



DIAGNÓSTICO DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO ESTADO DE SÃO PAULO

MACRORREGIÃO I

(CAMPINAS, MOGIANA – SÃO JOÃO DA
BOA VISTA, PIRACICABA E SOROCABA)

RELATÓRIO FINAL

INSTITUTO VIDA SÃO PAULO

GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

GERALDO ALCKMIN

SECRETÁRIO DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

FLORIANO PESARO

CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE SÃO PAULO

- CONDECA -

PRESIDENTE

VITOR BENEZ PEGLER

COMISSÃO ESTADUAL PARA ACOMPANHAMENTO DO DIAGNÓSTICO DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO ESTADO DE SÃO PAULO

REPRESENTANTES DO CONDECA:

ROBSON JOSÉ CANDIANI MOTA

MARCELO FERREIRA

REPRESENTANTES DO CONSELHO TUTELAR:

MARISTELA DO AMARAL FREITAS

VITOR RISSATO

REPRESENTANTES DO INSTITUTO VIDA

ELAINE APARECIDA MACENA BATISTA RAMOS

LILIANA MANTONI

INSTITUTO VIDA SÃO PAULO

COORDENAÇÃO DO PROJETO

ELAINE APARECIDA MACENA BATISTA RAMOS

EQUIPE TÉCNICA

LILIANA MANTONI

MARLY SAITO

KATIELE FELIPPE

METODOLOGIA

LILIANA MANTONI

PESQUISADORES

EVERTON BARROS CAMPOS

JOSÉ ARMANDO HUSSID

PAULA PASCOALINI GERALDO

TATIANA ROSA ABDUL WARES

ANÁLISE E RELATORIA

ELAINE APARECIDA MACENA BATISTA RAMOS

LILIANA MANTONI

MARLY SAITO

SUPERVISÃO

ANDREA DAS NEVES NERI DE SANTANA

AGRADECIMENTOS

Registramos aqui nossos agradecimentos e colaborações prestadas, sem as quais a elaboração deste relatório não teria sido possível.

Ao governo do Estado de São Paulo, em especial, à Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social – SEDS, bem como às suas Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social e à Secretaria Estadual de Segurança Pública (SSP);

Ao Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em especial, às Varas da Infância e da Juventude, Varas da Família e Cíveis, bem como aos seus setores técnicos;

Às equipes municipais dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares, Secretarias Municipais e aos demais atores do SGDCA, pelo acolhimento da equipe e contribuições para o trabalho;

À professora Doutora Marisa do Espírito Santo Borin pela colaboração inicial na definição da amostragem dos municípios.

LISTA DE SIGLAS:

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA — em inglês: Acquired Immunodeficiency Syndrome - AIDS)
BPC	Benefício de prestação Continuada
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CAS	Coordenadoria de Assistência Social
CAS	Crianças
CIEE	Centro de Integração Empresa-Escola
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CT	Conselho Tutelar
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONDECA	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONSED	Conselho Nacional de Secretários de Educação
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DRADS	Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EF	Ensino Fundamental
EM	Ensino Médio
FIA	Fundo para a Infância e Adolescência
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUMCAD	Fundo Municipal da Criança e do Adolescente
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
FUNDEF	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IHA	Índice de Homicídios na Adolescência
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVJDR	Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade Racial
LA	Liberdade Assistida
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MEC	Ministério da Educação
MP	Ministério Público
MPF	Ministério Público Federal

MSE	Medidas Socioeducativas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OSC	Organização da Sociedade Civil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos
PAIF	Serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família
PBF	Programa Bolsa Família
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PPA	Plano Plurianual
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEDS	Secretaria de Desenvolvimento Social
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SNJ	Secretaria Nacional de Justiça
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Municípios selecionados para a pesquisa quantitativa e qualitativa
TABELA 2	Municípios selecionados
TABELA 3	População total - IBGE 2016
TABELA 4	População de 0 a 19 anos (%)
TABELA 5	População indígena com percentuais das CAs - IBGE 2016
TABELA 6	Abastecimento de água
TABELA 7	Atendimento de esgoto sanitário
TABELA 8	Serviço de coleta de lixo
TABELA 9	Participação da Agropecuária
TABELA 10	Participação dos Serviços
TABELA 11	Participação da Indústria

- TABELA 12** Rendimento médio do total de empregos formais (R\$)
- TABELA 13** Crianças e adolescentes em situação de extrema pobreza de 0 a 17 anos (%)
- TABELA 14** Índice de Gini – IBGE, 1991, 2000 e 2010
- TABELA 15** Taxa de Mortalidade Infantil (< de 1 ano)
- TABELA 16** Taxa de Mortalidade na Infância (< de 5 anos)
- TABELA 17** Nascimentos de Baixo Peso
- TABELA 18** Mães adolescentes (com menos de 18 anos)
- TABELA 19** Índice de Homicídio na Adolescência (IHA) nos municípios com mais de 100 mil habitantes - SDH (2012)
- TABELA 20** Trabalho infantil - Faixa Etária de 10 a 17 anos - IBGE 2010
- TABELA 21** Matrículas em creche, em relação à população de 0 a 3 anos (2014)
- TABELA 22** Matrículas em pré-escola, em relação à população de 4 a 5 anos
- TABELA 23** Matrículas no Ensino Fundamental de pessoas de 6 a 14 anos, em relação à população na mesma faixa etária (%)
- TABELA 24** Matrículas no Ensino Médio de pessoas de 15 a 17 anos, em relação à população na mesma faixa etária (%)
- TABELA 25** Distorção idade-série, anos finais do EF - (INEP, 2016)
- TABELA 26** Distorção Idade-Série/total Ensino Médio - (INEP: 2016)
- TABELA 27** Crianças e Adolescentes com deficiência fora da escola – faixa etária de 5 a 9 anos (%)
- TABELA 28** Crianças e Adolescentes com deficiência fora da escola – faixa etária de 10 a 14 anos (%)
- TABELA 29** Crianças e Adolescentes com deficiência fora da escola – faixa etária de 0 a 4 anos (%)
- TABELA 30** Crianças e Adolescentes com deficiência fora da escola – faixa etária de 15 a 19 anos
- TABELA 31** PBF - Beneficiários do PBF de 0 a 17 anos (%)
- TABELA 32** Beneficiários do BPC de 0 a 18 anos, em relação às crianças e adolescentes com deficiência (%)
- TABELA 33** Ranqueamento feito entre os municípios selecionados da macrorregião, considerando os 3 piores resultados para cada um dos indicadores quantitativos.
- TABELA 34** Composição dos Conselhos Tutelares (CTs) por gênero
- TABELA 35** Escolaridade dos Conselheiros Tutelares

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1** Legislação e normas locais
- QUADRO 2** Instalação de Ouvidoria no município
- QUADRO 3** Infraestrutura do Conselho Tutelar
- QUADRO 4** Gestão do Conselho Tutelar (normas, tarefas e mecanismos de atuação conjunta)
- QUADRO 5** Gestão do Conselho Tutelar (fiscalização de órgãos)
- QUADRO 6** Avaliação de procedimentos empregados pelos conselheiros
- QUADRO 7** Registro pelo Conselho Tutelar das medidas protetivas e de encaminhamentos junto ao MP
- QUADRO 8** Temas eleitos para capacitação dos conselheiros tutelares
- QUADRO 9** Relações de cooperação entre o Conselho Tutelar e demais órgãos do SGD
- QUADRO 10** Denúncias recebidas

- QUADRO 11** Melhoria da rede - SGD
- QUADRO 12** Violações de direitos de crianças e adolescentes
- QUADRO 13** Composição dos Conselhos de Direito por segmento e sexo
- QUADRO 14** Infraestrutura dos CMDCA
- QUADRO 15** Avaliação das normas locais
- QUADRO 16** Avaliação da legitimidade e representatividade dos conselheiros eleitos
- QUADRO 17** Secretarias representadas no CMDCA
- QUADRO 18** Avaliação da Lei e regulamentação do Fundo Municipal para a Infância e Adolescência
- QUADRO 19** Utilização dos Recursos Monetários do Fundo Municipal
- QUADRO 20** Direcionamento dos Recursos Monetários
- QUADRO 21** Relações de Cooperação entre o CMDCA e os demais Órgãos do SGD
- QUADRO 22** Denúncias de Conselheiros Tutelares
- QUADRO 23** Gestão do CMDCA - Distribuição de Tarefas e Articulação Institucional
- QUADRO 24** Número de Horas Trabalhadas na Semana pelos Conselheiros(os)
- QUADRO 25** Avaliação do Tempo de Trabalho Destinado pelos Conselheiros
- QUADRO 26** Frequência em que ocorrem as reuniões nos CMDCA
- QUADRO 27** Avaliação do Diagnóstico Local, Quando Existente
- QUADRO 28** Avaliação do Plano de Ação do CMDCA, Quando Existente
- QUADRO 29** Avaliação do Plano Plurianual, Quando Existente
- QUADRO 30** Registros das Organizações Governamentais e Não Governamentais
- QUADRO 31** Das atividades na gestão do CMDCA
- QUADRO 32** Responsabilidade do CMDCA no processo de escolha dos membros do Conselho Tutelar
- QUADRO 33** Elaboração dos Planos Municipais
- QUADRO 34** Temas eleitos para Capacitação dos Conselheiros de Direito
- QUADRO 35** Registros efetuados pela Assistência Social
- QUADRO 36** Serviços de Medidas Socioeducativas em meio aberto e fechado
- QUADRO 37** Local da realização das Medidas Socioeducativas (meio aberto)
- QUADRO 38** Acompanhamento das MSE pelo Juizado da infância e juventude
- QUADRO 39** Situações de Violações de Direitos de Crianças e Adolescentes
- QUADRO 40** Avaliação do fluxo operacional de encaminhamentos de criança e adolescente com direitos violados
- QUADRO 41** Modalidades de Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes
- QUADRO 42** Elaboração do PPP e PIA nos serviços de acolhimento
- QUADRO 43** Avaliação do PPP e PIA nos Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes
- QUADRO 44** Delegacias Especializadas
- QUADRO 45** Integração Operacional Local para Atendimento ao Adolescente
- QUADRO 46** Registros de atos infracionais cometidos por adolescentes, 01/08/16 a 31/10/16
- QUADRO 47** Registros de crimes, infrações administrativas ou irregularidades que vitimizaram crianças e adolescentes, 01/08/16 a 31/10/16
- QUADRO 48** Municípios e Fóruns

QUADRO 49	Especializações existentes nos Fóruns consultados
QUADRO 50	Relações de Cooperação entre os Fóruns e os CMDCA e CT
QUADRO 51	Registros de atos infracionais de 01-08-2016 a 31-10-2016
QUADRO 52	Registros de atos infracionais de 01-08-2016 a 31-10-2016
QUADRO 53	Registros de atos infracionais de 01-08-2016 a 31-10-2016
QUADRO 54	Programas de Medidas Socioeducativas
QUADRO 55	Registros de casos de violações de direitos de crianças e adolescentes
QUADRO 56	Avaliação dos Programas de Proteção Especial

SUMÁRIO

Apresentação.....	12
Introdução.....	12

PARTE I – METODOLOGIA

Objetivos e Definições.....	14
Procedimentos adotados.....	15
Mobilização e Participação.....	18
Municípios selecionados.....	18

PARTE II - RESULTADOS - REGIÃO METROPOLITANA

1) INDICADORES QUANTITATIVOS

Introdução.....	23
1. População.....	24
2. Infraestrutura urbana.....	27
3. Economia.....	29
4. Renda.....	32
4.1. Rendimento médio do total de empregos formais.....	32
4.2. Crianças e adolescentes em situação de extrema pobreza.....	33
4.3. Índice de Gini.....	35
5. Saúde e Estatísticas Vitais.....	36
5.1. Taxa de Mortalidade Infantil – TMI (< de 1 ano).....	36
5.2. Taxa de Mortalidade na Infância – TMI (< de 5 anos).....	38
5.3. Nascimentos de Baixo Peso.....	39
5.4. Adolescentes grávidas.....	40
5.5. Violações de Direitos – Homicídios.....	42
5.6. Violações de Direitos – Trabalho Infantil.....	43
6. Educação.....	45
6.1. Crianças e adolescentes matriculados no EF e EM.....	45
6.2. Distorção Idade-Série.....	49
6.3. Crianças e adolescentes com deficiência Fora da Escola.....	52
7. Socioassistencial.....	57
Considerações Finais.....	59

PARTE III - RESULTADOS

INDICADORES QUALITATIVOS

Introdução.....	64
Conselho Tutelar.....	64
1. As conselheiras e conselheiros tutelares.....	64
2. Normas e legislações.....	65
3. Infraestrutura dos Conselhos Tutelares.....	67
4. Gestão do Conselho Tutelar.....	70
4.1. Fragilidades nos encaminhamentos de crianças e adolescentes que sofreram violações de direitos.....	73

4.2. Potencialidades nos encaminhamentos de crianças e adolescentes que sofreram violações de direitos.....	74
4.3. Registros utilizados pelas conselheiras(os) nos casos de medidas protetivas e violações de direitos.....	74
4.4. Capacitação das conselheiras e conselheiros tutelares.....	76
5. Relações Colaborativas entre o Conselho Tutelar e demais órgãos do SGD.....	77
5.1. Aprimoramento da Rede de Atendimento (SGD).....	80
6. Violações de direitos de crianças e adolescentes.....	81
6.1. Dificuldades apontadas no enfrentamento das violações de direitos.....	82
Considerações.....	84

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – CMDCA

1. Composição dos CMDCAs.....	85
2. Infraestrutura dos CMDCAs.....	87
3. Normas e legislação do CMDCA.....	88
4. Fundo Municipal para a Infância e Adolescência.....	90
5. Relações de Cooperação entre o CMDCA e os demais órgãos do SGD.....	91
6. Gestão do CMDCA.....	93
6.1. Distribuição dos trabalhos e horas trabalhadas.....	93
6.2. Ferramentas para planejamento do trabalho nos CMDCAs.....	94
6.3. Ações previstas nos CMDCAs.....	96
7. Capacitação das Conselheiras(os) de Direitos.....	98
Considerações.....	99

ASSISTÊNCIA SOCIAL

1. Serviços de Medidas Socioeducativas.....	101
2. Violações de direitos de crianças e adolescentes.....	103
3. Serviços de acolhimento para crianças e adolescentes – Modalidades.....	104
Considerações.....	105

POLÍCIA CIVIL

1. Especialização para atendimentos de crianças e adolescentes.....	106
2. Dificuldades nos encaminhamentos de crianças e adolescentes.....	107
3. Registros dos crimes contra crianças e adolescentes e dos atos infracionais.....	108
Considerações.....	111

SISTEMA DE JUSTIÇA – SJ

1. Especialidades dos Fóruns – Equipes Interprofissionais.....	112
2. Relações de cooperação entre o Fórum e os Conselhos de Direitos e Tutelares.....	113
3. Registros dos atos infracionais, registros de violações de direitos de crianças e adolescentes e avaliações dos programas de medida socioeducativa e de atenção especial.....	114
Considerações.....	118

CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
-----------------------------------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
---	-----

APRESENTAÇÃO

O **INSTITUTO VIDA SÃO PAULO**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº 03.816.478/0001-82, executou o projeto Diagnóstico do Sistema de Garantia de Direito no estado de São Paulo, em cumprimento ao objetivo proposto no Contrato nº 411/2016/**CONDECA**, firmado entre a Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social (**SEDS**), com o apoio do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente de São Paulo (**CONDECA/SP**).

