da previsão de recursos em ações governamentais e da sociedade civil organizada (em suas diversas instituições que prestam serviços na área) (DIGIÁCOMO, 2014). O mesmo autor caracteriza a importância destas instituições reguladoras da política servir como:

[...] foro permanente de discussão - e descoberta de soluções - para os problemas relativos à estrutura de atendimento à criança e ao adolescente existente no município, inclusive aqueles que digam respeito aos órgãos, autoridades e entidades de atendimento existentes e ao adequado funcionamento da “rede de proteção” por eles composta (DIGIÁCOMO, 2021, p. 5).

Os conselhos de direitos da criança e do adolescente têm a tarefa também de, em conjunto com toda a rede de proteção, definir fluxos e adequar serviços, para a devida oferta de serviços de modo prioritário e especializado (DIGIÁCOMO, 2014).

Para efetivar as políticas de proteção através desta “rede” outros órgãos fiscalizadores são fundamentais, dentre os quais, podemos citar como basilar os Conselhos Tutelares, enquanto instituições importantes na defesa dos direitos das crianças e que devem buscar “a adequada estruturação do município em termos de serviços e programas especializados no atendimento” (DIGIÁCOMO, 2014). O autor salienta ainda como referência às ações dos CT’s a capacidade de repassar para os Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e aos poderes executivos locais as demandas principais e dificuldades no atendimento específico, para inclusão destas considerações na elaboração de planos e propostas orçamentárias que priorizem de maneira absoluta crianças e adolescentes, desta forma, [...] o Conselho Tutelar pode - e em cumprimento ao disposto no art. 131, parte final, da Lei n 8.069/90 [nota 34] deve - assumir o papel de "protagonista" da mudança na forma como o Poder Público local atua na área infanto-juvenil (DIGIÁCOMO, 2014, p. 3).

Os Conselhos Tutelares podem ter uma ação “estratégica” com seu contato direto com os Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, reforça o mesmo autor, já que além de buscar melhorar a situação da rede de atendimento com o levantamento das falhas, há ainda a construção e deliberação de fluxos e protocolos de atendimento, buscando sempre respostas resolutas através das políticas públicas especializadas (DIGIÁCOMO, 2014).

Estas mesmas características diferenciais no modo de operar destes órgãos podem, inclusive, ser operacionalizadas através do importante papel dos CT’s, em “realizar ações diretas de enfrentamento das situações de violência em que vivem crianças e adolescentes” (CARVALHO, 2012, p. 32). Este enfrentamento só pode ocorrer por meio da notificação dos casos específicos de violação de direito de crianças e adolescentes, mesmo os casos de apenas haver uma suspeita.

Usando como referência para fundamentação sobre o assunto o *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*, Carvalho (2012) lembra da importância da notificação a respeito das situações de violência contra criança e adolescente para o Conselho Tutelar, como forma de proteção, observando situações de urgência para que as autoridades do

poder público possam dar respostas a estas. A autora destaca ainda a importância da sensibilização e capacitação dos profissionais dos diversos setores, como a saúde, para que esta notificação ocorra. Carvalho (2012, p. 32) ainda lembra que:

A atenção às vítimas de violência por meio de ações e programas específicos está adquirindo cada vez mais relevância dentro do contexto das políticas públicas de proteção à infância e adolescência. Nesse sentido, alguns setores como Justiça, Assistência e Saúde vêm construindo, planos de enfrentamento, políticas e linhas de atuação que orientam acerca do atendimento a tais vítimas.

Desta forma, os Conselhos Tutelares são operadores importantes na rede de proteção do público infanto-juvenil, sendo “um órgão inovador no contexto da sociedade brasileira, com a missão de zelar pelo cumprimento dos direitos da infância e adolescência” (CARVALHO, 2012, p. 33).

O cumprimento da proteção aos direitos das crianças e adolescentes ocorrerá também em sua integralidade, a partir da atenção dada às famílias, já que a partir dos moldes da Doutrina atual, categoricamente detalhada no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990), o foco do atendimento das políticas públicas também as inclui como espaços de vulnerabilidade e que precisam de apoio de diversos setores da rede (DIGIÁCOMO, 2014). A orientação, encaminhamento e acompanhamento de órgãos importantes como os próprios Conselhos Tutelares ou mesmo os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Saúde (UBS's, Hospitais, entre outros), pode fortalecer os vínculos familiares, servindo como forma de prevenção a possíveis violações de direitos no futuro. (CARVALHO, 2012).

A propósito, observa Digiácomo (2014) a prevenção é ponto chave para diferenciar a doutrina da proteção integral e seu marco legal resultante, o ECA, da antiga doutrina da situação irregular e o Código de Menores de 1979. O autor explica que:

Esta é a razão pela qual a primeira "linha de ação" da política de atendimento à criança e ao adolescente idealizada pela Lei nº 8.069/90 constitui-se na implementação das "políticas sociais básicas" que, como é sabido, destinam-se indistintamente a todos e compreendem áreas estratégicas de atuação do Poder Público, como a educação e a saúde que, desta forma, devem investir maciçamente em ações voltadas ao público infanto-juvenil.

A construção deste formato de políticas sociais básicas que visem a prevenção, perpassa, obviamente, pelo investimento nas diversas áreas de atendimento setoriais, dentre as quais citamos a educação, a assistência social e a saúde (CARVALHO, 2012; DIGIÁCOMO, 2021).

A educação como parte da rede de atendimento de crianças e adolescentes, possui uma posição diferencial para lutar contra a violação de direitos deste segmento. Segundo Digiácomo (2021), a escola deve ultrapassar sua mera atuação de transmissão de conhecimento formal,

sendo um agente mobilizador, principalmente através de sua articulação com a comunidade e familiares, além, é claro do contato com os demais serviços da rede de atendimento. O autor declara ainda que é

Importante destacar que a escola não deve desempenhar um papel meramente “passivo” diante dos problemas envolvendo seus alunos, relacionados ou não com a prática de atos de indisciplina. Como é da essência do “Sistema de Garantias” do qual, como vimos, a escola faz parte, sua atuação deve ser eminentemente preventiva, seja através da disseminação da chamada “cultura da paz” entre os alunos, seja através da orientação dos pais/responsáveis ou do desenvolvimento de outras “estratégias” destinadas a enfrentar as principais causas dos problemas que afligem, sobretudo, a população infanto-juvenil, dentro e fora do ambiente escolar (DIGIÁCOMO, 2021, p. 8).

A escola pode se tornar um catalisador de demandas, que pode se aproximar dos demais serviços, como também pode ampliar os programas e serviços já ofertados para adequação da rede de atendimento da criança e do adolescente. Essa aproximação com a rede é determinante, à medida que move órgãos de relevância como os conselhos de direito da criança e do adolescente, através da participação dentro destes órgãos por meio da organização da comunidade escolar enquanto representantes da sociedade civil. A postura ativa da comunidade escolar (citando pais, professores e demais funcionários da própria escola) pode dar frutos que influenciem na transformação da realidade infanto-juvenil e de suas respectivas famílias, como conclui o autor:

Com isto, podemos retornar ao início da presente explanação e afirmar, sem medo de errar, que se a comunidade escolar como um todo der o exemplo no que diz respeito ao exercício de cidadania, e ocupar os espaços destinados à participação popular junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (e outros conselhos populares), poderá contribuir de forma ativa e decisiva para seu adequado funcionamento e, em última análise, para estruturação da “rede de proteção à criança e ao adolescente” e conseqüente solução da imensa maioria dos problemas que afligem crianças e adolescentes, trazendo benefícios incomensuráveis não apenas a estes, mas a toda sociedade (DIGIÁCOMO, 2021, p. 9).

A assistência social enquanto política nacional instituída em 2004, abrange um Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que possui diferentes níveis de proteção: a proteção social básica, com atendimento junto aos CRAS; e a proteção social especial, com atendimento dos CREAS, por exemplo. Ambos os setores têm aporte no fortalecimento e até mesmo o resgate dos vínculos familiares e comunitários e, com o atendimento às famílias buscam, inclusive, prevenir as violações ou mesmo o agravamento destas (CARVALHO, 2012).

No que diz respeito ao trabalho da saúde no Sistema de Garantias de Direitos, ela tem papel fundamental na prevenção e proteção dos direitos de crianças e adolescentes. Segundo, Brasil, (2010) cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) por determinação do ECA

desenvolver ações que garantam o direito à vida e à saúde a crianças e adolescentes, e permitam o acesso a saúde de forma integral, o qual é viabilizado pelo acesso universal e igualitário em todos os níveis de atenção. “Essa tarefa exige o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a atenção humanizada e o trabalho em rede”. (BRASIL, 2010, p. 10).

Assim, para garantir a proteção e promoção dos direitos de crianças e adolescentes, entendendo que a violência constitui um grave problema de saúde pública o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria n. 737/2001) (BRASIL, 2016) o qual

tem como diretrizes: a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001a. *apud* CARVALHO, 2012, p. 36).

Citando o enfoque dado por esta mesma política para as situações de violência, com a referida obrigação de assistência adequada aos diferentes casos (através da equipe interdisciplinar e serviços de referência, Carvalho (2012) lembra que o Ministério da Saúde lançou no ano de 2010 a Linha de Cuidado e Atenção Integral a Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência, que tendo por horizonte uma atuação para a atenção integral, perpassava as etapas do acolhimento, atendimento, notificação e encaminhamento para a rede. Além, disso,

O conteúdo deste documento está organizado de forma pedagógica e busca estimular o desenvolvimento de ações de prevenção de violências, promoção da saúde e cultura de paz. Chama a atenção para a necessidade do trabalho junto às famílias, reforça a importância de enfatizar os fatores de proteção e alerta sobre as vulnerabilidades e os riscos da violência contra crianças e adolescentes. Traz também orientações aos profissionais de saúde para contribuir na identificação de sinais e sintomas de violências, e estabelece uma linha de cuidado para a atenção integral à saúde de criança, adolescente e suas famílias em situação de violências, articulada com a rede de cuidado e de proteção social existente no território.

Com isso, busca-se desenvolver nos profissionais de saúde o interesse em construir junto com as famílias atendidas alternativas para o rompimento do ciclo de violências que, em muitas situações já faz parte da forma de se relacionar das famílias. Assim, poderá contribuir na construção de vínculos familiares e de práticas que expressem valores importantes para o bom convívio familiar como amor, gentileza, respeito, carinho etc. (BRASIL, 2016).