O Sistema de Garantia de Direitos foi constituído a partir da Resolução 113 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – **CONANDA**, que determina que o Sistema deve ser todo articulado e integrado, entre a sociedade e as instâncias públicas, nas quais ficam sob a responsabilidade de ambas a efetivação das normas a serem aplicadas como meio de priorizar as garantias e direitos de crianças e adolescentes, preconizados em lei.

Tal articulação é formada pela integração entre o Estado, as famílias e a sociedade civil, como um todo e estrutura-se em três grandes eixos estratégicos de atuação: Defesa, Promoção e Controle. Essa divisão facilita o entendimento sobre em quais campos age cada ator envolvido e assim possibilita cobrar de cada representante suas responsabilidades, assim como entender as responsabilidades de cada um deles dentro do Sistema.

Importante observar que antes da criação do **SGDCA**, a Lei nº 8.069/90, Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 86, já estabelecia a atuação articulada das diversas esferas para a efetivação dos direitos nele previstos, observemos:

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

Saber como é formado e como se dá a operacionalização desse Sistema no estado de São Paulo é fundamental para a garantia dos direitos humanos de criança e adolescente. A ausência de diagnósticos sobre as realidades, que fundamentem a formulação de políticas consistentes, certamente está entre os mais importantes desafios a serem superados pelo Sistema de Garantia de Direito. Diagnósticos podem revelar como os problemas se manifestam em cada contexto, apontar prioridades e permitir a mobilização de forças locais e regionais para a ação, estimulando em todo o Estado a articulação com a sociedade civil, objetivando a melhoria das condições de vida de crianças e adolescentes.

Desta forma, o projeto informado teve como objetivo a elaboração de pesquisa quantitativa e qualitativa, considerando a seleção de alguns municípios com maior índice de vulnerabilidade, a partir de estudo e critérios apontados em metodologia própria, que permitiu reunir dados e informações que retratam a situação do Sistema de Garantia de Direito no estado de São Paulo, por intermédio de análise de fontes oficiais, documental, reuniões, pesquisa de campo e outros, a fim de propor ações e/ou encaminhamentos que possam promover a atuação e efetivação dos atores que integram o **SGDCA**. Considerando a importância da atuação dos mesmos, em especial, para a efetivação das normas a serem aplicadas como meio de priorizar as garantias e direitos de crianças e adolescentes, preconizados em lei.

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem a finalidade de apresentar os resultados da pesquisa objetivando a elaboração do diagnóstico sobre o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente – **SGDCA** em cento e treze municípios selecionados do estado de São Paulo, a partir de metodologia elaborada. Destina-se a cada uma das

Macrorregiões da rede socioassistencial do estado de São Paulo, totalizando assim seis produtos entregues.

Cada relatório inclui a metodologia utilizada e os procedimentos seguidos para coleta de dados de fontes primária e secundária. Apresentam indicadores quantitativos e qualitativos que dão suporte para o diagnóstico do **SGDCA**, mas tem como foco as violações de direitos que afetam o público para o qual esse Sistema foi concebido, as crianças e os adolescentes. Assim, a análise é norteadada pela doutrina da proteção integral consubstanciada na Constituição Federal de 1988, onde encontramos no artigo 227, o entendimento da absoluta prioridade às crianças e adolescentes:

“Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”

Os resultados foram agrupados tendo como referência a classificação dos municípios por DRADS e as respectivas Macrorregiões. Assim, cada relatório contém o produto final de cada Macrorregião, acompanhado dos resultados das entrevistas de campo realizadas em 24 (vinte e quatro) municípios selecionados da amostra. Ele divide-se em três partes. A primeira refere-se à metodologia elaborada e aplicada nas cinco macrorregiões. A segunda analisa os dados de fontes secundárias, por meio de indicadores quantitativos. A terceira parte refere-se aos dados qualitativos coletados de fonte primária. A conjunção desses dados permite analisar o **SGDCA** nos municípios selecionados, considerando seu público alvo e órgãos que atendem diretamente esse público, para apontar as vulnerabilidades e violações de direitos nas quais se encontram as crianças e adolescentes. A relevância dos indicadores econômicos e sociais consiste no fato de trazerem, se não na totalidade, pelo menos parte do contexto das condições de vida do público alvo. Enquanto que os indicadores qualitativos permitem uma maior aproximação tanto do atendimento prestado ao público alvo como dos órgãos do **SGDCA**. Esta aproximação visa identificar as fragilidades e potencialidades deste Sistema e sugerir encaminhamentos de melhoria dos serviços oferecidos às crianças e adolescentes, sujeitos de direitos e em desenvolvimento.

Esperamos que as reflexões contidas neste relatório possam contribuir para suscitar respostas no combate às violações de direitos de crianças e adolescentes e no aprimoramento do **SGDCA**. De modo que, este diagnóstico sirva como ferramenta para advocacy com a finalidade de criar intervenções, da parte do governo e da sociedade civil, que resultem em superações daquelas violações.

PARTE I – METODOLOGIA

OBJETIVOS E DEFINIÇÕES

O objetivo geral do diagnóstico sobre o SGDCA é apresentar a situação desse Sistema nos municípios selecionados. O público alvo, segundo sua própria denominação, são crianças e adolescentes, com idades de 0 a 12 anos incompletos e de 12 a 18 anos, respectivamente.

Conforme sabemos, esse Sistema tem como objetivo promover, defender e controlar a efetivação dos direitos da criança e do adolescente preconizados pelo **ECA**, por meio de ações articuladas e integradas nos níveis de governo: Federal, Estadual, Distrital e Municipal, com ações governamentais e não governamentais.

Essas instituições (governamentais e não governamentais) distribuem-se em três eixos dentro do **SGDCA**, nos quais cada uma desempenha tarefas e funções distintas e complementares. Os eixos são: 1) Eixo da Promoção dos Direitos; 2) Eixo da Defesa dos Direitos; e, 3) Eixo do Controle da Efetivação de Direitos. Foi pensando em cada um desses eixos, na sua forma integrada e sistêmica de funcionamento, que o projeto para realização do diagnóstico propôs os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as potencialidades e fragilidades dos órgãos que compõem o SGDCA;
- Apontar as violações dos direitos contra crianças e adolescentes registradas nos atendimentos dos Conselhos Tutelares;
- Levantar as ocorrências de atos infracionais registrados pelos órgãos, representados nos municípios, da Secretaria de Segurança Pública (SSP) e do Sistema de Justiça (SJ);
- Identificar as políticas públicas de proteção básica e especial;
- Levantar os Conselhos de Direitos municipais e os Conselhos Tutelares com endereço completo, e-mail e telefone;
- Indicar os problemas manifestos e sugerir encaminhamentos.

Para elaboração do diagnóstico do **SGDCA**, partimos de um conjunto de indicadores que retratam as violações de direitos de crianças e adolescentes e de um recorte socioeconômico dos municípios no estado de São Paulo. Assim, o **SGDCA** será avaliado em localidades nas quais as crianças e adolescentes encontram-se em situação de vulnerabilidade.

O termo “vulnerabilidade” possui várias possibilidades de interpretação, assim como qualquer outro termo. Ele tem origem na área da “advocacia internacional” designa: “em sua procedência, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na proteção ou na garantia de seus direitos de cidadania” (Apud Alves, 1994; apud Ayres, 2003 in Rizzini, p.30, 2010). Na área da saúde, há mais de uma década que esse termo foi adotado como um conceito-chave nos estudos e intervenções diante da epidemia de **HIV/AIDS** (Rizzini, p. 30, 2010). Na Assistência Social, é utilizado na Política Nacional de Assistência Social (2004) bem como no Plano Nacional de Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2006).

A Política Nacional de Assistência Social define o termo vulnerabilidade em relação ao público que sofre a vulnerabilidade e para quem os serviços socioassistenciais são dirigidos: “... o público usuário da Política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos

étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social” (PNAS, 2004, p.33).

Entendemos assim, que as crianças e adolescentes podem estar submetidos a uma ou mais vulnerabilidades, o que nos aponta para situações que as colocam em risco e também para as desigualdades sociais.

Para Rizzini, baseada nas autoras Bellenzani e Malfitano (2006), “a idéia da vulnerabilidade social tem sido eficaz para chamar a atenção sobre as condições estruturais que colocam as pessoas em risco, para além do seu comportamento individual: desta forma, nega-se uma “tradição ‘psicologizante’, essencialista, individualista, culpabilizadora e a-histórica, que renega qualquer reflexão sobre os contextos culturais, sociais e políticos ‘onde’ e ‘como’ as pessoas sofrem e adoecem”.

Os dados econômicos e sociais utilizados neste relatório apontam algumas das causas pelas quais as crianças encontram-se em vulnerabilidade e com seus direitos violados. Ou, de outro modo, apontam as falhas nas políticas básicas oferecidas à população em geral e ao público alvo. Assim, por considerar dados macros sociais e econômicos, com a finalidade de dar uma melhor aproximação possível das reais condições de vida das crianças e adolescentes, defende-se o uso do termo vulnerabilidade porque ele oferece a possibilidade de “articulação entre indivíduo e coletivo” (Rizzini p.31, 2010).

Todavia, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei 8069, 1990) constitui-se no marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e adolescentes, com vistas a superar vulnerabilidades e desigualdades sociais. Sabemos que o ECA foi elaborado em consonância com a Constituição Federal (1988), que tem como princípio a proteção integral do ser humano e coloca como prioridade a criança e o adolescente (Art.227). O conceito da “Proteção Integral” traz em seu bojo um novo paradigma, designando novas atribuições para o Estado, a Família e a Sociedade, integrando as ações de cada um destes por meio da corresponsabilização. Pois, as crianças e adolescentes não são apenas sujeitos dos direitos fundamentais, possuem também direitos especiais, decorrentes da sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e sociocultural.

PROCEDIMENTOS ADOTADOS

O projeto de diagnóstico do SGDCA foi executado entre agosto de 2016 a dezembro de 2017. Abaixo estão descritos os procedimentos adotados, que foram parcialmente inspirados no documento para Transformar – Guia para diagnóstico e formulação da política municipal de proteção integral das crianças e adolescentes¹ (PRATTEIN, 2011).

Inicialmente, para a tomada de conhecimento sobre as violações de direitos de crianças e adolescentes, foram consultados alguns documentos que analisam o tema das violações (Prattein, 2011; Conferências 2015-CRDHCA; UNICEF, 2016). Essas informações iniciais pautaram a seleção dos indicadores para escolha dos municípios que compõem o diagnóstico e a seleção dos indicadores a serem utilizados neste relatório.

No estado de São Paulo há 645 (seiscentos e quarenta e cinco) municípios. Realizar um diagnóstico sobre o **SGDCA** em todos eles demandaria uma equipe maior e um período mais extenso, além de buscar uma metodologia apropriada para este universo de pesquisa. Não significa dizer que não seja necessária a

¹Um modelo elaborado pela Prattein Consultoria e sistematizado por iniciativa da Fundação Telefônica, com o apoio do Movimento Juntos pelo ECA.

realização de diagnóstico em todos os municípios. Ao contrário, a Resolução nº 171, de 04 de dezembro de 2014 do **CONANDA**, aponta a necessidade da realização de diagnósticos para elaboração de Planos Municipais e para implantação das políticas públicas para todas as crianças e adolescentes.

A solução encontrada para delimitar o campo de pesquisa, dentre os 645 municípios existentes, foi criar uma amostra de 113 (17,52%) municípios do estado de São Paulo. Essa amostra foi definida a partir da caracterização dos municípios, que constava nos cadernos das Conferências Regionais dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente-**CRDHCA**, realizadas no estado de SP pelo **CONDECA** em 2015². Das caracterizações municipais foram eleitos, em sua maioria, os indicadores (6) que colocavam em risco a vida de crianças e adolescentes e indicadores (2) em relação à educação. São eles: mortalidade na infância; mortalidade infantil; homicídio; trabalho infantil; adolescentes em situação de trabalho e sem carteira assinada; gravidez na adolescência; crianças e adolescentes fora da escola; crianças e adolescentes com deficiência fora da escola. Depois de identificados tais indicadores, foi feita a seleção daqueles municípios que apresentavam o pior valor para cada um desses indicadores. Além desses critérios, que orientaram a composição da amostra, um outro critério adotado foi a inclusão do município sede em cada uma das **DRADS** no estado de São Paulo. Assim, chegamos nos 113 (cento e treze) municípios a serem analisados com dados estatísticos para o diagnóstico do **SGDCA**.

No entanto, para atendermos a demanda dos objetivos específicos do diagnóstico, fez-se necessário a inclusão de uma pesquisa de campo junto aos órgãos do **SGDCA**. De modo, que uma nova amostragem foi feita a partir então daqueles 113 municípios já eleitos. Esta amostragem tomou como prioridade os municípios que apresentaram mais de um indicador de violação, sobretudo aqueles referentes ao risco de vida, conforme acima mencionado. Assim, esta segunda amostragem contemplou 24 (vinte e quatro) municípios (23%) dos 113 já indicados.

Importa mencionar, sem diminuir as responsabilidades pelas violações, identificadas nos indicadores dos 113 municípios, que elas não se limitam apenas aos municípios dessa amostragem. Pois, sabemos da existência de violações presentes nos municípios² brasileiros, mas nem sempre os dados são disponibilizados.

Em vista dos objetivos mencionados anteriormente, a execução do diagnóstico foi dividida em 02 (duas) partes complementares, tendo como eixo central as violações de direitos de crianças e adolescentes, que são identificadas por meio de indicadores quantitativos e qualitativos.

Deste modo, a parte II deste relatório, analisa os resultados das estatísticas para os 113 (cento e treze) municípios selecionados, sendo que a exposição deles é feita segundo à macrorregião socioassistencial que pertence. Para tanto, as estatísticas referem-se aos indicadores, colhidos de fonte secundária de órgãos oficiais de pesquisa e de governo, como o **IBGE**, **SEADE**, **MDS**, **SUS**, e outros. São indicadores que trazem uma caracterização socioeconômica dos municípios, mas principalmente, mostram evidências sobre as políticas públicas dirigidas para as crianças e adolescentes nas áreas da saúde, educação e violência. O conjunto desses indicadores quantitativos, analisados por macro, foi armazenado em um banco de dados (software) desenvolvido com a finalidade de ser uma ferramenta de trabalho para a pesquisa, subsidiando o trabalho técnico.

Esses indicadores quantitativos foram agrupados em sete divisões: I) população local; II) infraestrutura urbana; III) econômica; IV) renda; V) saúde e estatísticas vitais; VI) educação e VII) socioassistencial. A inserção de indicadores sobre a urbanização, a renda e a economia nos mostram as condições dos municípios nas quais vivem crianças e adolescentes, além de suas famílias e toda a comunidade. Já, os

²Nos cadernos das conferências há menções da ausência de dados de vários municípios sobre as violações que atingem crianças e adolescentes.

indicadores referentes à população, saúde, educação e rede de serviços socioassistencial apresentam, primeiramente, o universo de crianças e adolescentes em relação ao total dos municípios, e em seguida, mostram alguns dos serviços básicos instalados nos municípios, indicando a oferta ou a falta deles. Ou seja, apontam a medida da inserção de crianças e adolescentes nos programas e serviços públicos básicos e reparativos. Deste modo, esse conjunto de indicadores quantitativos aponta as vulnerabilidades nas quais as crianças e adolescentes estão submetidos em cada município.

Nas considerações finais desta parte II, é apresentado um ranqueamento entre os municípios de cada macro, tendo como critério os três piores valores apresentados assumidos pelos indicadores em questão. Trata-se de uma síntese, pois, no decorrer do relatório, são analisadas em cada uma das sete divisões, os municípios e os indicadores correspondentes. Esse ranqueamento permite mostrar, de modo sintético, as localidades que concentram maior número de violações de direitos e cujos indicadores assumem valores superiores aos encontrados nos demais municípios, em relação às áreas da saúde e educação.

A parte III procura aprofundar as informações, por meio de pesquisa qualitativa, a respeito das violações de direitos de crianças e adolescentes, dos atos infracionais praticados por adolescentes e sobre o funcionamento do **SGDCA**, tendo como universo os 24 (vinte e quatro) municípios selecionados. Para isso, foram elaborados 05 (cinco) roteiros de questões para serem aplicados em 06 (seis) seis órgãos representativos do **SGDCA**, sendo eles: Conselho Tutelar, Conselho de Direito (sociedade civil e governo), Assistência Social (**CRAS** ou **CREAS**), Sistema de Justiça (Vara da Infância e Juventude, Família ou Cível), Sistema de Segurança (Polícia Civil). Todos esses atores integram o **SGDCA**, cuja competência é promover, defender e controlar a efetivação dos direitos da criança e do adolescente. Porém, os Conselhos de Direitos e os Conselhos Tutelares, por serem órgãos fundamentais do **SGDCA**, foram considerados protagonistas dentre os entrevistados. Os roteiros de entrevista dirigidos à eles contemplam um número maior de questões comparativamente aos demais órgãos participantes das entrevistas.

A adoção de um roteiro semiestruturado de questões contempla especialmente questões abertas, nas quais os entrevistados puderam expor seu conhecimento, não apenas sobre as violações de direitos, mas também sobre as fragilidades e as lacunas que dificultam o enfrentamento das violações no sistema de atendimento, contribuindo com as discussões sobre as potencialidades locais, dando aos entrevistados espaço para comentar sobre as oportunidades disponíveis para proteção e promoção dos direitos da criança e adolescente do sistema de garantia nos municípios. Esse formato de questões visa estimular o diálogo colaborativo para participação daqueles que estão na ponta do atendimento de crianças e adolescentes e para efetividade do diagnóstico do **SGDCA**. Além das questões abertas, foi adotada uma escala de valores para os entrevistados avaliarem os programas, legislações, trabalhos desenvolvidos, relações de cooperação, dentre outros itens, conforme sugestão de pesquisa indicada pela Prattein (2011, p.66). A escala proposta apresentava inicialmente valores que variavam entre 0 e 3, porém, a realização do pré-teste apontou a necessidade de incluir mais um valor, o “satisfatório”. Assim, a escala nos roteiros de entrevistas, foi composta de 4 valores, onde: 0 corresponde a inexistente/totalmente desestruturado; 1 a insatisfatório/pouco estruturado; 2 a relativamente satisfatório/razoavelmente estruturado; 3 a satisfatório/estruturado; e, 4 a bastante satisfatório/plenamente estruturado.

Cumprir consignar que a seleção dos indicadores quantitativos e qualitativos informa sobre a situação nas quais se encontram as crianças e adolescentes nos municípios selecionados, em relação à condição de sujeitos de direitos, podendo apontar ou não para as vulnerabilidades nas quais estão vivendo e para a fragilidade ou potencialidade do **SGDCA**. Neste sentido, pretende-se com esses dados analisados, a exclusão das vulnerabilidades que colocam em risco as crianças e adolescentes, mas também apontar para uma compreensão mais ampla dos fenômenos subjacentes às violações como mecanismo para atacar as causas dos problemas identificados.

Os resultados do diagnóstico podem ser utilizados em outros municípios que apresentem situações semelhantes às violações identificadas, por meio dos indicadores de vulnerabilidades, nas quais se encontram crianças e adolescentes. Desse modo, esperamos que o presente diagnóstico sobre o **SGDCA** possa ter utilidade como ferramenta para advocacy e encorajar apropriadas intervenções no nível de governo e sociedade civil.

MOBILIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO

Objetivando o compartilhamento das decisões sobre as prioridades sugeridas na análise do **SGDCA**, foi criada uma comissão, com representantes do **CONDECA** e do Conselho Tutelar, para validação dos resultados deste relatório. Este trabalho entre as executoras do projeto de diagnóstico e a comissão estimula o diálogo colaborativo e assume uma perspectiva que procura refletir o espírito participativo contido no **ECA** (**PRATTEIN**, 2011, p. 16).

Para a aplicação dos roteiros, pesquisa qualitativa, foram contatados os órgãos nos municípios que participariam das entrevistas, tais como: Prefeitura (Prefeito, Secretaria de Assistência Social – **CRAS** e **CREAS**, Conselho de Direito, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude ou Cível, Polícia Civil e outros), tendo como objetivo a apresentação do projeto e o convite à participação dos representantes. Além disso, foram feitos os contatos para agendamento das entrevistas. As entrevistas agendadas foram realizadas com os responsáveis pelos órgãos: conselheiras e conselheiros de direitos e tutelares; coordenadoras, diretoras, assistentes sociais e psicólogas da AS; escrivão, oficial maior, psicólogos e técnicos do Judiciário; e, delegados, escrivão e investigador da Polícia Civil.

MUNICÍPIOS SELECIONADOS

A tabela a seguir, mostra os municípios selecionados para a pesquisa quantitativa e qualitativa, a partir da metodologia disposta, agrupados por macrorregiões e **DRADS** (Diretorias Regionais de Assistência Social).

TABELA 1
MUNICÍPIOS SELECIONADOS PARA A PESQUISA QUANTITATIVA E QUALITATIVA.

MUNICÍPIOS SELECIONADOS	PESQUISA	
	QUANTITATIVA	QUALITATIVA
MACRO I	MUNICÍPIOS: 19	MUNICÍPIOS: 6
DRADS CAMPINAS	3	2
Campinas	1	-
Lindóia	1	X
Socorro	1	X
DRADS MOGIANA (SÃO JOÃO DA BOA VISTA)	6	2
Espírito Santo do Pinhal	1	-
Estiva Gerbi	1	X
Itobi	1	-
Santa Cruz das Palmeiras	1	-
São João da Boa Vista	1	-
Tambaú	1	X
DRADS PIRACICABA	6	0
Analândia	1	-
Charqueada	1	-
Mombuca	1	-
Piracicaba	1	-
Rio Claro	1	-
São Pedro	1	-
DRADS SOROCABA	4	2
Campina do Monte Alegre	1	X
Quadra	1	-
Salto	1	X
Sorocaba	1	-
MACRO II	MUNICÍPIOS: 25	MUNICÍPIO: 1
DRADS ALTA NOROESTE (ARAÇATUBA)	5	0
Araçatuba	1	-
Barbosa	1	-
Gastão Vidigal	1	-
Lavínia	1	-
Suzanópolis	1	-
DRADS ALTA PAULISTA (DRACENA)	5	
Dracena	1	-
Mariópolis	1	-
Panorama	1	-
Sagres	1	-

Santa Mercedes	1	-
DRADS ALTA SOROCABANA (PRESIDENTE PRUDENTE)	4	
Presidente Prudente	1	-
Regente Feijó	1	-
Ribeirão dos Índios	1	-
Teodoro Sampaio	1	-
DRADS FERNANDÓPOLIS	6	1
Aspásia	1	-
Fernandópolis	1	-
Ouroeste	1	-
Populina	1	-
Santana da Ponte Pensa	1	X
Votuporanga	1	-
DRADS SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	5	
Adolfo	1	-
Palestina	1	-
Santa Adélia	1	-
São José do Rio Preto	1	-
Zacarias	1	-
MACRO III	MUNICÍPIOS: 17	MUNICÍPIOS: 7
DRADS ARARAQUARA	4	1
Araraquara	1	-
Cândido Rodrigues	1	-
Gavião Peixoto	1	X
Porto Ferreira	1	-
DRADS BARRETOS	5	2
Barretos	1	-
Cajobi	1	X
Embaúba	1	X
Guaraci	1	-
Taiacu	1	-
DRADS FRANCA	4	1
Batatais	1	-
Franca	1	-
Guará	1	X
Sales Oliveira	1	-
DRADS RIBEIRÃO PRETO	4	3
Pontal	1	X
Ribeirão Preto	1	X
Santa Cruz da Esperança	1	X

Taquaral	1	-
MACRO IV	MUNICÍPIOS: 23	MUNICÍPIOS: 3
DRADS AVARÉ	4	1
Avaré	1	-
Barão de Antonina	1	X
Espírito Santo do Turvo	1	-
Tejupá	1	-
DRADS BAURU	5	0
Bauru	1	-
Getulina	1	-
Jaú	1	-
Lucianópolis	1	-
Reginópolis	1	-
DRADS BOTUCATU	4	
Bofete	1	-
Botucatu	1	-
Porangaba	1	-
Pratânia	1	-
DRADS ITAPEVA	4	1
Iporanga	1	-
Itaóca	1	X
Itapeva	1	-
Taquarivaí	1	-
DRADS MARÍLIA	6	1
Alvinlândia	1	-
Cruzália	1	X
Fernão	1	-
Gália	1	-
Marília	1	-
Platina	1	-
MACRO V	MUNICÍPIOS: 15	MUNICÍPIOS: 2
DRADS BAIXADA SANTISTA (SANTOS)	5	1
Cubatão	1	-
Guarujá	1	X
Mongaguá	1	-
Peruíbe	1	-
Santos	1	-
DRADS VALE DO PARAÍBA (SÃO JOSÉ DOS CAMPOS)	6	1
Areias	1	-

Canas	1	X
São Bento do Sapucaí	1	-
São José dos Campos	1	-
São Luís do Paraitinga	1	-
Taubaté	1	-
DRADS VALE DO RIBEIRA (REGISTRO)	4	0
Ilha Comprida	1	-
Juquiá	1	-
Pedro de Toledo	1	-
Registro	1	-
REGIÃO METROPOLITANA	MUNICÍPIOS: 14	MUNICÍPIOS: 5
DRADS GRANDE SÃO PAULO - ABC (SANTO ANDRÉ)	3	0
Mauá	1	-
Rio Grande da Serra	1	-
Santo André	1	-
DRADS GRANDE SÃO PAULO - LESTE - (MOGI DAS CRUZES)	5	1
Biritiba Mirim	1	X
Ferraz de Vasconcelos	1	-
Guararema	1	-
Itaquaquetuba	1	-
Mogi das Cruzes	1	-
DRADS GRANDE SÃO PAULO - NORTE - (GUARULHOS)	3	2
Caieiras	1	X
Francisco Morato	1	-
Guarulhos	1	X
DRADS GRANDE SÃO PAULO - OESTE - (OSASCO)	3	2
Itapeçerica da Serra	1	X
Juquitiba	1	X
Osasco	1	-
TOTAL GERAL	113	24

PARTE II - RESULTADOS

MACRORREGIÃO - I INTRODUÇÃO

O produto final do diagnóstico do SGDCA destina-se a cada uma das macrorregiões da rede socioassistencial no estado de São Paulo. Nesta parte (II) são apresentadas e analisadas as estatísticas ou indicadores quantitativos de fonte secundária. A relevância dos indicadores econômicos, sociais e vitais consiste no fato de trazerem, se não na totalidade, pelo menos parte do contexto das condições de vida das crianças e adolescentes. São evidências que apontam as violações de direitos e colocam o público alvo em situações de vulnerabilidades.

Neste relatório trataremos especificamente da Macrorregião I, composta pelas DRADS de Campinas, Mogiana (São João da Boa Vista), Piracicaba e Sorocaba, que faz parte de uma das macrorregiões da rede de apoio social da Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social do estado de São Paulo. A rede está sob a responsabilidade da Coordenadoria de Ação Social – CAS, que conta com órgãos descentralizados, as Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social - DRADS. Cada DRADS é composta por um número de municípios e o conjunto de DRADS de uma dada região configura-se numa Macrorregião. Após análise, foram selecionados 19 municípios para a pesquisa, conforme metodologia desenvolvida, que passamos a tratar neste relatório.

TABELA 2 MUNICÍPIOS SELECIONADOS

MUNICÍPIOS SELECIONADOS - 19

MACRO I -

DRADS - CAMPINAS

Campinas

Lindóia

Socorro

DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)

Espírito Santo do Pinhal

Estiva Gerbi

Itobi

Santa Cruz das Palmeiras

São João da Boa Vista

Tambaú

DRADS - Piracicaba

Analândia

Charqueada

Mombuca

Piracicaba

Rio Claro

São Pedro

DRADS - Sorocaba

Campina do Monte Alegre

Quadra

Salto

Sorocaba

Os indicadores quantitativos estão agrupados em sete divisões e cada uma trata de um aspecto específico dos dados sobre as condições de vida das crianças e adolescentes e da população como um todo. O objetivo é primeiramente caracterizar os municípios, considerando para isso a divisão (1) população local, (2) infraestrutura urbana, (3) econômica e (4) renda. Estas apresentam, segundo os indicadores, o contexto no qual as crianças e adolescentes vivem o seu dia a dia. As divisões relativas à (5) saúde e estatísticas vitais, (6) educação e (7) socioassistencial apresentam, também, conforme os indicadores, a situação das crianças e adolescentes frente às políticas sociais básicas. Estas 03 (três) divisões subdividem-se em outras, conforme o número de indicadores utilizados, a fim de aprofundar as questões sobre as políticas básicas dirigidas especificamente às crianças e adolescentes e também sobre as violações de direitos sofridas por eles.