Assim entende-se que a saúde pode e deve promover, sempre de forma intersetorial ações que possibilitem a melhora na qualidade de vida, que promovam um ambiente saudável e incentivem a participação cidadã na luta pelos seus direitos e superação de processos de dominação e exclusão que desencadeiam e potencializam a ocorrência da violência em suas diversas faces, isso, tendo em vista, a prevenção agravos e riscos, e o acolhimento e assistências devidas para recuperação das vítimas de violências (MINAYO; SOUZA, 1999).

4 VIOLÊNCIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a violência ganhou notoriedade com os passar dos anos, tanto no nível nacional quanto internacional, como um grave problema de saúde pública e violação dos direitos humanos, pois seu impacto é significativamente negativo nas populações, gera elevados custos e sua ocorrência atinge níveis pandêmicos (PORTUGAL, 2016). Sobre isso Minayo (2005, p. 5) afirma que:

Em sua origem e manifestações, a violência é um fenômeno sócio-histórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública. Transforma-se em problema para a área, porém, porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor [...]

4.1 VIOLÊNCIA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo Chauí (2017) e Minayo (2006), a violência manifesta-se em momentos históricos de forma distinta, a depender dos usos e costumes e das normas legais existentes em cada período. Dessa forma, relaciona-se com a sociedade refletindo seu próprio modo de existir, tanto em sua forma estrutural como conjuntural. Sendo assim, é um agente influenciador e transformador da dinâmica social e, seja qual for sua manifestação, é permeada pelo desprezo e menosprezo ao indivíduo que vitimiza. Minayo (2020) exemplifica isso comentando que em países como Brasil, China e Holanda, a violência, seja em âmbito social, econômico, político ou institucional apresenta formas particulares e que as violências que ocorreram no Brasil colônia não são as mesmas do Brasil atual.

A violência faz parte de um novo perfil no quadro dos problemas de saúde, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, “todo ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais” (OMS, 2002 *apud* MINAYO, 2005, p. 45-46). Em todo o mundo, as mortes causadas por terceiros ou por suicídio representam um grave problema social e afetam de forma importante a saúde pessoal e coletiva. “[...] O Brasil teve, no ano de 2000, 34.132 internações hospitalares por agressões, o que corresponde a 5,4% de todas as hospitalizações por causas externas e uma taxa de internação de 0,20 por mil habitantes” (BRASIL, 2005, p. 178). Seu impacto causa atualmente mais vítimas que o câncer, a Aids, doenças do sistema respiratório, metabólicas e infecciosas, tendo sido o motivo principal de morte da população de 1 a 49 anos de idade e um dos principais motivos de óbito da população geral (MINAYO, 2020).

As consequências da violência e de acidentes que se manifestam em danos, lesões, traumas e mortes, causam prejuízos sociais, emocionais e econômicos, ocasionando, por exemplo, a ampliação de gastos na saúde com emergência, assistência e reabilitação, os quais demandam orçamentos mais caros que a maioria dos procedimentos médicos habituais (MINAYO, 2005). Sobre isso, Souza [*et al*] (2005, p. 179) discorre que:

É importante ressaltar que, além dos custos médicos, existem outros de extrema relevância que raramente são considerados e calculados: os relacionados à perda de produção, aos processos judiciais, aos benefícios previdenciários, ao resgate e à remoção das vítimas, aos danos ao mobiliário público e à propriedade de terceiros, ao atendimento policial e de segurança pública e privada e ao impacto nas relações e na economia familiar. Pelos aspectos médicos e todos os outros, conclui-se que a violência interpessoal impacta dramaticamente a população brasileira e sobrecarrega o setor Saúde com uma crescente demanda por atendimento.

Historicamente o envolvimento do setor de saúde com o fenômeno da violência sempre se deu numa ótica biomédica, voltada especificamente aos cuidados físicos, psicológicos e emocionais das vítimas (PORTUGAL, 2016). Além disso, Minayo e Souza (1999) explicam que a violência sempre foi campo de domínio dos setores do direito criminal e da segurança pública.

Na década de 1960, esse cenário começou a mudar devido à preocupação com o problema da violência contra crianças. Nesse período vários profissionais da saúde passaram a fazer denúncias sistemáticas através de debates e textos, nos quais alertavam sobre vários tipos de violências sofridas por esse grupo e como estas interferiam negativamente em seu crescimento e desenvolvimento (MINAYO, 2006).

A influência dos pediatras Kempe e colaboradores (1962), criadores da expressão “síndrome do bebê espancado”, foi fundamental para que após uma década de suas descobertas, muitos outros profissionais passassem reconhecer e diagnosticar a violência contra crianças e adolescentes como uma questão de saúde.

Segundo Minayo e Souza (1999) o movimento feminista também teve um importante papel na discussão da violência como pauta da saúde, ao afirmar que

Sua filosofia e método de trabalho buscando sensibilizar as mulheres e a sociedade em geral sobre a violência de gênero, criando mentalidade e buscando implodir a cultura patriarcal, têm gerado mudanças essenciais nas abordagens do setor saúde. Desta forma, a violência fundamentada no gênero, incluindo agressões domésticas, mutilação, abuso sexual, psicológico e homicídios passam a fazer parte da agenda, não apenas para os cuidados assistenciais e pontuais oferecidos nas emergências hospitalares (p. 9).

Apesar desses avanços, em todo o Ocidente, assim como no Brasil, somente na década de 1980 que a problemática da violência passa a ser inserida com maior intensidade na agenda

de debates e no setor da saúde, vindo a se consolidar no final de 1990, especialmente, devido à forte participação dos movimentos sociais pela democratização, Organizações Não governamentais (ONGs) de proteção à infância, instituições de direito e a influência de organizações internacionais nas pautas nacionais. (MINAYO; SOUZA, 1999). É importante dizer que

A consideração do tema da violência nos diversos espaços do setor saúde, no Brasil, se fez de forma fragmentada e progressiva. Primeiro tomaram consciência do problema os epidemiologistas e os psiquiatras. Seus estudos tomam vulto nos anos 70, mas o incremento maior da contribuição científica se deu nos anos 80, que acumularam 83% de toda a produção intelectual até então disponível (Minayo et al., 1990). Também na década de 80, alguns pediatras iniciaram atividades assistenciais e de prevenção nos hospitais em que trabalhavam e depois criaram ONG para ampliação e maior visibilidade de seu trabalho. Aí se destacam os Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami) em São Paulo; a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia) no Rio de Janeiro; e a Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (Abpani) em Minas Gerais (MINAYO; SOUZA, 1999, p. 9).

4.2 VIOLÊNCIA: É POSSÍVEL PREVENÍ-LA?

Conforme já explanado nesse trabalho, a violência é histórica e social, portanto, sempre fez parte das relações humanas. Todavia, isso não significa que é impossível ao ser humano viver sem violência, pois da mesma forma que aprendeu a conviver com a violência, pode desaprender. Para isso é importante desenvolver estratégias que gerem mudanças em fatores que influenciem comportamentos ou respostas violentas. A prevenção é um caminho que vem sendo escolhido por muitos países para o enfrentamento desse fenômeno (ASSIS; AVANCI, 2020).

Segundo Assis e Avanci (2020), a Agenda 2030 da ONU no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2015) destaca a violência e sua prevenção em alguns de seus objetivos de desenvolvimento sustentável, quais são:

Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos; Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças e mutilações genitais femininas; Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada, em todos os lugares; Acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças. (ASSIS; AVANCI, 2020, p. 78).

A noção de prevenção a violência também engloba o acesso universal à saúde, direito a educação, proteção social, diminuição da pobreza e da desigualdade social, saúde mental (PAN AMERICANHEALTH ORGANIZATION, 2017, apud ASSIS; AVANCI, 2020). Nesse

sentido afirmam Minayo e Souza (1999, p. 12): “Na área da saúde, prevenção é uma categoria fundamental, tanto no que diz respeito aos fatores desencadeantes dos agravos, como enquanto componente dos atos terapêuticos”. Prevenir a violência, segundo a autora exige-se: “[...] ter a ideia de quais são as questões em pauta em determinada sociedade, quais são os grupos ou os indivíduos considerados prioritários para atuação, e quais seriam as melhores estratégias de ação”. Completa dizendo que no Brasil os problemas relacionados às violências envolvem macroestrutura, conjuntura, cultura e instituições.

No caso brasileiro, os problemas que mais nos afligem nesse momento histórico são, do ponto de vista macroestrutural, as extremas desigualdades, a violência nos ambientes de trabalho e o desemprego, a exclusão social e a exclusão moral, a corrupção e a impunidade de problemas que se arrastam historicamente e, nesta etapa do desenvolvimento, têm grande peso sobre a dinâmica da violência. Do ponto de vista conjuntural o brutal crescimento do crime organizado, nos grandes centros urbanos, sobretudo em torno do narcotráfico (o que repercute em outras formas de delinquência como assaltos a bancos, roubos de carros, de cargas, sequestros e outras formas de violência geral e difusa); do contrabando de armas de fogo; aumento da delinquência juvenil e dos crimes contra as pessoas e o patrimônio, favorecidos pelo clima de atonicidade, desemprego, impunidade e ausência de um projeto social que integre o conjunto dos estratos sociais. Do ponto de vista cultural, interpessoal privado, as elevadas taxas de violência contra a criança e ao adolescente, contra a mulher, contra os idosos, a violência contra homossexuais e a discriminação racial. Do ponto de vista institucional, a arraigada violência e corrupção policial, o alijamento e a morosidade da justiça, assim como incontáveis formas de discriminação e maus-tratos que ocorrem nos diferentes setores do Estado, na sua relação com a população (MINAYO; SOUZA, 1999, p. 12).

Além da prevenção como instrumento de combate à violência, Assis e Avanci (2020) discorrem sobre a importância da promoção à saúde como aliado importante nessa batalha. Segundo as autoras, com base nos estudos em Buss 2000; Ferraz, 1994 e Gutierrez, 1994, afirmam que a ideia de promoção da saúde embora se assemelhe a de prevenção, ultrapassa esse conceito, já que tem como objetivo instrumentalizar a população para o cuidado com a própria saúde. Para promover saúde é necessário um trabalho que envolva vários setores da sociedade que contribuam para o fortalecimento de espaços de proteção afim de alcançar a eliminação ou controle de riscos, potencialização das capacidades, a prática do autocuidado e colaboração mutua, para tanto, é fundamental o investimento em políticas que estimulem uma cultura de não violência e de paz, educação, justiça social, alimentação, habitação etc.

O papel do Estado é fundamental para o desenvolvimento de políticas de programas de promoção a saúde, é essencial que atividades, processos e recursos das esferas institucional, governamental ou de cidadania estejam envolvidos buscando meios de produzir melhores condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, possibilitando assim que a população

possa decidir sobre suas condições de vida e saúde, tanto em âmbito individual como coletivo (GUTIERREZ, 1997 *apud* ASSIS; AVANCI, 2020).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006, tem como perspectiva de ação a transversalidade, a criação de uma rede de corresponsabilidade que atue visando maior qualidade de vida, tendo em vista o entendimento do impacto que os condicionantes e determinantes sociais tem no processo de adoecimento e saúde, fortalecendo assim nas mudanças almeçadas na forma de assistência do SUS (ASSIS; AVANCI, 2020). De acordo com Assis e Avanci (2020). A partir da implantação da PNPS, houve o fortalecimento de ações de intersetoriais de prevenção de violência, presentes nos seguintes marcos legais:

Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, em 2005; Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, em 2006; Lei Maria da Penha, em 2006; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2009; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), em 2008; Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Linha de Cuidado para a Atenção à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, em 2010, entre outros. Dentre as ações no território, há que se destacar a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, que conta com rede capilarizada que potencializa a identificação e a notificação das violências no território, atuando de forma integrada com as ações intersetoriais na rede de atenção e de proteção às vítimas de violências (...). Cabe ainda referir a existência do Programa Saúde na Escola (PSE), que é uma política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituído em 2007 (ASSIS; AVANCI, 2020, p. 88).

Conforme afirmado acima, tanto a promoção saúde quando a prevenção, exigem para sua elaboração e execução o conhecimento dos agravos sem desconsiderar os determinantes que os ocasionam. Souza e Lima (2020) afirmam que as violências afetam de formas distintas as pessoas e que o contexto sócio-histórico, político, econômico e cultural em que ocorrem influenciam na intensidade como se manifesta. Assim, para conhecer as violências nas suas diversas manifestações é importante que se lance mão de estudos e indicadores epidemiológicos, os quais permitirão por exemplo identificar e analisar o perfil das vítimas e dos agressores e os locais onde ocorrem mais frequentemente determinados tipos de violência, visando compreender os determinantes que influenciam na ocorrência de violências e a atenção, prevenção e promoção da saúde.

Diante disso, no Brasil é aprovada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001). Várias outras ações foram tomadas visando contribuir para o fortalecimento dessa Política, as quais são descritas no quadro abaixo, a partir das informações disponibilizadas em Brasil (2016, p. 10-12).

Quadro 1 Avanços na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

Portaria nº 1.968/2003	Estabelece como obrigatória a notificação de maus tratos e violências contra crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde.
Lei 10.778/2003	Estabelece a notificação compulsória, nos serviços de saúde públicos ou privados, em caso de violência contra a mulher
Lei nº 10.741/2003	Institui o Estatuto do Idoso, que estabeleceu a obrigatoriedade de comunicação obrigatória, pelos profissionais da saúde de ocorrências ou suspeitas de violência contra o (a) Idoso(a)
Portaria MS/GM no 936 2004	Dispõe sobre a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, visando à implantação/implementação dos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, em âmbito local, previstos na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
Decreto no 5.099, de 3 de junho de 2004	Regulamentou, para todo o território nacional, a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, atribuindo ao MS a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela
MS/GM no 2.406, de 5 de novembro 2004	Instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprovou instrumento, protocolos e fluxo para notificação nos serviços de saúde públicos e privados.
Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências 2005	Contemplou as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, a partir das informações coletadas.
Portaria MS/GM nº 687 de 2006	o MS implanta a Política Nacional de Promoção da Saúde, reforçando medidas anteriores e revalidando o seu caráter transversal e estratégico ao contemplar os condicionantes e os determinantes das violências e dos acidentes no País.
Portaria MS/GM nº 1.356 de 2006	Implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva), com base em dois componentes: vigilância contínua e vigilância sentinela.
Portaria MS/GM nº 1.876 de 2006	Foram instituídas as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio, na perspectiva de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências.
Portaria MS/GM nº 1.600 de 2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, incorporando o componente de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, cujo objetivo é estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e de educação permanente voltadas para a vigilância e a prevenção das violências e dos acidentes e das lesões e mortes no trânsito. Uma das diretrizes da política é a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção da rede.
Portaria MS/GM nº 1.271 de 2014	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e torna imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos.
Portaria nº 2.446, de 2014	Revisou-se a Política Nacional de Promoção da Saúde e foi publicada a de 11 de novembro, reafirmando como uma de suas prioridades o enfrentamento das violências.

Fonte: Brasil, 2021. Elaboração própria.

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, pautada em ações de cunho de prevenção e promoção da saúde que estabelece entre suas prioridades a organização da vigilância de violências e acidentes, com ênfase na implantação

da notificação de violência, e nesse sentido em 2006 o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA) que conta com dois componentes: Viva Sentinela e Viva Contínuo, cujo instrumento de coleta de ambos os componentes é respectivamente a Ficha de Notificação de Violência e Acidentes em Serviços de Urgência e Emergência e Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovoçada, registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2016) sobre o qual discorreremos no próximo tópico.

4.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

Cabe a vigilância em saúde observar e analisar de forma permanente as condições de saúde da população por meio de um conjunto de ações articuladas que possibilitem o controle de determinantes, riscos e prejuízos à saúde de grupos populacionais, conforme seus distintos territórios, a fim de garantir um atendimento integral, o que demanda tanto abordagens individuais como coletivas dos agravos de saúde (BRASIL, 2006). De acordo com Brasil, (2006, p. 22).

a análise da situação de saúde permite a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população, por intermédio da caracterização da população: variáveis demográficas; socioeconômicas; culturais; caracterização das condições de vida: ambientais; dos sujeitos; do perfil epidemiológico e descrição dos problemas: O quê? (problema); Quando? (atual ou potencial); Onde? (territorialização); Quem? (que indivíduos ou grupos sociais).

A vigilância epidemiológica é um dos componentes da vigilância em saúde, cujo objetivo é possibilitar a identificação de quaisquer alterações nos determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva a fim de orientar e adotar as ações de prevenção e controle das doenças ou agravos. A violência é um dos agravos que compõem o campo de análise da vigilância epidemiológica, e um dos instrumentos usados para seu monitoramento são os Sistemas de Informação em Saúde. (BRASIL, 2009).

No Brasil, atualmente os registros dos casos de violência são realizados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), este último, compõe o *corpus* da pesquisa.

O SIM possibilita o conhecimento dos dados de mortes ocorridas por causas violentas ou por acidentes em todo o território nacional, assim como, a sistematização e análise desses

dados, enquanto o SIH/SUS das internações decorrentes violência e acidentes não letais. Assim, ambos os sistemas permitem o registro de casos de violência de maior gravidade, cujas consequências são ou internação ou morte. Os casos de menor gravidade não são captados pelo SIM e SIH/SUS. Além disso, nesses dois sistemas, os registros dos casos de violência e acidentes são feitos de forma mais resumida, impossibilitando o acesso à informação detalhada sobre o perfil da vítima e do suposto autor da agressão em se tratando das situações de violência (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, buscando a obter um diagnóstico mais próximo à realidade, o Ministério da Saúde, implantou em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (BRASIL, 2009). Apesar desse sistema possuir dois componentes, já descritos na seção anterior, vamos nos deter aqui, apenas ao componente Viva Contínuo.

A implantação do componente VIVA Contínuo ocorreu a partir de 2006 e foi realizada, a princípio, em serviços de referência para violências. Seu objetivo é permitir a construção do perfil dos atendimentos decorrentes de violências (intrafamiliar, sexual e/ou outras) em unidades de saúde sob determinação das secretarias municipais e estaduais de saúde, também, articula e integra a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências, assegurando o direito a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2009). Ainda, conforme Brasil (2009, p. 9) a

“[...] vigilância contínua, devido às suas especificidades, ao caráter compulsório das notificações de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas e, no sentido de garantir a articulação e integração com a rede de atenção e proteção social às vítimas das violências, identificou-se a necessidade desse componente passar a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), que é um sistema consolidado, tem sustentabilidade e possui abrangência nacional.

Com isso, desde janeiro de 2009 o VIVA Contínuo passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET), enquadrando-se às diretrizes que definem a padronização de coleta e envio de dados, buscando por meio da estruturação e consolidação no SUS das ações de vigilância e prevenção de violências e acidentes, o fornecimento de informações confiáveis sobre a gravidade desse fenômeno, e dessa forma, possibilitar elementos para elaboração de políticas públicas que impactem na redução dos quadros de violência e acidentes e promovam saúde e cultura de paz (BRASIL, 2009). A figura1 ilustra quais violências deverão ser notificadas no Sinan.

O instrumento de notificação, a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do VIVA Contínuo, contou com a participação de diversas áreas especializadas do MS, quais são “Criança, Adolescente e Jovem, Mulher, Pessoa Idosa,

Trabalhador, Pessoa com Deficiência, Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde no Sistema Penitenciário, Coordenação de DST/AIDS”, também participaram outros setores governamentais, no caso, “as secretarias especiais de Políticas para as Mulheres (SEPM), de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e de Direitos Humanos (SEDH) vinculadas à Presidência da República” (BRASIL, 2009, p. 128). Ainda, segundo Brasil (2009, p. 129) a construção coletiva que envolveu a elaboração desse instrumento de notificação

teve como objetivo incorporar e atender as diversas especificidades relacionadas aos ciclos de vida, sexo, raça/cor/etnia, orientação sexual, dentre outros aspectos relacionados à violência de gênero. Esse movimento possibilitou romper com o modelo de fragmentação da informação em relação a determinado agravo e grupos populacionais, assim como tem contribuído para a estruturação da linha de cuidado em saúde relacionada à atenção integral às vítimas de violências. O modelo fragmentado da informação e da intervenção dificulta a elaboração de uma proposta mais global e integradora como a proposta de vigilância em saúde e promoção da saúde.

É importante dizer, de acordo com Ribeiro e Njaine (2020), que as fichas de notificações passaram por alterações desde sua elaboração inicial, o que permitiu que a inserção de categorias importantes que permitiram maior qualidade dos dados e extensão de sua cobertura para além das unidades notificadoras no setor da saúde, a exemplo das Instituições de Ensino, Conselho Tutelar, Unidades de Assistência Social, Unidades de Saúde Indígena etc. Também passaram a integrar esse instrumento outras manifestações da violência, como trabalho infantil, tortura, tráfico de seres humanos, trabalho escravo, entre outros e, categorias que tornam mais visíveis vulnerabilidades tais como identidade de gênero, orientação sexual e motivação da violência. “Mesmo diante dessas conquistas, uma questão importante desafia a vigilância desses eventos: a cobertura da notificação das violências no sistema Sinan, que ainda não abrange todos os municípios e todos os serviços de saúde do SUS” (BRASIL, 2020, p. 380).