1) POPULAÇÃO

Os municípios selecionados da Macrorregião I concentram um total de 2.774.223 habitantes que corresponde a 6,40% da população geral do estado de SP (43.674,533, SEADE, 2017). Campinas (1.142.620) é o município com o maior número de habitantes seguindo por Sorocaba, Piracicaba, e Rio Claro com 630.550, 380.494 e 195.490 respectivamente. Na sequência vêm os municípios de Salto e São João da Boa Vista, variando entre 111 mil e 86 mil. Já os municípios de Espírito Santo do Pinhal, Socorro, São Pedro, Santa da Cruz das Palmeiras, Tambaú, Charqueada e Estiva Gerbi estão acima de 10 mil, mas não ultrapassam a faixa de 42 mil habitantes. Sendo que seis deles, Itobi, Lindóia, Campina do Monte Alegre, Analândia, Quadra e Mombuca, detêm um total de habitantes que varia entre 3 mil e 7 mil. Assim, a Macrorregião I apresenta municípios com grande e menor número populacional.

TABELA 3

POPULAÇÃO TOTAL - IBGE 2016

POPULAÇÃO TOTAL (NÚMERO)

DRADS - CAMPINAS

Campinas	1,142,620
Lindóia	7,370
Socorro	38,036

DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)

Espírito Santo do Pinhal	42,350
Estiva Gerbi	10,678
Itobi	7,584
Santa Cruz das Palmeiras	32,262
São João da Boa Vista	86,021
Tambaú	22,620

DRADS - Piracicaba

Analândia	4,643
-----------	-------

Charqueada	16,217
Mombuca	3,307
Piracicaba	380,494
Rio Claro	195,490
São Pedro	33,249
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	5,714
Quadra	3,526
Salto	111,492
Sorocaba	630,550
População Total Macro I	2,774,223

Fonte: IBGE - Ano 2016

Como público alvo do SGD são as crianças e adolescentes, destacamos na tabela abaixo o total de crianças e adolescentes em relação à população total para cada um dos municípios. Observa-se que os percentuais na Macrorregião I, variam entre 24% e 30%, sendo que em São João da Boa Vista concentra o menor número de crianças e adolescentes e Mombuca e Campina do Monte Alegre apresentam o maior número.

TABELA 4
POPULAÇÃO DE 0 A 19 ANOS (%)

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO DE 0 A 19 ANOS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO TOTAL	
DRADS - Campinas	
Campinas	24.74%
Lindóia	25.63%
Socorro	23.51%
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	24.47%
Estiva Gerbi	26.64%
Itobi	25.88%
Santa Cruz das Palmeiras	27.93%
São João da Boa Vista	23.45%
Tambaú	27.09%
DRADS - Piracicaba	
Analândia	26.99%
Charqueada	27.87%
Mombuca	29.54%
Piracicaba	25.52%
Rio Claro	24.58%
São Pedro	25.75%
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	29.98%

Quadra	27.06%
Salto	26.31%
Sorocaba	26.39%

Fonte: Fundação SEADE - Ano: 2016

Importante destacar que, os contrastes da região não se limitam aos municípios com maior e menor número de habitantes. Em todos eles há presença de grupos sociais, incluindo aqui os grupos indígenas, que muitas vezes vivem distantes dos acessos dos serviços públicos. A tabela a seguir apresenta o total da população indígena e das crianças e adolescentes.

TABELA 5
POPULAÇÃO INDÍGENA COM PERCENTUAIS DAS CRIANÇA IBGE 2010
POPULAÇÃO INDÍGENA TOTAL/FAIXA ETÁRIA/PERCENTUAL

DRADS	Total do município	População Indígena Total de 0 a 19 anos (Número)	Percentual em relação a população indígena total
DRADS - Campinas			
Campinas	1,043	179	17%
Lindóia	19	3	16%
Socorro	18	1	6%
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)			
Espírito Santo do Pinhal	11	2	18%
Estiva Gerbi	10	4	40%
Itobi	1	0	0%
Santa Cruz das Palmeiras	10	2	10%
São João da Boa Vista	54	14	26%
Tambaú	14	2	14%
DRADS - Piracicaba			
Analândia	12	1	8%
Charqueada	15	2	13%
Mombuca	2	0	0%
Piracicaba	246	45	18%
Rio Claro	180	40	22%
São Pedro	23	1	4%
DRADS Sorocaba			
Campina do Monte Alegre	10	2	20%
Quadra	0	0	0%
Salto	55	7	13%
Sorocaba	558	120	22%

Fonte: IBGE - Ano: 2010

2) INFRAESTRUTURA URBANA

As condições adequadas de saneamento do domicílio são fundamentais não só para diminuir a mortalidade infantil e favorecer para o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes, como para garantir um ambiente saudável a todos. Ter essas condições adequadas significa em atender 100% dos domicílios em relação ao acesso, entre o domicílio e a rede geral, à água, ao esgoto sanitário e à coleta de lixo diária, que contemplam os serviços de saneamento básico.

Quanto ao acesso à água, somente os municípios de Lindóia e Socorro apresentam percentuais inferiores ao do estado de SP (96,12%), respectivamente 87,87% e 87,66%. Os municípios com os melhores percentuais são Santa Cruz das Palmeiras (99,91), Rio Claro (99,67%) e Quadra (99,65%), e os demais 15 municípios possuem percentuais entre 97,8% a 99,42%.

TABELA 6

ABASTECIMENTO DE ÁGUA – NÍVEL DE ATENDIMENTO (%)

DRADS - Campinas	
Campinas	98.89
Lindóia	87.87
Socorro	87.66
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	98.99
Estiva Gerbi	97.92
Itobi	97.87
Santa Cruz das Palmeiras	99.91
São João da Boa Vista	98.33
Tambaú	98.97
DRADS - Piracicaba	
Analândia	98.73
Charqueada	99.5
Mombuca	99.48
Piracicaba	99.42
Rio Claro	99.67
São Pedro	99.02
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	97.8
Quadra	99.65
Salto	98.31
Sorocaba	99.51

Fonte: Fundação SEADE - Ano: 2010

No caso do atendimento de esgoto sanitário, os municípios de Santa Cruz das Palmeiras, Rio Claro e Espírito Santo do Pinhal, atingem um nível de atendimento mais próximo dos 100% esperado, sendo que seis municípios estão abaixo ao oferecido no Estado de SP (91,84%), são eles, Lindóia, Socorro, Quadra, Campinas, Campina do Monte Alegre e Charqueada. Os outros dez municípios oferecem serviços cujos percentuais de atendimento variam entre 93,28% e 97,96% (Analândia, Salto, São Pedro, Mombuca, Estiva Gerbi, Itobi, São João da Boa Vista, Sorocaba, Tambaú e Piracicaba).

TABELA 7
ESGOTO SANITÁRIO – NÍVEL DE ATENDIMENTO (%)

DRADS - Campinas	
Campinas	87.02
Lindóia	76.64
Socorro	82.44
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	98.71
Estiva Gerbi	96.36
Itobi	96.71
Santa Cruz das Palmeiras	99.74
São João da Boa Vista	97.59
Tambaú	97.95
DRADS - Piracicaba	
Analândia	93.28
Charqueada	89.1
Mombuca	96.1
Piracicaba	97.96
Rio Claro	98.99
São Pedro	95.48
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	87.75
Quadra	86.22
Salto	94.97
Sorocaba	97.75

Fonte: Fundação SEADE - Ano: 2010

O indicador relativo à coleta de lixo aponta que todos os municípios prestam serviços de coleta de lixo, variando o nível de atendimento entre 98,23% e 100%, próximos ao percentual no estado de SP (99,09%).

TABELA 8
COLETA DE LIXO – NÍVEL DE ATENDIMENTO (%)

DRADS - Campinas	
Campinas	99.76
Lindóia	98.24
Socorro	99.24
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	99.88
Estiva Gerbi	99.15
Itobi	99.57
Santa Cruz das Palmeiras	99.94
São João da Boa Vista	98.94
Tambaú	98.92
DRADS - Piracicaba	
Analândia	100
Charqueada	99.65
Mombuca	100
Piracicaba	99.8
Rio Claro	99.79
São Pedro	99.39
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	99.35
Quadra	100
Salto	99.43
Sorocaba	99.92

Fonte: Fundação SEADE - Ano: 2010

O serviço de coleta de lixo é o que apresenta melhor resultado dentre os indicadores de saneamento básico, visto que contempla grande parte das famílias residentes nesses municípios. Já o abastecimento de água na maioria dos municípios mais de 90% da população é atendida por este serviço, somente em dois deles (Lindóia e Socorro) apresentam percentuais abaixo de 90% deixando de atender entre 12,13% e 12,45% dos domicílios respectivamente.

São, porém, os serviços de esgoto sanitário que apresentam a pior situação de atendimento, visto que deixam de atender um número significativo dos domicílios. Destacam-se Lindóia, Socorro, Quadra, Campinas, Campina do Monte Alegre e Charqueada, que, respectivamente, não atendem a 23,36%, 17,56%, 13,78%, 12,98%, 12,25% e 10,9% dos moradores (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos) na oferta do serviço de esgoto sanitário.

3) ECONOMIA

A divisão econômica agrupa três atividades: a agropecuária, a indústria e os serviços. As tabelas abaixo apresentam a participação de cada uma destas atividades na economia dos municípios que compõem a Macrorregião I.

Os municípios de Quadra, Mombuca, Itobi, Campina do Monte Alegre, Analândia, Tambaú, Estiva Gerbi, Santa Cruz das Palmeiras, Charqueada, Socorro, São Pedro, Espírito Santo do Pinhal, Lindóia, São João da Boa Vista, a participação na agropecuária na economia local está muito acima do valor participação do estado de SP onde a participação na agropecuária é de 1,76%.

E nos municípios de Piracicaba, Rio Claro, Salto, Campinas e Sorocaba, a participação da agropecuária está abaixo do valor de participação do estado de SP no total da economia local.

TABELA 9

PARTICIPAÇÃO DA AGROPECUÁRIA NO TOTAL DO TOTAL DO VALOR ADICIONADO (%)

DRADS - Campinas	
Campinas	0.19
Lindóia	5.37
Socorro	11.31
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	5.84
Estiva Gerbi	13.19
Itobi	28.78
Santa Cruz das Palmeiras	12.89
São João da Boa Vista	3.11
Tambaú	14.31
DRADS - Piracicaba	
Analândia	16.3
Charqueada	12.81
Mombuca	38.56
Piracicaba	1.08
Rio Claro	0.58
São Pedro	10.43
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	21.75
Quadra	38.71
Salto	0.35
Sorocaba	0.16

Fonte: IBGE - Ano: 2013

A participação dos serviços é predominante em todos os municípios desta Macrorregião, exceto em Analândia que apresenta a menor participação da Macrorregião I, mas somente em três municípios, Santa Cruz das Palmeiras, São Pedro e Campinas, os percentuais são superiores ao do estado de SP (76,23%).

Nos municípios de Socorro, Campina do Monte Alegre, São João da Boa Vista, Salto, Lindóia, Sorocaba, Itobi, Espírito Santo do Pinhal, Charqueada, Piracicaba e Tambaú os percentuais estão abaixo da participação do estado de SP.

TABELA 10**PARTICIPAÇÃO DOS SERVIÇOS NO TOTAL DO VALOR ADICIONADO (%)**

DRADS - Campinas	
Campinas	78.07
Lindóia	68.14
Socorro	73.75
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	63.99
Estiva Gerbi	52.66
Itobi	64.01
Santa Cruz das Palmeiras	82.95
São João da Boa Vista	73.03
Tambaú	61.3
DRADS - Piracicaba	
Analândia	48.39
Charqueada	63.08
Mombuca	52.03
Piracicaba	61.69
Rio Claro	57.66
São Pedro	78.33
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	73.13
Quadra	54.93
Salto	68.76
Sorocaba	66.91

Fonte: IBGE - Ano: 2013

A participação da indústria na economia dos municípios ocupa um lugar secundário, ficando atrás das atividades de serviços e à frente da agropecuária, no entanto em 12 municípios (Rio Claro, Piracicaba, Analândia, Estiva Gerbi, Sorocaba, Salto, Espírito Santo do Pinhal, Lindóia, Tambaú, Charqueada, São João da Boa Vista e Campinas) a participação da indústria é superior ao verificado no estado de SP (22,01%). Os municípios que concentram os menores percentuais são: Socorro, São Pedro, Mombuca, Itobi, Quadra, Campina do Monte Alegre e Santa Cruz das Palmeiras.

TABELA 11**PARTICIPAÇÃO DA INDÚSTRIA NO TOTAL DO VALOR ADICIONADO (%)**

DRADS - Campinas	
Campinas	21.75
Lindóia	26.49
Socorro	14.94
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	

Espírito Santo do Pinhal	30.17
Estiva Gerbi	34.15
Itobi	7.21
Santa Cruz das Palmeiras	4.16
São João da Boa Vista	23.86
Tambaú	24.39
DRADS - Piracicaba	
Analândia	35.31
Charqueada	24.1
Mombuca	9.41
Piracicaba	37.23
Rio Claro	41.76
São Pedro	11.24
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	5.12
Quadra	6.37
Salto	30.89
Sorocaba	32.93

Fonte: IBGE - Ano: 2013

4) RENDA

Nesta divisão são considerados três tipos de dados, um relativo à renda das pessoas que se encontram formalmente empregadas, outro referente à parcela pobre da população, entre zero e 17 anos, e o terceiro, índice de Gini, que aponta o nível de concentração de renda nos municípios.

4.1) RENDIMENTO MÉDIO DO TOTAL DE EMPREGOS FORMAIS

O rendimento médio do total dos empregos formais, apresentado na tabela abaixo, refere-se aos rendimentos individuais, das pessoas que se encontravam empregados no ano da pesquisa, divididos pelos empregos formais.