Por fim, concordamos com Ribeiro e Njaine, 2020 ao afirmar que a notificação de violências não é um mero instrumento usado para fins epidemiológicos, ao contrário, é um instrumento de garantia direitos, que permite o desenvolvimento de um trabalho articulada e integrado entre a rede de proteção social e a rede de atenção integral à saúde, com um objetivo em comum de preservar saúde e a vida.

5 A VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE EM FLORIANÓPOLIS (SC): RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, em seu artigo 5º “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. Todavia, infelizmente, ainda muitas crianças e adolescentes são vítimas cotidianamente dos mais diversos tipos de violências (BRASIL, 2010). Segundo Brasil (2010) a violência contra crianças e adolescentes é definida como “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas”. Além disso, conforme Deslandes *et al* (2009, p. 42) as violências

geralmente envolvem uma relação assimétrica e desigual de poder manifestada pela força física, pelo poder econômico ou político, pela dominação e opressão familiar ou geracional. Esse fenômeno se configura também de forma estrutural na aplicação de políticas educacionais, sanitárias ou econômicas que mantêm as condições que impedem ou não promovem o seu crescimento e desenvolvimento.

As consequências das violências contra crianças e adolescentes possuem magnitudes preocupantes: as consequências na saúde física e emocional de suas vítimas não são apenas imediatas, reverberando-se também no seu futuro. Afeta negativamente o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social, podendo se reproduzir em futuras gerações (HABIGZANG *et al.*, 2008; OMS, 2002 *apud* LIMA, 2018). Por esse motivo que Brasil, (2010, p. 11) afirma que

A rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como para a orientação às famílias, independente de raça/etnia, sexo, diversidade cultural e religiosa, e orientação sexual, dando igual tratamento às pessoas com deficiências, dentre outras peculiaridades [...]

Assim, segundo Brasil (2010) é importante conhecer as violências e suas expressões, tal como as consequências que ela gera em suas vítimas, o que possibilita um atendimento pautado no cuidado ágil e competente em cada nível da atenção e com atuação em rede.

Assim, compreendendo a importância que tem a notificação na elaboração de políticas e programas de prevenção e promoção da saúde, visando o enfrentamento da violência e a proteção da infância, adolescência e suas famílias, é que iremos, nesse capítulo, apresentar

e discutir as notificações de violência física contra crianças e adolescentes, a partir dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

5.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Os dados que dizem respeito às informações obtidas através da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/autoprovoada e lançados no SINAN/NET, são disponibilizados pelo Ministério da Saúde por algumas vias. Podem ser acessados através de programas como o Tabnet¹, Tabwin², ambos desenvolvidos pelo DATASUS, e através de download de micro dados do SINAN, disponibilizados no site datasus através da aba “acesso à informação”, sendo esse último, a ferramenta selecionada, na pesquisa, para obtenção dos dados sobre violência física contra crianças e adolescentes que serão apresentados nesse capítulo.

Essa escolha metodológica considerou o fato de que os microdados dispõem de um número maior de categorias para pesquisa e permitem o acesso a informações não disponibilizadas pelos outros dois programas, como por exemplo, a quantidade de dados não registrados no sistema desde a sua criação, o que permite, uma análise mais detalhada ainda de situações de violências e da qualidade dos dados registrados no SINAN.

Os dados baixados tem formato dbc, e para acessá-los através do aplicativo *Excel* é necessário convertê-los em dbf. Todo o processo de apreensão que envolveu o acesso ao conhecimento desse banco de dados, a forma e dados corretos de *download*, e a conversão desses dados, demandaram a pesquisa e apreensão de informações de outras áreas do saber.

A conversão dos arquivos em dbc foi realizada no sistema Tabwin, instalado em um computador (Windows). Após a conversão os dados gerados em dbf eram salvos em uma pasta e abertos em *Excel* como arquivos dBase. Esse processo só pode ser realizado, especialmente, pela ajuda de técnicos da Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANT), do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS).

¹ “O TABNET é um aplicativo desenvolvido pelo DATASUS que disponibiliza informações sobre saúde pública que servem para subsidiar análises objetivas da situação sanitária e tomadas de decisão baseadas em evidências” (DATASUS, [?]) Disponível em: < http://www2.datasus.gov.br/tabnetmobile/page_about2.html> Acesso em: 14 set. 2021.

² “O TABWIN é um programa desenvolvido para rodar na plataforma Windows, criado pelo DATASUS para facilitar o trabalho de tabulação e o tratamento de dados. Suas funcionalidades facilitam a construção e aplicação de índices e indicadores de produção de serviços, de características epidemiológicas (incidência de doenças, agravos e mortalidade) e de aspectos demográficos de interesse (educação, saneamento, renda etc.) - por estado e por município; [...]” (RIBEIRO, 2009, p. 25).

Os dados abertos em Excel encontravam-se em sua maioria, codificados. A compreensão e tradução de códigos foi realizada a partir do documento “Dicionário de Dados – Sinan Net – Versão5.0/Patch 5.1” disponibilizado no portal Sinan pelo Ministério da Saúde. A tradução dos dados exigiu o aperfeiçoamento em conhecimento do aplicativo *Excel*, o qual foi possível por cursos on-line e assessoria técnica especializada. Além disso, algumas outras categorias foram incluídas no banco de dados, como o número de habitantes e porte do município, através de dados disponibilizados pelo IBGE. E por último, a análise dos dados que seguem, foi feita via tabela dinâmica do *Word* em diálogo com o banco de dados no *Excel*.

É importante dizer que o banco de dados baixado, modificado e ampliado, apesar dessa pesquisa se voltar para infância e adolescência, não contempla apenas dados referentes a essa categoria social, mas a outros grupos sociais e faixa etárias, como idosos, mulheres, etc., o que permite que ele possa ser ferramenta futura para uma análise ainda mais ampla do fenômeno da violência.

Assim sendo, foi necessário para maior agilidade do equipamento, pelo volume gigante de dados, fazer a extração dos dados de 2009 a 2019, do estado de Santa Catarina e seus municípios, incluindo Florianópolis, que é a delimitação geográfica desta pesquisa para esse TCC. O restante do banco de dados foi colocado na nuvem, o que tornou mais ágil o computador que foi utilizado para a análise dos dados.

5.2 EXPOSIÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DAS CATEGORIAS SELECIONADAS

No período de 2009 a 2019 foram notificados no SINAN, no estado de Santa Catarina, 96.025 casos de violências e no município de Florianópolis 7.713 casos. Deste total correspondem, respectivamente, a violências praticadas contra crianças e adolescentes (37.549) 39% e (4.173) 58% dos casos registrados.

No estado de Santa Catarina, as violências mais notificadas contra crianças e adolescentes nesse período foram: violência física (42,7%), seguida de negligência (31,9%), violência de repetição (28,6%), violência sexual (22,7%) e lesão autoprovocada (20,1%).

Em todas essas ocorrências de violências, a frequência maior de registros foi contra o sexo feminino, exceto a negligência, que teve 15,7% notificações do sexo feminino, contra o sexo masculino (16,2%) (Tabela1).

Tabela 1 Violências Contra Crianças e Adolescentes (SINAN) 2009-2019, segundo sexo da vítima

Variável	Santa Catarina (37549)						Florianópolis (4173)					
	Total		Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino	
	n	(%)	n	%	n	%	n	(%)	n	%	n	%
Tipo de Violência												
Violência Física	16.040	42,7	9.070	24,2	6.966	18,6	996	23,9	584	14,0	412	9,9
Negligência	11.995	31,9	5.912	15,7	6.070	16,2	1.936	46,4	835	20,0	1.101	26,4
Violência de Repetição	10.733	28,6	7.600	20,2	3.132	8,3	792	19,0	574	13,8	218	5,2
Violência Sexual	8.533	22,7	7.217	19,2	1.316	3,5	1.210	29,0	982	23,5	224	5,4
Lesão Autoprovocada	7.551	20,1	5.377	14,3	2.174	5,8	594	14,2	432	10,4	162	3,9
Violência Psicológica	7.039	18,7	4.874	13,0	2.162	5,8	517	12,4	380	9,1	137	3,3
Outras Violências	4.828	12,9	3.412	9,1	1.411	3,8	477	11,4	358	8,6	119	2,9
Tortura	1.044	2,8	689	1,8	354	0,9	51	1,2	31	0,7	20	0,5
Trabalho Infantil	94	0,3	53	0,1	41	0,1	10	0,2	5	0,1	5	0,1
Intervenção Legal	91	0,2	39	0,1	52	0,1	10	0,2	2	0,05	8	0,2
Tráfico	11	0,03	11	0,03		0,00	2	0,05	2	0,05	0	0,0
Total	67.959	181	44.254	118	23.678	63	6.595	158	4.185	100	2.406	58

Fonte: SINAN (2009-2019). Elaboração própria

No município de Florianópolis, diferentemente de Santa Catarina, as notificações com maior frequência foram referentes a negligência (46,4%), seguida de violência sexual (29%), violência física (23,9%), violência de repetição (19%) e lesão autoprovocada (14,2%), nas quais

Como se pode observar na tabela acima, o número de notificações, somadas todas as tipologias notificadas é maior que o número total das notificações de violências registradas no SINAN, tanto no estado de Santa Catarina, quanto no município de Florianópolis. Isso ocorre, pois várias notificações registradas no SINAN contam com mais de um registro de violência notificadas, ou seja, envolvem situações em que as vítimas sofreram mais de um tipo de violência.

Além dos tipos de violências notificadas, o SINAN nos permite a compreensão do perfil das vítimas de violências segundo algumas categorias, entre elas a raça/cor, situação conjugal e deficiência/Transtorno.

Segundo os dados analisados em relação à raça/cor da vítima (criança e/ou adolescente) a frequência maior de registros é da raça/cor branca, tanto em Santa Catarina como em Florianópolis, com, respectivamente 83,1% e 80,1%, seguido da parda com 8,9% e 17,9% e por fim a preta com 4,1% e 6,15%. Contudo, apesar da frequência maior de notificações ser de raça/cor branca no geral em SC, quando verificamos os dados, considerando a população de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos conforme raça/cor/etnia, percebemos que a prevalência maior de violências em Santa Catarina para cada 1000 casos notificados é referente a raça indígena (46,1) e preta (25,6). Em Florianópolis a prevalência maior foi da raça preta (35,5) e indígena (20,3). A alta frequência de notificação de violências contra brancos é superior a outras

raças, pois o estado de Santa Catarina possui majoritariamente uma população branca (Tabela 2).

Tabela 2- Violências contra crianças e adolescentes, conforme frequência e prevalência segundo ano e raça/cor³ da vítima

Variável	Santa Catarina				Florianópolis			
	n	%	População de crianças e adolescentes	Prevalência a cada 1000 casos	n	%	População de crianças e adolescentes	Prevalência a cada 1000 casos
Raça								
Branca	31.206	83,1	1.826.586	17,1	3.341	80,1	107.567	31,1
Parda	3.324	8,9	337.219	9,9	368	8,8	17.995	20,5
Preta	1.528	4,1	59.778	25,6	217	5,2	6.115	35,535,5
Indígena	350	0,9	7.600	46,1	6	0,1	296	20,3
Amarela	146	0,4	8.655	16,9	7	0,2	418	16,7
Total	36.554	97	2.232.238	115	3.939	94	24.824	124

Fonte: SINAN (2009-2019). Elaboração Própria.

Ainda referente às características da vítima, do total de notificações em Santa Catarina e Florianópolis, correspondem a crianças e adolescentes deficientes ou que possuem algum tipo de transtorno, respectivamente, (7,8%) e (6,2%) dos casos. Além disso, chama a atenção a frequência de notificações de adolescentes, especialmente, do sexo feminino, cuja situação conjugal declarada foi “casado/união consensual”, em ambos os locais de pesquisa, a (4,8% e 1,5%), o que demonstra ainda um número elevado de casamento na adolescência, conforme a tabela 3.

Tabela 3 Violências Contra Crianças e Adolescentes (SINAN) 2009-2019, segundo sexo da vítima

Variável	Santa Catarina (37549)						Florianópolis (4173)					
	Total		Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino	
	n	(%)	n	%	n	%	n	(%)	n	%	n	%
Deficiência/Transtorno												
Não	32.068	85,4	19.489	51,9	12.571	33,5	3.428	82,1	1.948	46,7	1.480	35,5
Sim	2.930	7,8	1.896	5,0	1.034	2,8	257	6,2	154	3,7	103	2,5
Ignorado	2.371	6,3	1.364	3,6	1.001	2,7	440	10,5	305	7,3	135	3,2
Em Branco	160	0,4	85	0,2	75	0,2	46	1,1	28	0,7	18	0,4
Não se Aplica	20	0,1	9	0,0	11	0,0	2	0,0	0,0	0,0	2	0,0
Total	37.549	100	22.843	61	14.692	39	4.173	100	2.435	58	1.738	42
Situação Conjugal												
Solteiro	17.304	46,1	11.226	29,9	6.078	16,2	764	18,3	567	13,6	197	4,7
Não se Aplica	17.149	45,7	9.230	24,6	7.906	21,1	2.999	71,9	1.583	37,9	1.416	33,9

³ Para essa análise considera-se a raça pardo como raça preta.

Casado/União												
Consensual	1.789	4,8	1.516	4,0	272	0,7	71	1,7	61	1,5	10	0,2
Ignorado	732	1,9	457	1,2	275	0,7	229	5,5	146	3,5	83	2,0
Em Branco	429	1,1	289	0,8	140	0,4	102	2,4	70	1,7	32	0,8
Separado	131	0,3	114	0,3	17	0,0	8	0,2	8	0,2		0,0
Viúvo	15	0,0	11	0,0	4	0,0						
Total	37.549	100	22.843	61	14.692	39	4.173	100	2.435	58	1.738	42

Fonte: SINAN (2009-2019) Elaboração própria

No que diz respeito ao local de ocorrência da violência evidenciou-se, tanto em Santa Catarina como em Florianópolis, maior frequência de registro a residência da vítima (64,8% e 69,1%). Referente ao agressor, destaca-se a mãe (29,7% e 40,3%) como provável agressor com maior frequência, o sexo do suposto agressor mais notificado sendo o masculino (47,2% e 35,7%) e ciclo de vida do agressor, sendo adulto (32,5% e 35,5%) e adolescente (19,9% e 13,5%).

Tabela 4 Violências Contra Crianças e Adolescentes (SINAN) 2009-2019, segundo sexo da vítima

Variável	Santa Catarina (37549)						Florianópolis (4173)					
	Total		Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino	
	n	(%)	n	%	n	%	n	(%)	n	%	n	%
Local de Ocorrência												
Residência	24.337	64,8	16.053	42,8	8.284	22,1	2.883	69,1	1.657	39,7	1.226	29,4
Via Pública	4.593	12,2	1.974	5,3	2.619	7,0	288	6,9	156	3,7	132	3,2
Outro	4.248	11,3	2.511	6,7	1.737	4,6	330	7,9	204	4,9	126	3,0
Ignorado	1.289	3,4	801	2,1	488	1,3	426	10,2	264	6,3	162	3,9
Escola	1.256	3,3	611	1,6	645	1,7	94	2,3	61	1,5	33	0,8
Comércio/Serviços	625	1,7	335	0,9	290	0,8	32	0,8	18	0,4	14	0,3
Bar ou Similar	606	1,6	237	0,6	369	1,0	23	0,6	15	0,4	8	0,2
Habitação Coletiva	241	0,6	124	0,3	117	0,3	30	0,7	19	0,5	11	0,3
Em Branco	146	0,4	94	0,3	52	0,1	52	1,2	35	0,8	17	0,4
Local de prática esportiva	132	0,4	62	0,2	70	0,2	12	0,3	5	0,1	7	0,2
Indústrias/construção	62	0,2	41	0,1	21	0,1	3	0,1	1	0,0	2	0,0
Total	37.535	100	22.843	61	14.692	39	4.173	100	2.435	58	1.738	42
Provável Agressor												
Mãe	11.142	29,7	5.522	14,7	5.620	15,0	1.682	40,3	715	17,1	967	23,2
Pai	7.366	19,6	3.944	10,5	3.422	9,1	1.220	29,2	598	14,3	622	14,9
Próprio Autor	7.283	19,4	5.273	14,0	2.010	5,4	562	13,5	407	9,8	155	3,7
Conhecido	5.028	13,4	2.827	7,5	2.201	5,9	394	9,4	280	6,7	114	2,7
Desconhecido	3.307	8,8	1.620	4,3	1.687	4,5	271	6,5	172	4,1	99	2,4
Outros	2.941	7,8	2.002	5,3	939	2,5	398	9,5	259	6,2	139	3,3
Padrasto	1.608	4,3	1.194	3,2	414	1,1	144	3,5	108	2,6	36	0,9
Namorado	1.006	2,7	970	2,6	36	0,1	64	1,5	62	1,5	2	0,0
Cônjuge	891	2,4	858	2,3	33	0,1	29	0,7	29	0,7		0,0
Irmão	768	2,0	473	1,3	295	0,8	58	1,4	39	0,9	19	0,5
Policial	297	0,8	42	0,1	255	0,7	23	0,6	3	0,1	20	0,5
Ex-namorado	291	0,8	283	0,8	8	0,0	22	0,5	21	0,5	1	0,0

Ex-Cônjuge	249	0,7	233	0,6	16	0,0	13	0,3	11	0,3	2	0,0
Instituição	184	0,5	109	0,3	75	0,2	28	0,7	17	0,4	11	0,3
Madrasta	170	0,5	99	0,3	71	0,2	8	0,2	6	0,1	2	0,0
Total	42.531	113	25.449	300	17.082	45	4.916	118	2.727	65	2.189	52

Sexo do provável agressor

Masculino	17.733	47,247	9.943	26,5	7.790	20,7	1.566	37,5	1.029	24,7	537	12,9
Feminino	12.778	34,0	9.248	24,6	3.530	9,4	1.227	29,4	742	17,8	485	11,6
Ambos os Sexos	5.274	14,0	2.668	7,1	2.606	6,9	983	23,6	440	10,5	543	13,0
Ignorado	1.591	4,2	899	2,4	692	1,8	360	8,6	200	4,8	160	3,8
Em Branco	159	0,4	85	0,2	74	0,2	37	0,9	24	0,6	13	0,3
Total	37.535	100	22.843	61	14.692	39	4.173	100	2.435	58	1.738	42

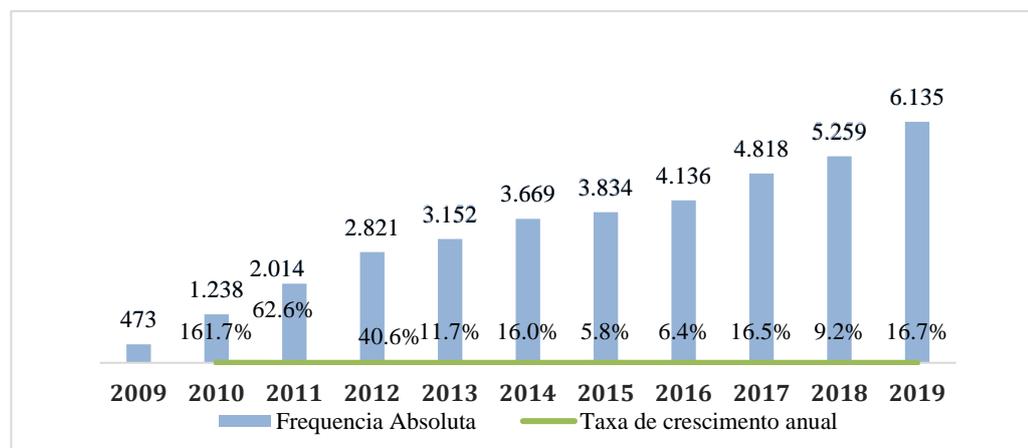
Ciclo de Vida do Agressor

Em Branco	12.758	34,0	7.446	19,8	5.312	14,1	1.551	37,2	866	20,8	685	16,4
Pessoa adulta	12.211	32,5	6.936	18,5	5.275	14,0	1.481	35,5	780	18,7	701	16,8
Adolescente	7.470	19,9	5.294	14,1	2.176	5,8	564	13,5	427	10,2	137	3,3
Jovem	2.395	6,4	1.510	4,0	885	2,4	137	3,3	102	2,4	35	0,8
Ignorado	1.932	5,1	1.169	3,1	763	2,0	378	9,1	226	5,4	152	3,6
Criança	497	1,3	273	0,7	224	0,6	31	0,7	15	0,4	16	0,4
Pessoa idosa	272	0,7	215	0,6	57	0,2	31	0,7	19	0,5	12	0,3
Total	37.535	100	22.843	61	14.692	39	4.173	100	2.435	58	1.738	42

Fonte: SINAN (2009-2019). Elaboração própria.

As notificações no Sinan do estado de Santa Catarina apresentaram um aumento percentual significativo no ano de 2010 (161,7%) , após um ano da inserção da categoria violência no sistema. Em 2011 aumentou (62,6%) referente ao ano anterior e em 2012 (40,06%). Os anos seguintes de (2013 a 2019), as taxas de crescimento apresentam crescimento mais moderada ou reduzida, conforme gráfico 1.