TABELA 12
RENDIMENTO MÉDIO DO TOTAL DE EMPREGOS FORMAIS (R\$)

DRADS - Campinas	
Campinas	R\$ 3,340.16
Lindóia	R\$ 1,862.76
Socorro	R\$ 1,656.57
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	R\$ 1,963.60

Estiva Gerbi	R\$ 2,240.16
Itobi	R\$ 1,497.44
Santa Cruz das Palmeiras	R\$ 2,122.26
São João da Boa Vista	R\$ 2,141.25
Tambaú	R\$ 1,888.93
DRADS - Piracicaba	
Analândia	R\$ 1,906.77
Charqueada	R\$ 2,057.86
Mombuca	R\$ 1,891.74
Piracicaba	R\$ 2,868.54
Rio Claro	R\$ 2,563.77
São Pedro	R\$ 1,739.39
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	R\$ 1,891.59
Quadra	R\$ 2,064.16
Salto	R\$ 2,463.51
Sorocaba	R\$ 2,742.29

Fonte: IBGE- Ano: 2015

O rendimento médio do total dos empregos formais no estado de São Paulo é de R\$ 2.970,72. Valor este superior a quase todos os municípios da macrorregião I com exceção de Campinas (3340,16).

São nove os municípios abaixo da média estadual, e com variação percentual entre 69% a 97% (Piracicaba, Sorocaba, Rio Claro, Salto, Estiva Gerbi, São João da Boa Vista, Santa Cruz das Palmeiras, Quadra e Charqueada). Os municípios de Espírito Santo do Pinhal, Analândia, Mombuca, Campina do Monte Alegre, Tambaú, Lindóia, São Pedro, Socorro e Itobi, são os que apresentam os menores rendimentos, considerando-se os demais municípios da macrorregião I com variação percentual entre 55% a 66% do rendimento médio no estado de SP.

4.2) CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA

Encontrar-se em situação de extrema pobreza significa que a renda mensal não ultrapassa R\$ 85,00 por pessoa (MDS, Cadúnico). Os municípios que concentram maior população de crianças e adolescentes nesta situação são Mombuca, Campina do Monte Alegre e Quadra. Os demais municípios apresentam percentuais que variam entre 3.63% em Santa Cruz das Palmeiras e 0,58% em Lindóia.

TABELA 13

CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA DE 0 A 17 ANOS (%)
MORADORES DE 0 A 17 ANOS EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA (%)

DRADS	MORADORES DE 0 A 4 ANOS EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA	MORADORES DE 5 A 14 ANOS EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA	MORADORES DE 15 A 17 ANOS EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA	PERCENTUAL DE MORADORES EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO TOTAL DE 0 A 17 ANOS
DRADS - Campinas				
Campinas	0,00%	3,16%	2,48%	2,25%
Lindóia	0,00%	0,95%	0,33%	0,58%
Socorro	2,91%	2,52%	1,96%	2,51%
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)				
Espírito Santo do Pinhal	1,56%	1,41%	1,01%	1,37%
Estiva Gerbi	1,81%	2,27%	1,72%	2,05%
Itobi	2,51%	1,87%	1,05%	1,87%
Santa Cruz das Palmeiras	4,07%	3,79%	2,53%	3,63%
São João da Boa Vista	1,46%	1,30%	0,84%	1,25%
Tambaú	1,16%	1,70%	1,05%	1,44%
DRADS - Piracicaba				
Analândia	2,36%	1,39%	0,00%	1,38%
Charqueada	2,34%	3,02%	2,25%	2,71%
Mombuca	7,44%	9,24%	5,11%	8,03%
Piracicaba	2,56%	2,99%	2,12%	2,73%
Rio Claro	2,39%	2,46%	1,72%	1,14%
São Pedro	3,69%	3,66%	2,42%	3,43%
DRADS - Sorocaba				
Campina do Monte Alegre	7,46%	7,39%	4,24%	6,87%
Quadra	6,01%	3,80%	2,52%	4,15%
Salto	1,60%	1,32%	1,06%	1,34%
Sorocaba	2,42%	2,70%	1,82%	2,47%

Fonte: SAGI/IBGE Ano: 2010

4.3) ÍNDICE DE GINI

O índice de Gini³ é utilizado neste relatório porque mede as desigualdades sociais e o nível de concentração de renda. Ele varia entre zero e um, sendo que quanto mais próximo o índice estiver do zero, menor é a desigualdade, isto é, melhor a distribuição de renda. E, quanto mais próximo do um, maior a concentração de renda, e, portanto, maior é a desigualdade.

O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo. O índice de Gini, em 2002, era de 0,565 enquanto na Coreia do Sul fica em torno de 0,30. “Se considerarmos as seis maiores regiões metropolitanas do Brasil, 46,1% da população recebe menos de meio salário-mínimo e 17,4% mais de quarenta salários-mínimos” (UNESCO, POL. SOCIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010, p. 293).

No estado de SP, em 2010, o menor índice de Gini foi verificado em São João do Pau D’Alho, com 0,3339, e o maior em Santana do Parnaíba, com 0,6858.

Quando comparamos o índice de Gini entre três décadas, observamos as variações deste índice no decorrer do tempo em cada um dos municípios. De 1991 a 2000, em 11 (onze) municípios os índices tiveram aumento, ou seja, a concentração de renda e a desigualdade social aumentaram. Neste período, os menores aumentos no índice foram verificados em Socorro de 0,4912 em 1990 para 0,4986 em 2000 e em Analândia de 0,491 para 0,509. E, o maior aumento ocorreu em Santa Cruz das Palmeiras de 0,4339 para 0,519 em 2000. Neste período em três municípios da Macrorregião I houve uma redução do índice, a queda mais expressiva do índice ocorreu no município de Itobi de 0,5495 em 1991 para 0,5103 em 2000. Os municípios de Estiva Gerbi, Campina do Monte Alegre e Quadra não apresentam dados no ano de 1991 por terem a sua autonomia política decretada e se tornado municípios após a realização da pesquisa. Nota-se, portanto, na maioria dos municípios uma oscilação do índice de Gini nas últimas três décadas, sendo que na última, de 2000 a 2010, houve um declínio significativo da desigualdade social e da concentração de renda na maioria dos municípios.

TABELA 14
ÍNDICE DE GINI – IBGE: 1991, 2000 E 2010

DRADS	Índice de Gini 1991	Índice de Gini 2000	Índice de Gini 2010
DRADS - Campinas			
Campinas	0.533	0.5861	0.5782
Lindóia	0.4903	0.4605	0.4059
Socorro	0.4912	0.4986	0.4524
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)			
Espírito Santo do Pinhal	0.518	0.4848	0.5731
Estiva Gerbi	...	0.4038	0.4192
Itobi	0.5495	0.5103	0.4085
Santa Cruz das Palmeiras	0.4339	0.519	0.5206
São João da Boa Vista	0.5122	0.537	0.5152
Tambaú	0.4519	0.4768	0.4526

³O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo.

DRADS - Piracicaba			
Analândia	0.491	0.509	0.5326
Charqueada	0.4146	0.4802	0.4061
Mombuca	0.5398	0.6339	0.6513
Piracicaba	0.5023	0.5399	0.5398
Rio Claro	0.4979	0.5417	0.5081
São Pedro	0.502	0.5234	0.4772
DRADS - Sorocaba			
Campina do Monte Alegre	...	0.499	0.4945
Quadra	...	0.4949	0.4908
Salto	0.4607	0.5103	0.4544
Sorocaba	0.5088	0.5544	0.529

Fonte: IBGE - Ano:1990/2000/2010

5) SAÚDE E ESTATÍSTICAS VITAIS

Para abordarmos o campo da saúde, foram selecionados 04 (quatro) tipos de indicadores referentes às crianças e adolescentes: 1) Taxa de Mortalidade Infantil; 2) Taxa de Mortalidade na Infância; 3) Nascimentos de Baixo Peso; 4) Adolescentes Grávidas. E complementar à saúde, foram incluídas as estatísticas vitais: índice de homicídio e trabalho infantil.

5.1) TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL - TMI (< DE 1 ANO)

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é considerada, pela OMS, um dos principais indicadores das ações na área da saúde pública, pois é por meio dela que é possível refletir e avaliar não apenas a saúde infantil, mas as condições de vida de uma população.

A TMI estima o risco de um nascido morrer durante seu primeiro ano de vida. Cada país adota uma taxa que serve como referência, tendo como finalidade baixar as taxas existentes conforme as situações locais. As menores taxas são de países como a Finlândia, Islândia, Japão, Noruega e Suécia (3 mortes a cada mil nascidos). As piores médias são dos países pobres, especialmente das nações africanas e asiáticas (80 mortes por cada mil nascidos). No Brasil, em 2015, a TMI foi de 13,8 mortes por mil nascidos vivos. Os estados que apresentaram as taxas mais altas de mortalidade infantil são os mais pobres: Amapá com 23,5; Maranhão com 22,4 e Alagoas com 20,9. Em contrapartida, os estados que registraram as menores taxas foram Espírito Santo com 9,2, Santa Catarina com 9,5; e, Rio Grande Do Sul com 9,9 (VALOR, IBGE, 2016).

Tomando como referência o estado de SP, que apresenta TMI de 10,66%, observa-se que os municípios de Campina do Monte Alegre, Analândia, Espírito Santo do Pinhal, Charqueada, Mombuca, São Pedro, São João da Boa Vista, Socorro, Salto, Santa Cruz das Palmeiras, Piracicaba, e Sorocaba, apresentam taxas acima da média do estado. As melhores taxas encontram-se em Tambaú, Campinas e Estiva Gerbi. Destacam-se os municípios de Lindóia, Itobi e Quadra que apresentaram taxa zero para mortalidade infantil.

TABELA 15**TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (POR MIL NASCIDOS VIVOS < DE 1 ANO)**

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (POR MIL NASCIDOS VIVOS) < 1 ANO (%)	
DRADS - Campinas	
Campinas	8.21
Lindóia	0
Socorro	13.16
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	18.1
Estiva Gerbi	7.09
Itobi	0
Santa Cruz das Palmeiras	12.69
São João da Boa Vista	13.63
Tambaú	9.52
DRADS - Piracicaba	
Analândia	19.23
Charqueada	17.78
Mombuca	15.87
Piracicaba	12.21
Rio Claro	7.03
São Pedro	14.12
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	25.32
Quadra	0
Salto	13.1
Sorocaba	10.51

Fonte: Fundação SEADE - Ano: 2015

Há várias formas de reduzir a mortalidade infantil, como por exemplo: “acabar com a fome e a miséria, aumentar o acesso ao saneamento básico (água e esgoto tratados), melhorar a instrução das mulheres, dar à população de baixa renda mais acesso a serviços de saúde de qualidade, aumentar as campanhas de conscientização sobre a importância da vacinação, da reidratação oral e do aleitamento materno, investir em pesquisas médicas, etc” (MPF,2017).

Quanto aos serviços de saúde realizados com qualidade, foi constatado, segundo estudo do Ministério da Saúde, que 62% das mortes dos bebês nascidos vivos, com peso acima de 1.500 gramas, poderiam ter sido evitadas se eles tivessem recebido a atenção e o tratamento adequados ou se suas mães tivessem tido a devida assistência durante a gestação e o parto. Isso demonstra o quanto é importante melhorar o atendimento hospitalar durante o pré-natal, o parto e após o nascimento para reduzir a mortalidade infantil no Brasil. (MPF)

5.2) TAXA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA (< DE 5 ANOS)

A Taxa de Mortalidade na Infância é obtida pela relação entre os óbitos de menores de cinco anos de residentes em uma unidade geográfica e os nascidos vivos da mesma unidade no período de um ano (SEADE, 2017).

A redução da mortalidade na infância no Brasil foi 20% maior que a média mundial, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo o site Portal Saúde, “Globalmente, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos caiu de 91 mortes por mil nascidos vivos em 1990 para 43 mortes por mil nascidos vivos em 2015 (queda de 53%). No Brasil, a redução foi de 60,8 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 16,4 neste ano (queda de 73%).”

A taxa de mortalidade na infância no estado de São Paulo é de 12,04%, superior à taxa de mortalidade infantil (10,66%). Doze municípios da Macrorregião I apresentam taxas superiores a verificada no estado de SP. Vários deles mantêm índices superiores ao verificado (16,4%) no índice Brasil 2015, acima apontado. São eles: Mombuca, Socorro, Analândia, Santa Cruz das Palmeiras, Salto, São Pedro, São João da Boa Vista, Charqueada, Sorocaba, Lindóia, Piracicaba e Espírito Santo do Pinhal. Apenas Rio Claro, Itobi, Campinas, Estiva Gerbi e Tambaú, apresentaram taxas inferiores as do estado de SP. E os municípios de Campina do Monte Alegre e Quadra apresentaram índice zero para mortalidade na infância.

TABELA 16

TAXA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA (< DE 5 ANOS)

TAXA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA (POR MIL NASCIDOS VIVOS) < 5 ANOS

DRADS - Campinas

Campinas	9.89
Lindóia	12.82
Socorro	22

DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)

Espírito Santo do Pinhal	12.2
Estiva Gerbi	8.13
Itobi	11.49
Santa Cruz das Palmeiras	15.63
São João da Boa Vista	14.07
Tambaú	6.54

DRADS - Piracicaba

Analândia	20.41
Charqueada	13.95
Mombuca	43.48
Piracicaba	12.42
Rio Claro	11.87
São Pedro	15

DRADS - Sorocaba

Campina do Monte Alegre	0
-------------------------	---

Quadra	0
Salto	15.17
Sorocaba	13.52

Fonte: Fundação SEADE - Ano: 2014

O que chama a atenção nestes indicadores sobre mortalidade (< de 1 ano e < de 5 anos) é o fato de muitas crianças morrerem de doenças “previníveis”, e este fato deve nos estimular “a redobrar os esforços para fazermos o que sabemos que precisa ser feito”, chama a atenção Geeta Rao Gupta do Fundo da ONU para a Infância (UNICEF⁴). Neste sentido, entende-se que a taxa ou a meta a ser alcançada deve ser zero, uma vez que por princípio todos têm direito à vida, pois as condições para uma criança sobreviver dependem, na maioria das vezes, de soluções já identificadas.

5.3) NASCIMENTOS DE BAIXO PESO

A Organização Mundial da Saúde define baixo peso ao nascer (BPN) define o BPN igual ou abaixo de 2.500g. Alguns fatores estão associados ao BPN, como a precariedade das condições socioeconômicas da mãe, o baixo nível educacional materno, idade materna mais jovem (menos de 20 anos), pequeno ganho de peso durante a gravidez, tabagismo, hipertensão arterial, infecção do trato geniturinário na gestação e menor número de consultas no pré-natal. O baixo peso traz consequências para o bebê, pois é um fator determinante da mortalidade neonatal, bem como de infecções, maior hospitalização e maior propensão à deficiência de crescimento e déficit neuropsicológico pós-natal (Guimarães, E.A.de A. et al, 2002; Mendes, C.Q.de S. et al, M.M.F.G., 2015).

Em 2001, no Brasil, a média de BPN foi de 7,9%, sendo a maior no Rio de Janeiro (9,4%) e a menor em Roraima (5,0%). Já em 2005, os dados nacionais indicam uma prevalência de 8,1%, observando uma tendência estável quando comparados com o ano 2001 (Pedraza, D.F., 2013).

Entre os municípios da Macrorregião I, em oito observam-se percentuais abaixo do estado de SP (9,15%), variando entre 2,56% e 8,94%. São eles: Estiva Gerbi, Piracicaba, Socorro, Mombuca, São Pedro, Charqueada, Quadra e Lindóia. Porém, nos demais municípios os indicadores são superiores a média do estado de SP, sendo que no município de Analândia a taxa representa o dobro da taxa do estado.

TABELA 17
NASCIMENTOS DE BAIXO PESO

NASCIMENTOS DE BAIXO PESO (MENOS DE 2,5KG)	
DRADS - Campinas	
Campinas	9.85
Lindóia	2.56
Socorro	8.8
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	11.63
Estiva Gerbi	8.94
Itobi	10.34

⁴<https://nacoesunidas.org/onu-16-mil-criancas-morrem-diariamente-revela-novo-relatorio-sobre-mortalidade-infantil1/> acesso em 21-07-2017

Santa Cruz das Palmeiras	9.16
São João da Boa Vista	10.45
Tambaú	10.46
DRADS - Piracicaba	
Analândia	18.37
Charqueada	6.98
Mombuca	8.7
Piracicaba	8.81
Rio Claro	9.22
São Pedro	8
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	11.11
Quadra	6.45
Salto	9.54
Sorocaba	9.75

Fonte: Fundação SEADE - Ano: 2014

Vimos acima que nos países mais ricos as taxas de BPN são mais baixas e nos países pobres essas taxas são mais altas. Porém, há localidades de menor desenvolvimento econômico que apresentam baixos percentuais de BPN. Isso pode ser explicado pelo “paradoxo do BPN”, que compreende a subnotificação dos nascidos vivos, principalmente em municípios de menor porte populacional e mais atrasados (Pedraza, D.F., 2013).

A adoção de políticas de saúde, preventivas e de atendimento, somadas às medidas da rede assistencial dirigidas às mães, desde o pré-natal, o parto e em todo o período neonatal, contribuem significativamente para aumento do peso dos recém-nascidos e sua posterior qualidade de vida (Guimarães, E.A.de A. et al, 2002; Mendes, C.Q.de S. et al, M.M.F.G., 2015).

5.4) ADOLESCENTES GRÁVIDAS

O número de adolescentes grávidas vem reduzindo gradualmente em todo o Brasil. Em 1998, no estado de São Paulo, houve 144.018 adolescentes gestantes com menos de 20 (vinte) anos e em 2011 houve 89.815 adolescentes grávidas (SES, Seade, 2017). Isso resulta de políticas de prevenção, de ações integradas e da capacitação dos profissionais da saúde, ressaltam a diretora do DAPES (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas-MS) e a coordenadora do Programa Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde (SP). Também as organizações não governamentais participam desses resultados ao fomentar e desenvolver ações informativas e de intervenção voltadas à educação sexual e prevenção para as DST/AIDS.

No entanto, apesar das quedas nos números de adolescentes grávidas, é importante identificar nos bairros ou distritos dentro de um mesmo município a ocorrência de violações de direitos, que colocam as adolescentes em processos de vulnerabilidades. Pesquisa realizada na cidade de São Paulo sobre gestação na adolescência revela que, a gestação na adolescência é maior nas áreas de exclusão social. Observa-se

os contrastes na cidade de São Paulo, entre as taxas de fecundidade de adolescentes entre 15 (quinze) e 19 (dezenove) anos, em distritos administrados pela mesma prefeitura em 2.013. A subprefeitura de Cidade Tiradentes (atual Prefeitura Regional de Cidade Tiradentes) apresentou taxa de fecundidade de 67,7% e de Pinheiros (atual Prefeitura Regional de Pinheiros) de 8,2%. Há associação significativa entre gravidez antes dos 20 (vinte) anos com maior pobreza e menor escolaridade apontada na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS, 2006, in Bonilha, Eliana et all, 2017).

Entretanto, as consequências sociais da gestação na adolescência podem ser severas, afirma-se que tem potencial impacto negativo no desenvolvimento físico e emocional, e dependendo do grupo social e família pode levar a instabilidades e violência contra a adolescente mãe. As adolescentes mães e seus bebês requerem atendimento especial dos serviços públicos quanto à prevenção, diagnóstico precoce, assistência à saúde no pré-natal, parto e pós-parto. Os recém-nascidos podem estar sujeitos a vários riscos devido à idade das respectivas mães. Dentre as características que exercem influência na sobrevivência e no estado de saúde do recém-nascido, estão o baixo peso ao nascer (<2500g) e a idade da adolescente, quanto mais jovem maiores são as chances de baixo peso (Bonilha, Eliana et all, 2017).

Na Macrorregião I não são todos os municípios que seguem o mesmo percentual de mães adolescentes do estado de SP (6,25%). Conforme demonstra a tabela, os municípios de Campina do Monte Alegre, Lindóia, Santa Cruz das Palmeiras, Charqueada, São João da Boa Vista, São Pedro, Espírito Santo do Pinhal, Socorro, Piracicaba, Tambaú e Mombuca, detêm os maiores percentuais de mães adolescentes. Os demais municípios (Rio Claro, Campinas, Salto, Sorocaba, Estiva Gerbi, Analândia, Quadra e Itobi) apresentam percentuais abaixo da média do estado de SP.

TABELA 18
MÃES ADOLESCENTES (COM MENOS DE 18 ANOS)

DRADS - Campinas	
Campinas	5.92
Lindóia	12.82
Socorro	7.33
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	7.72
Estiva Gerbi	4.88
Itobi	2.3
Santa Cruz das Palmeiras	11.46
São João da Boa Vista	8.34
Tambaú	6.54
DRADS - Piracicaba	
Analândia	4.08
Charqueada	9.77
Mombuca	6.52
Piracicaba	6.55
Rio Claro	6.17
São Pedro	8

DRADS - Sorocaba

Campina do Monte Alegre	13.89
Quadra	3.23
Salto	5.75
Sorocaba	5.62

Fonte: Fundação SEADE - Ano: 2014

Os dados sobre redução de gestação na adolescência nos motivam a manter e aprimorar as estratégias utilizadas não apenas na redução de adolescentes grávidas como também para a saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Importante manter as políticas de prevenção e de promoção sobre educação sexual, por meio de ações complementares entre os setores da educação, assistência social e saúde. Note-se que, “A escolaridade é apontada pela OMS como fator de proteção para a gestação na adolescência e que a ausência ou pouca escolaridade propiciam menor chance de continuidade dos estudos e consequente melhoria das condições de vida, reforçando a manutenção do ciclo da pobreza.” (Bonilha, Eliana et al, 2017).

Se por um lado os avanços são inegáveis em razão das políticas públicas e da participação de organizações sociais na educação sexual dos jovens, por outro lado, temos que considerar a insuficiência dos resultados e a diversidade existente entre os jovens para garantirmos maior êxito nos programas de prevenção da gravidez na adolescência. Vimos que dentro de um mesmo município há contrastes entre as taxas de fecundidade na adolescência. São essas jovens e essa diversidade juvenil que precisam ser alcançadas por meio de ações informativas e de intervenção voltadas para a saúde sexual.

5.5) VIOLAÇÕES CONTRA A VIDA DE ADOLESCENTES – HOMICÍDIOS

O Índice de Homicídio na Adolescência – IHA mensura a “letalidade violenta intencional contra adolescentes”. Este índice traz o total de adolescentes perdidos por homicídios na faixa de 12 a 18 anos. Dentre as capitais brasileiras, o IHA mais alto encontra-se em Fortaleza (9,92) e o menor em Palmas (1,03). Na capital paulista o índice é de 1,69. A tabela abaixo apresenta os índices dos municípios da Macrorregião I, com mais de 100 mil habitantes.

TABELA 19

ÍNDICE DE HOMICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA (IHA) NOS MUNICÍPIOS COM MAIS DE 100 MIL HABITANTES - SDH (2012)

ÍNDICE DE HOMICÍDIOS NA ADOLESCÊNCIA 2011/2012		
Macro I	2011	2012
DRADS Campinas		
Campinas	0.78	1
DRADS Piracicaba		
Piracicaba	0.87	0.51
Rio Claro	1.02	0.33
DRADS Sorocaba		
Salto	0	2.56
Sorocaba	0.44	0.44

Fonte UNICEF e Secretaria de Direitos Humanos - SDH 2014

Observa-se, entre os municípios da Macrorregião I, que, em 2011, somente o município de Rio Claro apresentou índice superior a 1%, e com destaque ao município de Salto que apresentou índice zero em 2011, mas que em 2012 apresentou um índice de 2,54 indicando um aumento significativo do número de jovens mortos por armas de fogo. Porém, ao mesmo tempo em que constatamos os baixos índices na Macrorregião I, também entendemos que este índice sequer deveria existir. Mas, uma vez existindo tais violações a necessidade de intervir se mostra urgente. Pois na mesma tabela constatamos que, entre 2011 e 2012, a maioria dos municípios da Macrorregião I teve uma diminuição no IHA, exceto em Salto.

O IVJ – Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade Racial⁵ (IVJVDR) informa que os jovens negros são as principais vítimas e estão em situação de maior vulnerabilidade à violência no Brasil. Em todos os estados brasileiros, exceto no Paraná, os negros entre 12 e 29 anos de idade correm mais risco de exposição à violência que os brancos na mesma faixa etária. “Alagoas é o estado com maior IVJ – Violência e Desigualdade Racial: 0,608, na escala de 0 a 1. Isso significa que Alagoas é o estado onde os jovens negros de 12 a 29 anos estão mais vulneráveis à violência. No extremo oposto, São Paulo é o estado em melhor situação, isto é, com o menor índice entre as 27 unidades da federação: 0,200.” (IVJVDR, 2014, p.17).

5.6) VIOLAÇÕES DE DIREITOS - TRABALHO INFANTIL

No Brasil, é comum ouvirmos explicações de especialistas sobre a existência do trabalho infantil em torno da tradição cultural. Isso significa que predominam valores culturais que defendem a prática do trabalho para as crianças pobres. Estes valores estão presentes nas falas das pessoas quando afirmam que para a criança é melhor trabalhar que ficar na rua, ou que o trabalho enobrece ou ainda que precisam ajudar os pais na economia da família. Mas para além deste discurso presente no dia a dia, estes valores também estão presentes no Código Penal brasileiro que ainda “não tipifica a exploração de mão de obra infantil como crime.” (Agência Brasil, 2017) Estes valores também estão presentes nas propostas que circulam no Congresso referente ao trabalho infantil. São Propostas de Emenda à Constituição que tramitam na Câmara e defendem a permissão do trabalho regular para os 14 anos, inclusive para o trabalho doméstico (Fnpeti in Ag.Brasil, 2017). No entanto defender o trabalho para crianças e adolescentes é toma-los como vítimas de uma pobreza e não como sujeitos de direitos.

Por outro lado, não estamos reduzidos a esta tradição cultural. Pela Constituição Federal “é proibido para menores de 16 anos a execução de qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos. No caso das atividades de aprendizagem, o trabalho não pode ser noturno, perigoso ou insalubre, mesmo para os maiores de 16 anos e 18 anos. As atividades de aprendizagem também não devem prejudicar a frequência nem o rendimento escolar do adolescente.” Esta proibição é reforçada na Consolidação das Leis do Trabalho-CLT e também no ECA (AG.Brasil, 2017).

Outra consequência para a vida das crianças e adolescentes que trabalham é apresentar dificuldades no desempenho escolar, o que leva muitas vezes ao abandono dos estudos. Isso acontece porque eles costumam chegar à escola já muito cansados, não conseguindo assimilar os conhecimentos passados para desenvolver as suas habilidades e competências. Estudo da Fundação Telefônica mostra que “No caso de jornadas de 36 horas semanais, a evasão escolar pode chegar a 40%. Já a queda no rendimento, para a mesma carga de trabalho, varia de 10% a 15%, dependendo da série. Alunos da 8ª série do EF que trabalham quatro horas por dia têm queda de cerca de 4% no desempenho em Português e Matemática, se comparados aos que não trabalham. Ou seja, para as crianças que continuam na escola, quanto mais tempo ela trabalha, menores são suas notas. Isso não só faz com que fiquem desestimuladas, como

⁵O relatório (Índice de Vulnerabilidade Juvenil à violência e desigualdade racial, 2014) é resultado de parceria entre a Secretaria Nacional de Juventude (SNJ) da Presidência da República, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o Ministério da Justiça e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) no Brasil. http://www.unesco.org/new/pt/brasil/about-this-office/single-view/news/new_index_shows_vulnerability_of_youth_violence_in_brazil/

compromete a entrada no mercado de trabalho futuramente, uma vez que ela não terá o rendimento necessário suficiente para quebrar esse ciclo vicioso.” (FT, 2017)

Como vimos, o trabalho infantil não enobrece, tendo em vista todos os danos que podem causar às crianças e adolescentes, e, também não resolve a pobreza na qual a família vive, mas reproduz a pobreza, a exclusão social e a exclusão escolar.

As políticas públicas de prevenção ao trabalho infantil não estão cumprindo com eficácia seus propósitos. Entre as causas para o abandono dos estudos e altos índices de trabalho infantil são apontadas a baixa eficácia da política da educação e da política de assistência social. A educação garante, em geral, a matrícula, mas não a permanência e a conclusão na idade certa. Também a assistência social, que tem como missão atender famílias em situação de vulnerabilidade, não tem sido eficaz no apoio às famílias, para que estas tenham uma renda suficiente e não precisem recorrer ao trabalho de seus filhos (Ag.Brasil, 2017). Além disso, importante destacar, que há famílias com registro de trabalho infantil, cujo rendimento médio por pessoa dos domicílios é de R\$ 435,00. São famílias que não tem o perfil de baixa renda exigido para ter acesso ao Bolsa Família (R\$ 154,00) ou mesmo ao Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Portal Brasil in Brasil.gov, 2017).

A conclusão que chegamos é que, apesar da legislação e das políticas de prevenção, a força das tradições culturais favoráveis ao trabalho infantil vêm ganhando espaço. No Brasil, o número de trabalhadores precoces corresponde a 5% da população entre 5 e 17 anos. Desde 2013, o registro dos casos de trabalho infantil vem aumentando entre crianças de 5 a 9 anos. São quase 80 mil e 60% delas vivem na área rural (IBGE, 2015 in Ag.Brasil, 2017).