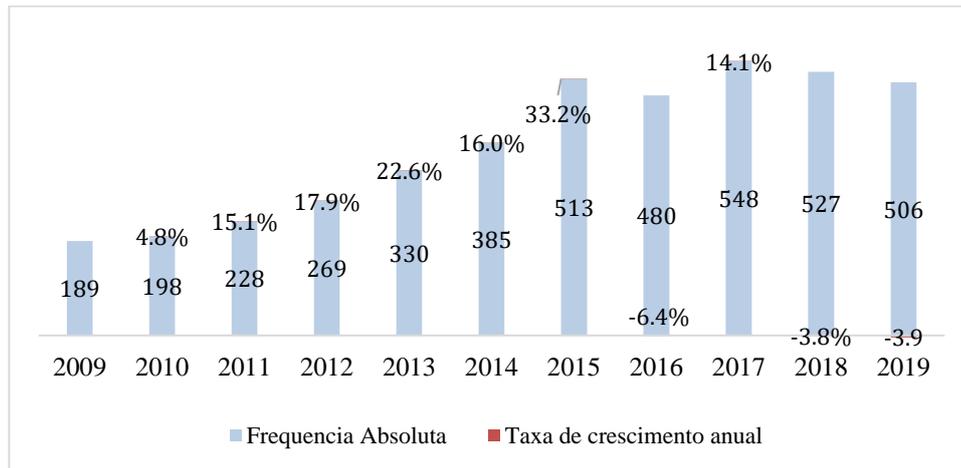
Gráfico 1 Frequência absoluta e taxa de crescimento anual



Fonte: SINAN (2009-2019). Elaboração Própria.

O município de Florianópolis vem apresentando desde 2009 um aumento importante nas notificações de violências contra crianças e adolescentes, tendo o ano de 2015 apresentado maior aumento de notificação de violências (32%), porém nos anos de 2016, 2018 e 2019 as notificações de violências sofreram quedas, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 2 Frequência Absoluta e taxa de crescimento anual



Fonte: SINAN (2009-2019). Elaboração Própria.

O aumento na frequência de violências notificadas pode significar que as violências contra crianças e adolescentes estão saindo da invisibilidade, o que permite que tanto as vítimas, quanto suas famílias possam receber acolhimento e atenção integral no cuidado a saúde e prevenção da reincidência de violência. A redução da violência, pode, entretanto, significar o contrário. Todavia, não se pode afirmar isso com certeza, pois a redução das notificações poderia significar uma redução das violências.

5.3 VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTE EM FLORIANÓPOLIS (SC)

Nessa seção iremos trabalhar mais detalhadamente a violência física ocorrida, ocorrida no município de Florianópolis, sendo esse objeto do presente Trabalho de conclusão de Curso, considerando sua relação com as características da vítima, do agressor, do local de ocorrência, buscando apreender a realidade social contida nesses dados.

Assim, cabe explicitar o conceito de violência física, o qual, segundo Junqueira e Deslandes (2002 apud ROSA; LIRA, 2012, p. 2) afirmam:

A violência física ou punição corporal de crianças, é assim compreendida como "toda ação que causa dor física numa criança, desde um simples tapa até o espancamento fatal" . Suas manifestações ocorrem mediante diferentes lesões geradas no corpo da criança, a depender da intensidade e frequência com que são utilizadas.

Uma das motivações para o uso da violência contra estas crianças e adolescentes vitimadas também está calcado na noção de propriedade:

A crença dos pais de que a punição corporal dos filhos é um método educativo e uma forma de demonstrar amor, zelo e cuidado. Ver a criança e o adolescente como um objeto de sua propriedade e não como um sujeito de direitos. A baixa resistência ao stress do agressor que projeta seu cansaço e problemas pessoais nos filhos e demais dependentes. O uso indevido de drogas. Abuso de álcool. Pais que quando crianças foram vítimas de violência doméstica e que reproduzem nos filhos o mesmo quadro vitimizador. Fanatismo religioso. Problemas psicológicos e psiquiátricos (CUNHA, 2004, p. 37-39).

A gravidade gerada pela violência física é um ponto de destaque, como caracteriza Minayo (2006):

Do ponto de vista clínico, os agravos provocados por maus tratos físicos são freqüentes na pele, nas mucosas, no esqueleto, no sistema nervoso central, no tórax e no abdome. As lesões cutâneo-mucosas podem ser devidas a golpes, queimaduras, arrancamento de dentes e de cabelos, mordidas e por armas brancas ou de fogo. Elas vão desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas até queimaduras de terceiro grau. No esqueleto, as agressões físicas costumam provocar mutilações e fraturas dos ossos e dos membros em diferentes estágios de gravidade. No sistema nervoso central, a violência física é responsável por traumatismos crânio-encefálicos que podem ocasionar fraturas dos ossos do crânio ou hemorragias intracerebrais por causa de sacudidas e impactos. Muitas crianças sofrem também lesões oculares e auditivas, levando à invalidez temporária ou permanente e até à morte (MINAYO, 2006, p. 88-89).

A violência perpetrada pela própria família contra crianças e adolescentes traz consequências drásticas no seu desenvolvimento , devido aos traumas e sofrimentos psicológicos desencadeados. Moreira e Souza (2012) lembram como ponto fundamental que os adultos são pessoas de importância no que diz respeito ao afeto para as crianças e adolescentes e que, justamente por este motivo, quando praticam violência contra elas, as afetam gravemente, trazendo sequelas em seu desenvolvimento emocional.

Dito isto, e considerados os achados nessa pesquisa, iremos explicitar a violência física contra crianças e adolescentes, considerando, especialmente, as implicações das relações de gênero em sua ocorrência e reprodução.

De acordo com os dados gerais já apresentados de violências praticadas contra crianças e adolescentes no Estado de Santa Catarina, categorizados por sexo, denota-se uma realidade já amplamente estudada e debatida no campo científico: a desigualdade de gênero e a sua relação com a violência. Isso pode ser visto conforme dados anteriormente apresentados

(Tabela 1), na qual as notificações de violências possuem frequências maiores no sexo masculino (19.964) do que no feminino (34.743).

Ao analisarmos as violências físicas, referente ao município de Florianópolis, conforme sexo e faixa etária, nota-se que esse padrão se repete na maioria das faixas etárias, e com discrepância importante na faixa etária de 11 a 19 anos de idade (Tabela 5).

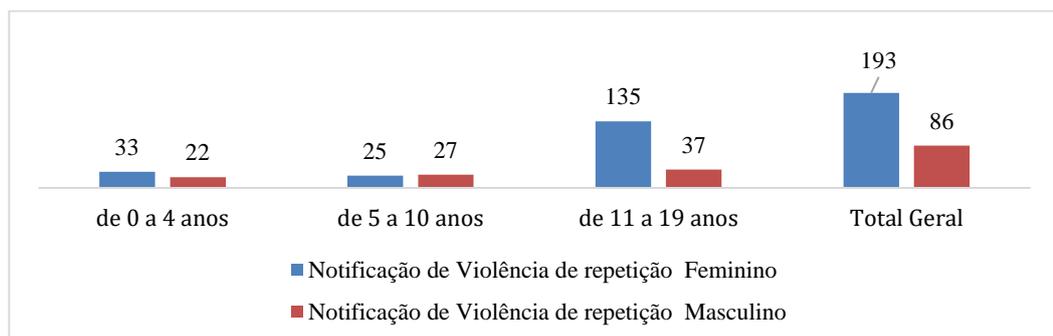
Tabela 5 Notificação de Violência física (SINAN) Florianópolis, conforme sexo e faixa etária

Ano	Feminino	Masculino	Total Geral
de 0 a 4 anos	124	110	234
de 5 a 10 anos	68	70	138
de 11 a 19 anos	392	232	624
Total Geral	584	412	996

Fonte: SINAN (2009-2019). Elaboração Própria.

Do total dessas notificações (996), segundo dados SINAN, 14,5% referem-se a crianças e adolescentes deficientes ou diagnosticadas com algum tipo de transtorno e, o número de registros de violência de repetição somaram 279 casos, sendo igualmente discrepante entre ambos os sexos, no caso, 193 para o sexo feminino e 86 para o sexo masculino. Isso quer dizer que a cada 3 meninas e a cada 4,8 meninos que sofrem violência física 1 volta a sofrer repetição de violência. A frequência de notificação de violência física de repetição segue no gráfico a seguir.

Gráfico 3 Violência Física de Repetição



Fonte: SINAN (2009-2019). Elaboração Própria.

Outro tipo de violência não categorizada, porém, implícita nos dados do SINAN, é a violência intrafamiliar. Segundo Moreira e Souza (2012) 12, ao citarem Brasil (2001), descrevem esse tipo de violência como qualquer ação que cause danos físico, psicológico ou cerceie a liberdade de um outro membro da família, afetando seu acesso a direitos que permitam o seu desenvolvimento integral. Afirma que não precisa ser necessariamente cometida dentro

do ambiente doméstico e nem exige grau consanguíneo de parentesco, mas sim, que o agressor mantenha uma relação parental constituída. Segundo dados, entre 2009 e 2019, 54,8% do total das violências cometidas contra crianças e adolescentes no município de Florianópolis ocorreram na residência (Tabela 6).

Tabela 6 Notificação de Violência Física, conforme sexo e local de ocorrência

Local de Ocorrência	Feminino	Masculino	Total Geral
Indústrias/ construção	1	2	3
Local de prática esportiva	1	3	4
Bar ou Similar	7	4	11
Comércio/Serviços	3	4	7
Escola	18	16	34
Habitação Coletiva	4	3	7
Ignorado	77	80	157
Em branco	4	1	5
Outro	46	31	77
Residência	356	190	546
Via Pública	67	78	145
Total Geral	584	412	996

Fonte: SINAN (2009-2019). Elaboração própria.

Importante salientar que dentro da residência os maiores agressores são justamente os familiares das crianças e adolescentes vitimizados (408). Além disso, outro retrato da violência intrafamiliar expresso nos dados do SINAN, refere-se a faixa etária da vítima, que tem maior frequência de notificações entre 11-19 anos (69%) com destaque para adolescentes do sexo feminino (64,7%) (Tabela 7).