Entre os municípios, os percentuais de trabalho infantil da população entre 10 e 17 anos, apresentam valores elevados conforme dados do Censo IBGE 2010. Nesta Macrorregião temos em três municípios valores altíssimos de trabalho infantil são eles: Socorro, Itobi e São Pedro, seguidos pelos municípios de Lindóia, Quadra, Charqueada, Analândia, Salto, Campinas, São João da Boa Vista, Rio Claro, Espírito Santo do Pinhal Mombuca e Sorocaba respectivamente. E os menores percentuais são dos municípios de: Santa Cruz das Palmeiras, Piracicaba, Campina do Monte Alegre, Tambaú e Estiva Gerbi.

TABELA 20

DADOS SOBRE O TRABALHO INFANTIL - FAIXA ETÁRIA DE 10 A 17 ANOS (%) - IBGE 2010 **DADOS SOBRE O TRABALHO INFANTIL FAIXA ETÁRIA DE 10 A 17 ANOS (%)**

DRADS - Campinas	
Campinas	11
Lindóia	14
Socorro	24
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	10
Estiva Gerbi	7
Itobi	16
Santa Cruz das Palmeiras	9
São João da Boa Vista	11
Tambaú	8

DRADS - Piracicaba

Analândia	12
Charqueada	13
Mombuca	10
Piracicaba	9
Rio Claro	11
São Pedro	16

DRADS - Sorocaba

Campina do Monte Alegre	9
Quadra	14
Salto	12
Sorocaba	10

Fonte: IBGE Ano: 2010

6) EDUCAÇÃO

Nesta divisão serão discutidos três indicadores relativos à educação: 1) crianças e adolescentes matriculados no EF e EM; 2) distorção idade-série; e, 3) frequência de crianças e adolescentes fora da escola.

A educação no Brasil está relacionada diretamente aos princípios fundamentais da pessoa humana. Na Constituição de 1.988, formula-se que a efetividade do direito à educação é condição para a existência das liberdades. Ela é necessária para proteger o direito à liberdade, que antecede à formação do Estado Democrático de Direito. O ECA seguindo o compasso da Constituição, repete os princípios constitucionais e amplia todos os direitos fundamentais, inerentes à pessoa humana, a fim de garantir o pleno desenvolvimento da condição de criança e de adolescente, com liberdade e dignidade (ROCHA, E.C. E CARMO, E.F., 2017)

Na mesma direção, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96 reforça as garantias de acesso ao EF como direito público, determinando que o Poder Público crie formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino. Para atender à legalização, foi criado o FUNDEB - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação em 2007⁶, garantindo assim a universalização do EF e do EM (ROCHA, E.C. E CARMO, E.F., 2017).

Apesar de todo esse arcabouço montado para garantir a educação de todas as crianças e adolescentes, não são todos que estão matriculados, principalmente na pré-escola e no EM. As tabelas abaixo apresentam o total de matrículas em cada etapa do ensino básico em relação à população na mesma faixa etária.

6.1) CRIANÇAS E ADOLESCENTES MATRICULADOS NA EF E EM

Ao analisar os dados dos municípios da Macrorregião I observamos percentuais de matrículas em creche em relação à população de 0 a 3 anos que variam de 14,2% em Santa Cruz das Palmeiras e 59,08% em Piracicaba, sendo que a média do estado de SP é de 26%, somente três municípios (Itobi, Quadra e Santa Cruz das Palmeiras) encontram-se abaixo da média do estado.

Os demais municípios apresentam índices superiores ao observado no estado, mas ainda muito aquém do necessário para suprir a demanda.

⁶Anterior ao FUNDEB, existia o FUNDEF - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do EF e de Valorização do Magistério, que vigorou de 1997 a 2006, priorizando o EF. Foi então necessário criar o FUNDEB para garantir todas as etapas da educação básica (Rocha e Carmo, 2017).

TABELA 21**MATRÍCULAS EM CRECHE EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO DE 0 A 3 ANOS (%) - (2014)**
MATRÍCULAS EM CRECHE EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO DE 0 A 3 ANOS

DRADS - Campinas	
Campinas	38,08
Lindóia	46,83
Socorro	42,38
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	45,87
Estiva Gerbi	34,95
Itobi	22,22
Santa Cruz das Palmeiras	14,2
São João da Boa Vista	47,96
Tambaú	45,16
DRADS - Piracicaba	
Analândia	44,69
Charqueada	27,85
Mombuca	44,32
Piracicaba	59,08
Rio Claro	46
São Pedro	43
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	33,55
Quadra	15,09
Salto	31,96
Sorocaba	43,81

Fonte: Ministério da Educação - MEC Ano: 2014

Os registros de matrículas em pré-escola revelam um número maior de crianças matriculadas em relação ao total das residentes em 13 municípios, são eles: Mombuca, Quadra, Socorro, São Pedro, Santa Cruz das Palmeiras, Piracicaba, Salto, Campina do Monte Alegre, São João da Boa Vista, Lindóia, Rio Claro, Sorocaba e Campinas. Em outros seis municípios (Charqueada, Itobi, Espírito Santo do Pinhal, Tambaú, Analândia e Estiva Gerbi) temos menor percentual de crianças matriculadas nesta faixa etária de 4 a 5 anos.

TABELA 22**MATRÍCULAS EM PRÉ-ESCOLA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO DE 4 A 5 ANOS (%)**

DRADS - Campinas	
Campinas	101,21
Lindóia	103,26
Socorro	110,77
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	97,83
Estiva Gerbi	81,51
Itobi	97,84
Santa Cruz das Palmeiras	106,25
São João da Boa Vista	103,67
Tambaú	97,75
DRADS - Piracicaba	
Analândia	84,87
Charqueada	99,76
Mombuca	123,96
Piracicaba	105,13
Rio Claro	102,8
São Pedro	107,67
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	104,64
Quadra	118,68
Salto	104,67
Sorocaba	102,69

Fonte: Ministério da Educação - MEC Ano: 2014

Os dados referentes ao número de matrículas em relação ao total da população residente nos municípios da Macrorregião I na faixa etária 6 a 14 anos revelam um número maior de matriculados em 10 municípios, sendo eles: Quadra, Mombuca, Sorocaba, São Pedro, Estiva Gerbi, Piracicaba, Campina do Monte Alegre, Salto, São João da Boa Vista e Socorro. E em sete municípios, Rio Claro, Campinas, Itobi, Espírito Santo do Pinhal, Charqueada, Lindóia e Tambaú, o percentual está entre 93,92% e 99,88%. Os menores índices são dos municípios de Analândia e Santa Cruz das Palmeiras.

TABELA 23**MATRÍCULAS NO EF DE PESSOAS DE 6 A 14 ANOS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO NA MESMA FAIXA ETÁRIA (%)****MATRÍCULAS NO ENSINO FUNDAMENTAL DE PESSOAS DE 6 A 14 ANOS, EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO NA MESMA FAIXA ETÁRIA (%)**

DRADS - Campinas	
Campinas	99.66
Lindóia	94.32
Socorro	101.8
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	97.18
Estiva Gerbi	108
Itobi	98.78
Santa Cruz das Palmeiras	87.9
São João da Boa Vista	102.57
Tambaú	93.92
DRADS - Piracicaba	
Analândia	89.05
Charqueada	97.05
Mombuca	118.03
Piracicaba	107.54
Rio Claro	99.88
São Pedro	109.26
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	105.33
Quadra	123.7
Salto	104.07
Sorocaba	110.39

Fonte: Ministério da Educação - MEC Ano: 2015

O município de Sorocaba detém o percentual mais alto de matrículas no EM, a seguir estão os municípios de Quadra, Salto, Rio Claro, São João da Boa Vista, Piracicaba e Campina do Monte Alegre, na faixa dos 80%. Os municípios de Espírito Santo do Pinhal, Socorro, Santa Cruz das Palmeiras, Mombuca, Campinas, Estiva Gerbi, São Pedro, Charqueada e Tambaú variam entre 78%66 e 61,95%. Os menores índices foram observados em Itobi, Analândia e em Lindóia onde menos da metade dos adolescentes estão fora da escola.

TABELA 24

MATRÍCULAS NO EM DE PESSOAS DE 15 A 17 ANOS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO NA MESMA FAIXA ETÁRIA (%)

MATRÍCULAS NO ENSINO MÉDIO DE PESSOAS DE 15 A 17 ANOS, EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO NA MESMA FAIXA ETÁRIA (%)

DRADS - Campinas	
Campinas	72.33
Lindóia	49.26
Socorro	73.7
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	78.66
Estiva Gerbi	70.73
Itobi	55.62
Santa Cruz das Palmeiras	73.56
São João da Boa Vista	82.22
Tambaú	61.95
DRADS - Piracicaba	
Analândia	55.56
Charqueada	66.14
Mombuca	72.83
Piracicaba	80.89
Rio Claro	83.32
São Pedro	67.15
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	80.33
Quadra	84.85
Salto	84.34
Sorocaba	90

Fonte: Ministério da Educação - MEC Ano: 2015

Da responsabilidade dos entes federados, municípios, Estados e União, cabe observar que a divisão das competências não se refere apenas às especificações de órgãos e funções, mas também como “mecanismo essencial à preservação das liberdades e dos direitos individuais”. Cabe então aos municípios as ações políticas, pois conforme Bobbio (2004), “o problema fundamental em relação a esses direitos não é tanto justificá-los, e sim protegê-los. Trata-se, portanto, de um problema político” (ROCHA e CARMO, 2017).

6.2) DISTORÇÃO IDADE-SÉRIE

No Brasil, a criança deve ingressar aos seis anos de idade no primeiro ano do EF - EF, e deve permanecer no mesmo até o nono ano, quando então conclui esta modalidade aos 14 anos de idade. Na faixa etária dos 15 aos 17 anos, o jovem deve estar matriculado no EM. Se o estudante for reprovado ou tiver abandonado os estudos por dois anos ou mais durante essas trajetórias, no

EF e EM, ele acaba por repetir uma mesma série. O estudante pode voltar e dar continuidade aos estudos, mas com defasagem em relação à idade considerada adequada para cada ano de estudo. Ele passa a ser contabilizado na situação de distorção ou defasagem idade-série.

As principais causas apontadas, que explicam essa defasagem idade-série, são a evasão e o abandono escolar. Porém, existem outras causas que estão aí atreladas que, isoladamente não consistem em fatores determinantes, mas contribuem, juntamente com outros fatores, explicar o fenômeno da defasagem. Por exemplo, a situação socioeconômica do aluno está intimamente ligada à defasagem, mas outro fator pode estar juntamente nesta situação, como o baixo desempenho do aluno em atraso escolar quando comparado ao aluno regular (MOREIRA, C, 2013). O baixo desempenho, por sua vez, pode ter como causa o preconceito gerado entre os alunos com desempenho avançado e às vezes com a coparticipação do corpo docente.

Do conjunto de municípios que compõem a da Macrorregião I, o fenômeno da distorção idade-série se fez presente em 15 municípios (Lindóia, Estiva Gerbi, São Pedro, Mombuca, Analândia, Quadra, Espírito Santo do Pinhal, Rio Claro, Campinas, Itobi, Campina do Monte Alegre, Santa Cruz das Palmeiras, Socorro, Charqueada e Tambaú) Somente quatro municípios apresentaram taxas de distorção idade-série inferiores a 10%, são eles: São João da Boa Vista, Sorocaba, Piracicaba e Salto.

TABELA 25

TAXA DE DISTORÇÃO IDADE-SÉRIE, ANOS FINAIS DO EF (%) - (INEP, 2016).

TAXA DE DISTORÇÃO IDADE-SÉRIE/ANOS FINAIS ENSINO FUNDAMENTAL

DRADS - Campinas	
Campinas	13.4
Lindóia	31.3
Socorro	11.6
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	13.7
Estiva Gerbi	31.3
Itobi	12.8
Santa Cruz das Palmeiras	12
São João da Boa Vista	9.4
Tambaú	11.1
DRADS - Piracicaba	
Analândia	18.8
Charqueada	11.6
Mombuca	23.8
Piracicaba	8.5
Rio Claro	13.6
São Pedro	24.8
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	12.4
Quadra	17

Salto	6.2
Sorocaba	8.6

Fonte: INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Ano: 2016

As taxas de distorção idade-série no EM apresentam-se mais altas comparativamente às taxas do EF, discutidas anteriormente. Quase a totalidade dos municípios tem taxas acima de 10%, com destaque as taxas dos municípios de Lindóia, Analândia, São Pedro, Itobi e Mombuca que variam de a 30,4% 16%. A seguir estão os municípios de Charqueada Campinas, Estiva Gerbi, Rio Claro, Quadra, Santa Cruz das Palmeiras, Campina do Monte Alegre, Espírito Santo do Pinhal, São João da Boa Vista, Socorro, Sorocaba e Tambaú com taxas que variam entre 15,8% e 10,3%. Apenas Piracicaba e Salto ficaram abaixo de 10% na taxa de defasagem idade-série.

TABELA 26

TAXA DE DISTORÇÃO IDADE-SÉRIE/TOTAL EM (%) - (INEP: 2016)

TAXA DE DISTORÇÃO IDADE-SÉRIE/TOTAL ENSINO MÉDIO

DRADS - Campinas	
Campinas	15.1
Lindóia	30.4
Socorro	11
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	12.2
Estiva Gerbi	15
Itobi	17.8
Santa Cruz das Palmeiras	12.9
São João da Boa Vista	12.1
Tambaú	10.3
DRADS - Piracicaba	
Analândia	20
Charqueada	15.8
Mombuca	16
Piracicaba	9.3
Rio Claro	14.1
São Pedro	17.9
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	12.3
Quadra	13.5
Salto	8.9
Sorocaba	10.8

Fonte: INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Ano: 2016

Representante do Conselho Nacional de Secretarias de Educação – CONSED, explica que nos últimos anos os indicadores de distorção no EM foram impactados em razão da volta de estudantes que tinham deixado a escola. Não podemos, porém, nos darmos por satisfeitos, visto que em outros países, os jovens terminam o EM com 17 e até com 15 anos, explica o representante. Cabe aos estados e distrito federal oferecer prioritariamente o EM, de acordo com a Constituição.