Tabela 7 Notificação de Violência Física, conforme relação da vítima com o suposto agressor

Variável	Feminino			Masculino			Total Geral
	0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 19 anos	0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 19 anos	
Próprio autor	2	3	110	7	6	48	176
Desconhecido	2	6	68	3	4	83	166
Conhecido	5	8	51	9	20	19	112
Cônjuge			28				28
Pai	45	13	26	27	15	11	137
Namorado			17			1	17
Outros	20	10	17	10	8	7	72
Mãe	36	12	15	39	16	10	128
Padrasto	5	14	11	6	6	6	48
Ex-Namorado			11				11
Ex-Cônjuge			9				9
Irmão	5	3	9	3	2	2	24
Policial			3			19	22

Madrasta	2		2	1	1		6
Instituição		1	2	1	4	1	9
Total	122	70	379	106	82	207	965

Fonte: SINAN (2009-2019). Elaboração própria.

Nesse sentido, Moreira e Souza (2012), citando a literatura que discute a questão de gênero e relações de poder confirma que estas evidências da realidade confirmam uma realidade cruel e de cultura de exercício de poder que segue uma lógica hierárquica, que se inicia no homem adulto contra a mulher adulta, e desta contra as crianças, especialmente contra as meninas:

Por outro lado, a violência intrafamiliar também revela as assimetrias e desigualdades das relações de poder entre os gêneros. Para Scott (1989), o “gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos; e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”(p. 14). Nesse sentido, a violência intrafamiliar é praticada especialmente contra as mulheres e as crianças, por serem estas colocadas em posição subalterna. Saffiotti (1997) considera que a violência à qual os meninos e as meninas estão sujeitos é distinta e relacionada aos sentidos atribuídos à diferença sexual e à posição de gênero que ocupam. A mesma autora mostra que as crianças e adolescentes entre oito e 15 anos de idade sofrem violência física intrafamiliar cometida por suas mães. A autora atribui esse fato ao que chama da “síndrome do pequeno poder”, que consiste na reprodução da violência, nesse caso, as mulheres que sofrem a violência praticada pelos homens reproduzem-na em suas crianças. A “síndrome do pequeno poder” mostra a experiência da impotência das mulheres, que não conseguem superar a violência sistemática que sofrem de seus parceiros, os homens adultos. Elas ocupam em relação aos seus parceiros uma posição subalterna, mas em relação às crianças uma posição de dominação e mando (MOREIRA; SOUZA, 2012, p. 18-9).

Ainda em relação à faixa etária faixa etária da vítima e a relação de parentesco do agressor, há um dado extremamente preocupante. Quando verificamos a faixa etária entre 11 e 19 anos e o sexo feminino, o cônjuge é o maior agressor. Esse dado expressa a triste realidade do casamento na infância e adolescência e sua relação com a violência de gênero praticada contra adolescentes nas relações íntimas. Segundo pesquisa de 2019 do Observatório do Terceiro Setor, o Brasil está em 4º lugar no mundo em números de casamentos infantis e dentre todos os estados Santa Catarina é o líder em casos:

O Brasil, em números absolutos, é o primeiro país no ranking de casamentos infantis da América Latina e está em quarto lugar no pódio mundial, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU). Com base nisso, o jornal Destak realizou um levantamento para identificar os estados onde o casamento de menores de 16 anos ocorreu com a autorização dos pais entre 2017 e março de 2019. Em todo o Brasil, somente nos últimos três anos, foram registrados 372 casos, sendo 40 nos três primeiros meses de 2019. O estado que lidera o ranking de casamento infantis é Santa Catarina, com 69 casos nos últimos três anos. Em 2018, houve 37 registros. Em seguida vem São Paulo, com 46 casamentos, e o Rio de Janeiro, com 40 autorizações, sendo que 17 ocorreram somente nos dois primeiros meses deste ano (ALVES, 2021, s/p).

Ainda em dados absolutos, entre 2009 e 2019, sobre a realidade de adolescentes em situação de casamento ou união consensual ou separados, 1353 adolescentes entre 11-16 anos, foram vítimas de violência física.

Se comparamos os dados da pesquisa citada anteriormente por Alves, (2021) que revelam que em Santa Catarina nos últimos três anos anteriores ao período da pesquisa, teve o registro de 69 casos de casamento infantil, com os dados de casamento e/ou união consensual envolvendo adolescentes entre 11 e 16 anos, podemos inferir que o índice de adolescentes casadas ou em união consensual vítimas de violência de gênero pode ser bem elevado. Colaborando com essa discussão a pesquisa de Taylor et al. (2015) que realizaram entrevistas semiestruturadas detalhadas nas áreas urbanas de Belém e São Luís, constaram que

Em termos das consequências do **casamento na infância e adolescência, os autores destacam (1) a gravidez precoce** (que às vezes também é o motivo do casamento) e seus problemas relacionados, em termos de saúde materna, neonatal e infantil; (2) retrocessos educacionais; (3) limitações à mobilidade e às redes sociais das meninas (ou seja, as expectativas de independência das meninas são, em grande parte, frustradas e acompanhadas de maior restrição da mobilidade); e **(4) exposição à violência praticada pelo parceiro íntimo, incluindo uma série de comportamentos controladores e injustos por parte de seus maridos mais velhos** (TAYLOR et al, 2015, p. 7. Grifo nosso).

Importante dizer que a lei 13.811 de 2019 “altera a permissão pelos responsáveis para casamentos de menores de 16 anos em qualquer circunstância, o que revela um avanço frente ao enfrentamento ao casamento infantil e na adolescência (BRASIL, 2019)

Ao cruzarmos os dados de notificações de violência física com a categoria “período de gestação” na faixa etária, dos 11-19 anos, identificamos a frequência absoluta de 50 casos. Destes, os agressores correspondentes ao cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado, totalizam 52% das notificações, e 10% referem-se à autoria própria da gestante como agressora (Tabela 9).

Tabela 8 Violência física na gravidez

Ano	Feminino	Geral	Total
1º Trimestre	24		24
2º Trimestre	17		17
3º Trimestre	9		9
Total Geral	50		50

Fonte: SINAN (2009-2019). Elaboração Própria.

Outro ponto que se revelou instigante na análise dos dados do SINAN, diz respeito ao ciclo de vida do agressor. Observa-se que a categoria adolescente e jovem representa uma frequência maior que os demais ciclos de vida (59%) o que denota a transgeracionalidade da violência, especialmente na adolescência e juventude (Tabela 10).

Todavia, é importante observar que não deve ser desconsiderado que nesses dados estão contidos a categoria “próprio autor”, que pode ser observada na tabela 7, como a que possui a maior frequência de notificações. Nisso, pode-se observar a seriedade da autoagressão e/ou tentativa de suicídio apresentada nessas frequências elevadas.

Tabela 9 Ciclo de vida do Agressor, conforme sexo e faixa etária da vítima.

Ano	Feminino	Masculino	Total Geral
Adolescente	125	62	187
de 0 a 4 anos	4	2	6
de 5 a 10 anos	3	6	9
de 11 a 19 anos	118	54	172
Criança		4	4
de 5 a 10 anos		2	2
de 11 a 19 anos		2	2
Jovem	46	18	64
de 0 a 4 anos	5	3	8
de 11 a 19 anos	41	15	56
Pessoa adulta	115	53	168
de 0 a 4 anos	38	28	66
de 5 a 10 anos	13	10	23
de 11 a 19 anos	64	15	79
Pessoa idosa		2	2
de 5 a 10 anos		1	1
de 11 a 19 anos		1	1
Total Geral	286	139	425

Fonte: SINAN (2009-2019). Elaboração Própria.

Segundo Portugal (2016, p. 42) a transgeracionalidade se refere a valores e formas de relacionar estabelecidas no ambiente familiar e são transmitidos entre as gerações que compartilham o mesmo ambiente, “estes modelos são definidos a partir dos legados, valores, crenças, segredos, ritos e mitos que se perpetuam e conferem um sentimento de pertença e de identidade”. Quando essa herança é perpassada por relações traumáticas, existe a probabilidade de reprodução destas.

Dessa forma, as frequências elevadas de adolescentes como perpetradores de violência, especialmente entre pares pode ter como um dos elementos de influência na reprodução das violências e traumas vivenciados por eles durante seu processo de constituição

de sujeito. Diante do exposto até o momento, e considerando os achados deste trabalho, especialmente, aqueles referente ao casamento na adolescência e sua relação com a violência intrafamiliar vivenciadas nessas relações, tão precocemente estabelecidas, e a questão da transgeracionalidade da violência percebida nas relações entre adolescentes, é urgente pensar e construir estratégias de enfrentamento a violência física e todos os tipos de violências praticadas contra crianças e adolescentes.

Assim, como já sistematicamente abordado neste TCC, os marcos legisconquistados e as políticas públicas organizadas a partir destes parâmetros, com todos os atores de Defesa, Promoção e Controle dos Direitos das Crianças e Adolescentes no país, denomina-se Sistema de Garantia de Direitos (Resolução nº 113/2006 Conanda). Este mesmo SGD é que deverá, necessariamente apontar para possibilidades objetivas de desconstrução e construção das políticas públicas para garantia dos direitos da infância e adolescência em âmbito federal, estadual e municipal, com recursos compatíveis, articulação em rede para alinhamento de fluxos e encaminhamentos resolutivos e céleres na imediata preservação dos direitos das crianças e adolescentes de cada território, obedecendo a todos os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, como apresentado nesse trabalho de conclusão de curso, a violência nas suas mais diversas expressões têm sido no Brasil parte do cotidiano de milhares de crianças e adolescentes. Seu enfrentamento vem sendo feito, especialmente a partir do ECA, (BRASIL, 1990) por meio de políticas públicas integradas no Sistema de Garantia de Direitos.

Para o desenvolvimento e análises de políticas de enfrentamento e prevenção à violência é fundamental o conhecimento do perfil da violência contra crianças e adolescentes.

Nesse sentido, buscou-se em todo percurso metodológico deste trabalho de conclusão de curso percorrer caminhos de apreensão do conhecimento a respeito do perfil da violência, através das notificações realizadas no SINAN, referentes às violências praticada no Estado de Santa Catarina e no município de Florianópolis, com destaque para uma análise mais minuciosa da ocorrência de violência física nesse município. Essa análise foi realizada visando compreender o perfil das vítimas, da violência e do agressor, e para isso foram analisadas as categorias: tipo de violência, local de ocorrências, sexo, raça/cor, faixa etária, situação conjugal, situação de gravidez da vítima, relação da vítima com o provável agressor, ciclo de vida do agressor, entre outros.

Essas análises foram realizadas a partir do banco de dados, referido anteriormente na seção 5.1. A análise referente as violências em geral que envolveu o estado de Estado de Santa Catarina e o município de Florianópolis, foi realizada por meio da relação entre o sexo da vítima com as seguintes categorias: “tipo de violência”; “deficiência/transtorno”; “situação conjugal”, “provável agressor”, “meio de agressão”, “número de agressores envolvidos”, “sexo do provável agressor”, “agressor sob uso de álcool”, “ciclo de vida do agressor”. Para a categoria raça/cor foi analisada, além da sua frequência absoluta, a taxa de prevalência, considerando a população existente de crianças e adolescentes por raça do Estado de Santa Catarina e Florianópolis. Além dessas categorias, foi analisado a frequência absoluta por ano e a taxa de crescimento relativa anual das notificações nos dois locais analisados.

A partir dessas análises pôde-se identificar que a dura realidade da violência de gênero se reflete também sobre as violências praticadas contra meninas, pois são elas que possuem maior frequência e prevalência de notificação. Com relação a violência física especificamente, destacam-se significativamente maior, a frequência de violência contra meninas na faixa etária entre 11-19 anos.

Os principais perpetradores de violências em geral, tanto no estado de Santa Catarina, quanto em Florianópolis, é a mãe (29,7% e 23,2%) respectivamente, seguido do pai (19,6% e

14,9%) respectivamente. Em se tratando de violência física no município de Florianópolis a faixa etária de 11 a 19 anos registra o maior número de notificações, e dentre essa faixa etária, as meninas são as maiores vítimas. Em relação ao local da ocorrência, a residência tem a maior incidência de notificações, sendo as meninas, também as maiores vítimas. Em relação ao perfil do suposto agressor (violência física), a frequência maior é para desconhecido no contexto extrafamiliar, e no contexto intrafamiliar o pai, seguido da mãe. E por fim, quando se trata de percorrer o ciclo de vida do agressor, os dados do SINAN apontam que é na adolescência e juventude que se inicia a sua experiência com a violência física revelando assim, transgeracionalidade que é compartilhada no mesmo ambiente.

Passados 31 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente contra crianças e adolescentes, em especial a violência física, ainda é parte da cultura no processo do seu desenvolvimento e conseqüentemente na reprodução futura de outras violências.

Por isso, esperamos que o levantamento de dados aqui exposto, despretensiosamente se some como uma possibilidade de avaliação da realidade posta no município de Florianópolis em relação à violação de direitos de crianças e adolescentes que vivem nesta região e nela são atendidos em suas mais diversas demandas.

Perceber o contexto, influenciador da perpetuação do cenário de violências contra o público infanto-juvenil, através de um diagnóstico, por mais simples que possa se caracterizar, e comparar este mesmo cenário com os demais (outros municípios, o estado e o país), incide em um trabalho profícuo que pode servir como instrumento para pensar a política de atendimento.

Nesse sentido é fundamental, tal qual pretendeu-se nesse trabalho, que os profissionais que atuam, especialmente, na área da infância e adolescência, como também em outros setores da sociedade, se engajem em conhecer as intrincadas relações que perpassam o fenômeno da violências contra crianças e adolescentes. E aqui, cabe o destaque ao profissional de Serviço Social, cuja formação, construída sobre a base do pensamento crítico, deve conduzi-lo a práticas desburocratizadas e comprometidas ética e politicamente com enfrentamento desse fenômeno, buscando nas lutas coletivas e atuando nos espaços de controle social, intervir de maneira responsável e posicionada em favor da garantia dos direitos desse grupo social.

Assim, ainda sobre a atuação desse profissional, destaca-se sua importância na atuação junto às famílias e comunidades nos espaços sócio-ocupacionais e estratégicos por ele ocupados. Uma vez que sua atuação pode contribuir na construção e fortalecimento de vínculos importantes para o enfrentamento da violência nas suas diversas faces.

REFERÊNCIAS

ALVES, Isabela, in: <https://observatorio3setor.org.br/noticias/santa-catarina-e-estado-com-mais-registros-casamentos-infantis>. Acesso em: 27 set. 2021

ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Joviana Quintes. É possível prevenir a violência?: refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, Kathie *et al* (org.). **Impactos da Violência na Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Ensp/Cdead, 2020. p. 448. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/p9jv6>. Acesso em: 01 set. 2021.

BAPTISTA, Myrian Veras. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 109, p. 179-199, jan-mar.2012.

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. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. CONANDA, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n. 113, de 19 de abril de 2006.

BRASIL Resolução n.º 113, de 19 de abril de 2006, dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, Brasília, SEDH/CONANDA, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20144842/do1-017-04-05-lei-no-13-431-de-4-de-abril-de-2017-20144662. Acesso em: 05 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 101 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/linha-de-cuidado-para-a-atencao-integral-a-saude-de-criancas-adolescentes-e-suas-familias-em-situacao-de-violencias/>. Acesso em: 04 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Análise**: roteiro para uso do sinan net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Minist, 2019. 75 p. Disponível em: http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/caderno_de_analise-SINAN._Marco_2019._V1.pdf. Acesso em: 28 set. 2020.

BRASIL. Vigilância sentinela (Viva Inquérito), por meio de pesquisa por amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletados em serviços de urgência e

emergência, durante 30 dias consecutivos. A periodicidade da pesquisa era inicialmente a cada ano, bienalmente entre 2007 e 2011 e, a partir de então, a cada três anos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIVA: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 92 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/>

BULHOES, Jose Ricardo de Souza Rebouças. **Construções históricas de crianças e adolescentes: marcos legais no Brasil**. Confluências| Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito, v. 20, n. 1, p. 63-76, 2018.

CARVALHO, Paloma Rodrigues. **Sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente: a experiência do município de Rio Bonito/RJ no atendimento a vítimas da violência**”. 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CHIZOTTI, Antonio. Da pesquisa Qualitativa. In: CHIZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991. p. 77-86. Disponível em: https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/2944839/mod_resource/content/1/CHIZZOTI%20pesquisa%20qualitativa.pdf. Acesso em: 07 maio 2020.

COSTA, Ana Carolina Pontes. As políticas de proteção à infância e adolescência e a educação: reflexões a partir da década de 1920. In: IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 4., 2012, São Paulo. **Proceedings online...** Associação Brasileira de Educadores Sociais, Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092012000100003&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 25 abr. 2021.

CUNHA, M. L.C. Módulo I do Curso de Capacitação: Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes na Modalidade Violência Física. Curitiba: **CECOVI Centro de Combate à Violência Infantil, UNICEF**, 2004.

DE LIMA, Renata Mantovani; POLI, Leonardo Macedo; SÃO JOSÉ, Fernanda. A evolução histórica dos direitos da criança e do adolescente: da insignificância jurídica e social ao reconhecimento de direitos e garantias fundamentais. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 7, n. 2, p. 314, 2017.

DIGIÁCOMO, Murillo José; DIGIÁCOMO, Ideara de Amorim. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado. **Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente**, 2017.

DIGIÁCOMO, Murillo José. **O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente à luz da política de atendimento idealizada pela Lei nº 8.069/90**. 2014. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/pagina-1590.html>. Acesso em: 7 fev. 2021.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (org.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. Cap. 1. p. 1-335.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Caderno Legislativo do Direito da Criança e do Adolescente**: os direitos de crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Fundação Abrinq, 2019. Disponível em: <https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2019-05/caderno-legislativo-2019-internet.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S.a., 2002. 175 p. Disponível em: https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/2837260/mod_resource/content/1/Livro%20do%20Gil.pdf. Acesso em: 07 maio 2020.

ITOKAZU, Ericka Marie et al (org.). **SOBRE A VIOLÊNCIA**: escritos de Marilena Chauí. Belo Horizonte - Mg: Autêntica, 2017. 397 p. Disponível em: <https://pt.scribd.com/read/405703745/Sobre-a-violencia-Escritos-de-Marilena-Chau-i-vol-5#>. Acesso em: 20 set. 2020.

LIMA, Fernanda da Silva; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Direito da Criança e do Adolescente**: a necessária efetivação dos direitos fundamentais. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012. 243 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/99635>. Acesso em: 10 set. 2020.

LINHARES, Juliana Magalhães. História social da infância. **Sobral: Inta**, 2016.

LONDONO, Fernando Torres; PRIORE, Mary Del. História da criança no Brasil. 1991.

MATTOSO, Kátia de Queirós. O filho da escrava: em torno da Lei do Ventre Livre. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v.8 n. 16, p. 37-55. mar/1988 - ago.1988.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 128 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. É possível prevenir a violência? reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 7-23, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/1999.v4n1/7-23/pt>. Acesso em: 03 set. 2021.

MINAYO, MCS. Violência e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MOREIRA, Maria Ignez Costa; Sousa, Sônia Margarida Gomes. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. *O Social em Questão - Ano XV - n° 28 - 2012*

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos da Criança, de 20 de novembro de 1989. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 12/04/2021.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS Convenção das Nações Unidas sobre os aspectos civis do Sequestro Internacional de Crianças. Adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 25 de outubro de 1980. Disponível em: <https://assets.hcch.net/docs/bbca6301-9847-470b-ac47-4635cb1e7cbd.pdf> Acesso em: 20/03/2021.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS Convenção Interamericana sobre conflitos de leis em matéria de adoção de menores. Concluída em La Paz, em 24 maio de 1984.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude. Adotadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua resolução 40/33, de 29 de novembro de 1985. Disponível em: <https://www.social.go.gov.br/files/institucional/Sinase-RegrasdeBeijing.pdf> Acesso em: 08 abr.2021.

ONU. Convenção das Nações Unidas sobre Consentimento para casamento, Idade Mínima para casamento e Registro de casamento: aberto para assinatura e ratificação pela resolução da Assembleia Geral 1763 A (XVII) de 7 de novembro de 1962. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Casamento-e-Fam%C3%ADlia/convencao-sobre-o-consentimento-para-o-matrimonio-a-idade-minima-para-casamento-e-registros-de-casamentos.html>. Acesso em: 18/03/2021.

PAGANINI, Juliana. **O trabalho infantil no Brasil**: uma história de exploração e sofrimento. In: Amicus Curiae. v. 5.n.5(2008). 2011. Disponível em Acesso em: 20/04/2021.

PORTUGAL. Direção geral de saúde. **Violência interpessoal**: abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. 2. ed. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2016. 260 p. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpeosol-pdf.aspx. Acesso em: 25 ago. 2021.

RIZZINI, Irene e PILOTTI, Francisco (org.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIZZINI, Irene. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; LIMA, Maria Luiza Carvalho de. Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências. In: NJAINE, Kathie *et al* (org.). **Impactos da Violência na Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz e Ensp/Cdead, 2020. p. 448. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/p9jv6>. Acesso em: 01 set. 2021.

UNICEF, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/protection/child-marriage>. Acesso em: 14 mar. 2021.

UNICEF, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 12/04/2021.