6.3) FREQUÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA FORA DA ESCOLA

A educação inclusiva é uma possibilidade de romper as barreiras ambientais e atitudinais que inviabilizam a aceitação das diferenças entre as pessoas. Trata-se de um processo complexo, que exige capacitação do professor, exercício da tolerância, avaliação permanente dos professores, intérpretes em libras, profissionais orientados para lidar com as diferentes fases da vida, convênios com secretarias de saúde, materiais didáticos adaptados, atendimento individualizado, adaptações curriculares, participação da família como corresponsável pelo processo de educação, provisão de acessibilidade física, adequação de número de estudantes por classe, dentre outros. De modo que nenhum impedimento seja motivo para dificultar o aprendizado dos estudantes. Assim, uma escola para se tornar inclusiva precisa construir um ambiente que dá atendimento a todos os estudantes, com e sem deficiência. Institui-se um processo educacional, inclusive planejando e organizando, com procedimentos pedagógicos variados.

Ter todos os estudantes em sala de aula, deficientes e não deficientes, asseguram a oportunidade de aprenderem, no sentido amplo, uns com os outros e sobre os outros, conhecendo as atitudes, os valores, as habilidades e os modos de aprender de cada um. Os benefícios de uma educação inclusiva recaem sobre todos os estudantes na medida em que as escolas assumem o compromisso pedagógico para uma transformação social, onde os contextos sejam saudáveis e acolhedores. Condições estas que gradualmente ajudam a diminuir o estigma vivenciado por estudantes que estavam separados anteriormente. As necessidades educacionais especiais desses estudantes somente serão conhecidas num contexto escolar de diversidade. Separados, em escolas especiais, as necessidades educacionais especiais não serão apuradas, pois o contexto, o currículo e toda escola está estruturada na perspectiva da homogeneidade. Ou seja, onde todos os estudantes são vistos como iguais nas suas necessidades educacionais. O ambiente não se mostra desafiador como na escola que defende a educação na diversidade (MPSP, 2012, p.28).

A rede estadual paulista vem implantando políticas de atendimento educacional especializado aos alunos com deficiências, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação nas escolas públicas, implementando uma política pública de atendimento (SEE, SP,2017). Entretanto, como veremos nas tabelas abaixo há ainda duas faixas etárias que não têm seus direitos contemplados na educação.

O indicador “Crianças e adolescentes com deficiência fora da escola” traz o percentual de crianças e adolescentes que apresentam algum tipo de deficiência e que não frequentam a escola em relação ao total de crianças e adolescentes com deficiência.

As crianças e adolescentes com deficiência nas faixas etárias de cinco a nove anos e de 10 a 14 anos estão quase todos nas escolas em todos os municípios da Macrorregião I. Os percentuais de crianças e adolescentes fora da escola variam entre 0% e 13% nestas faixas etárias.

TABELA 27**CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA FORA DA ESCOLA – FAIXA ETÁRIA DE 5 A 9 ANOS (%)****CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA FORA DA ESCOLA POR FAIXA ETÁRIA DE 5 A 9 ANOS**

DRADS - Campinas	
Campinas	3,58%
Lindóia	0,00%
Socorro	6,95%
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	0,00%
Estiva Gerbi	0,00%
Itobi	0,00%
Santa Cruz das Palmeiras	0,00%
São João da Boa Vista	10,61%
Tambaú	0,00%
DRADS - Piracicaba	
Analândia	0,00%
Charqueada	0,00%
Mombuca	0,00%
Piracicaba	5,09%
Rio Claro	2,64%
São Pedro	0,00%
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	13,73%
Quadra	0,00%
Salto	2,05%
Sorocaba	5,02%

Fonte: IBGE - Ano: 2010

TABELA 28**CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA FORA DA ESCOLA – FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS****CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA FORA DA ESCOLA POR FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS**

DRADS - Campinas	
Campinas	5,17%
Lindóia	0,00%
Socorro	13,07%
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	

Espírito Santo do Pinhal	9,30%
Estiva Gerbi	6,58%
Itobi	6,67%
Santa Cruz das Palmeiras	0,00%
São João da Boa Vista	9,73%
Tambaú	3,98%
DRADS - Piracicaba	
Analândia	0,00%
Charqueada	4,35%
Mombuca	0,00%
Piracicaba	3,77%
Rio Claro	4,02%
São Pedro	0,00%
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	5,41%
Quadra	0,00%
Salto	8,90%
Sorocaba	2,24%

Fonte: IBGE Ano: 2010

Porém, a faixa etária inicial (0 a 4 anos) e a final (15 a 19 anos) da educação básica concentram altos percentuais de crianças e adolescentes com deficiência fora da escola. Na faixa inicial, os municípios de Tambaú, Analândia e Quadra apresentaram percentuais igual de 100% de crianças fora da escola. Em Charqueada, Sorocaba, Espírito Santo do Pinhal, Campina do Monte Alegre, Itobi, São João da Boa Vista, Campinas, Rio Claro, Piracicaba, Salto e Santa Cruz das Palmeiras os percentuais variaram entre 84,21% e 36,59%. Em seguida temos os municípios de São Pedro e Socorro. Os municípios de Lindóia e Mombuca não há crianças com deficiência fora da escola, no município de Estiva Gerbi não há criança com deficiência nesta faixa etária.

TABELA 29

CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA FORA DA ESCOLA – FAIXA ETÁRIA DE 0 A 4 ANOS (%)

CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA FORA DA ESCOLA POR FAIXA ETÁRIA DE 0 A 4 ANOS

DRADS - Campinas	
Campinas	47,18%
Lindóia	0,00%
Socorro	16,92%
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	70,97%
Estiva Gerbi	(-)

Itobi	58,33%
Santa Cruz das Palmeiras	36,59%
São João da Boa Vista	53,23%
Tambaú	100,00%
DRADS - Piracicaba	
Analândia	100,00%
Charqueada	84,21%
Mombuca	0,00%
Piracicaba	40,86%
Rio Claro	45,92%
São Pedro	18,03%
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	66,67%
Quadra	100,00%
Salto	38,83%
Sorocaba	81,33%

Fonte: IBGE - Ano: 2010

Na faixa etária relativa aos anos finais, os percentuais de adolescentes com deficiência fora da escola também são altos, porém, menores que aqueles apresentados nos anos iniciais. Neste caso, os municípios de Quadra e Socorro destacam-se em relação aos demais por concentrar os maiores percentuais de adolescente com deficiência fora da escola, enquanto que os municípios de Mombuca e Analândia são os que apresentaram os menores percentuais. Os demais municípios apresentaram os percentuais que variaram entre 44% em Itobi e 17,14% em Estiva Gerbi.

TABELA 30

CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA FORA DA ESCOLA – FAIXA ETÁRIA DE 15 A 19 ANOS

CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA FORA DA ESCOLA POR FAIXA ETÁRIA DE 15 A 19 ANOS

DRADS - Campinas	
Campinas	30,89%
Lindóia	37,70%
Socorro	50,35%
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	24,28%
Estiva Gerbi	17,14%
Itobi	44,00%
Santa Cruz das Palmeiras	40,12%
São João da Boa Vista	18,42%
Tambaú	39,77%
DRADS - Piracicaba	

Analândia	2,94%
Charqueada	31,97%
Mombuca	8,57%
Piracicaba	38,73%
Rio Claro	27,24%
São Pedro	39,68%
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	31,71%
Quadra	66,67%
Salto	41,29%
Sorocaba	36,99%

Fonte: IBGE - Ano: 2010

Uma possível explicação para que bebês e crianças com deficiência estejam fora da escola, pode ser a falta de creches. No entanto, bebês e crianças com deficiência que desde seus primeiros anos de vida que recebem cuidados orientados para suas especificidades podem minorar distúrbios e aperfeiçoar os ganhos no desenvolvimento. Por exemplo, uma criança surda, estimulada frequentemente pela professora a estabelecer diálogos com o grupo, desenvolverá mais rapidamente sua capacidade de comunicação (MPSP, 2012, p.53).

Um dos fatores que pode explicar a ausência de adolescentes com deficiência na escola é a barreira atitudinal. Na educação infantil o preconceito não é tão sentido em razão das peculiaridades desta fase educacional. A competição entre os alunos se mostra menos acirrada que nos anos da educação fundamental. Nesta fase, quando são aplicadas provas e atribuídas notas como termômetro do aprendizado, o adolescente com deficiência intelectual encontra um ambiente mais agressivo e competitivo, gerando uma sensação de baixo rendimento em relação aos demais. Daí a necessidade da escola de intervir, em função do combinado no plano pedagógico, do treinamento dado aos professores e funcionários, das reuniões realizadas com as mães e os pais para o enfrentamento dessas situações.

A família é corresponsável pelo processo de educação, mas nem sempre elas estão informadas sobre a escola inclusiva e a importância da convivência e do aprendizado na diversidade, o que a impede de fazer a matrícula do filho que apresente qualquer tipo de deficiência na rede regular de ensino. Há um mito, que leva a exclusão, entre as famílias de baixa renda por acreditarem que os filhos deficientes não têm condições de aprender. Pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social, feita com 190 mil beneficiários do BPC – Benefício de Prestação Continuada aponta que 53% dos pais de famílias de baixa renda consideram que os filhos não têm condições de aprender (Folha de São Paulo, 16-08-2010, in MPSP, 2012, p.65). O esclarecimento prestado a essas famílias, cabe por sua vez, a outras secretarias como a assistência social e a saúde. Esses setores podem contribuir para informar às famílias quais as necessidades de seus filhos deficientes e da importância de frequentarem a escola. É com esse conhecimento que a família participa do processo de educação de seu filho, traduzindo suas necessidades aos educadores. É importante ter conhecimento sobre a deficiência, competências e necessidades apresentadas pelos filhos, para que não se torne refém das decisões dos profissionais sobre o que é melhor para seus filhos.

O município tem um papel preponderante na garantia da escola, da matrícula e da permanência dos alunos com deficiência, por ser o responsável pela educação básica e o ingresso desses alunos cada vez mais cedo na rede de ensino. A elaboração do Plano Municipal de Educação deve expressar a implantação da educação inclusiva, explicitando objetivos e metas.

7) SOCIOASSISTENCIAL

Abordaremos neste item as crianças e adolescentes beneficiários de dois programas da assistência social, o Programa Bolsa Família-PBF e o Benefício de Prestação Continuada-BPC.

Não são indicadores que apontam as violações de direitos de crianças e adolescentes, mas são indicadores socioassistenciais que visam garantir uma renda mínima para as crianças, adolescentes e suas famílias para minimizar uma situação de pobreza e facilitar o acesso à escola daqueles que apresentam deficiência. O valor médio do benefício por família no estado de São Paulo corresponde a R\$160,86 (MDS, Bolsa Família).

Nos municípios de Campina do Monte Alegre (50,86%), Mombuca (49,36%) e a Quadra (47,98%) apresentaram os maiores percentuais de crianças e adolescentes atendidas pelo programa. E na faixa entre 34% e 20% estão os municípios de São Pedro, Itobi, Analândia, Socorro, Lindóia, Charqueada, Tambaú, Estiva Gerbi, Santa Cruz das Palmeiras e Campinas. Outros seis municípios registram menos de 20% de atendidos pelo Bolsa Família são Piracicaba, Espírito Santo do Pinhal, Sorocaba, Rio Claro, Salto e São João da Boa Vista. Destas estatísticas, entendemos que cinco municípios da Macrorregião I (Campina do Monte Alegre, Mombuca, Quadra, São Pedro e Itobi) apresentam um expressivo percentual de crianças e adolescentes em situação de pobreza e se não fosse a transferência do benefício, elas estariam em uma pior situação.

TABELA 31

PBF (BENEFICIÁRIOS PBF DE 0 A 17 ANOS (%))

PERCENTUAL DE BENEFICIÁRIOS PBF DE 0 A 17 ANOS (%)

DRADS - Campinas	
Campinas	20,06%
Lindóia	25,98%
Socorro	26,35%
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	16,70%
Estiva Gerbi	23,47%
Itobi	33,64%
Santa Cruz das Palmeiras	20,84%
São João da Boa Vista	11,48%
Tambaú	23,59%
DRADS - Piracicaba	
Analândia	28,97%
Charqueada	23,66%
Mombuca	49,36%
Piracicaba	19,53%
Rio Claro	14,78%
São Pedro	34,17%
DRADS - Sorocaba	
Campina do Monte Alegre	50,86%

Quadra	47,98%
Salto	13,47%
Sorocaba	16,38%

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social - Ano: 2016

7.2) BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC.

O Benefício da Prestação Continuada - BPC é um benefício assistencial que garante um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência⁷, desde que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. Assim, para ter direito é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo vigente. São contempladas pessoas de qualquer idade, que apresentam impedimentos de longo prazo (mínimo de 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (INSS, BPC⁸, 2017).

Os municípios que contemplam maior número de beneficiários com o BPC são Espírito Santo do Pinhal, São João da Boa Vista e São Pedro. Os demais atendem um público que varia entre 8,28% em Campina do Monte Alegre e 2,78% em Quadra.

TABELA 32

BENEFICIÁRIOS DO BPC DE 0 A 18 ANOS EM RELAÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA (%)

BENEFICIÁRIOS BPC NA ESCOLA 0 A 18 ANOS

DRADS - Campinas	
Campinas	6,87%
Lindóia	5,84%
Socorro	7,42%
DRADS - Mogiana (São João da Boa Vista)	
Espírito Santo do Pinhal	9,81%
Estiva Gerbi	5,13%
Itobi	8,26%
Santa Cruz das Palmeiras	8,12%
São João da Boa Vista	9,60%
Tambaú	8,26%
DRADS - Piracicaba	
Analândia	4,88%
Charqueada	7,32%
Mombuca	7,95%
Piracicaba	7,11%
Rio Claro	5,63%
São Pedro	9,53%

⁷O BPC também contempla idosos com 65 anos ou mais.

⁸<https://portal.inss.gov.br/informacoes/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc/>: acesso em 13 de novembro de 2017.

DRADS - Sorocaba

Campina do Monte Alegre	8,28%
Quadra	2,78%
Salto	5,43%
Sorocaba	5,93%

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS - Ano 2016

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O eixo central deste relatório foi apontar algumas das principais violações de direitos de crianças e adolescentes - sujeitos de direitos - em cada um dos municípios selecionados para o diagnóstico do SGDCA. Para tanto, mencionamos na metodologia, que o diagnóstico do SGD foi pensado em duas dimensões: i) indicadores agrupados em 7 divisões, que apontam as condições locais onde vivem as crianças e adolescentes; ii) informações qualitativas sobre a atuação dos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente⁹.

As violações dos direitos de crianças e adolescentes são discutidas tanto nos dados estatísticos, pela ausência ou incompletude das políticas básicas, como nos dados qualitativos pela fragilidade dos principais órgãos que atuam no SGD. Assim, o conjunto de indicadores utilizados, estatísticos e qualitativos, tem a função de informar sobre as condições de vida das crianças e adolescentes nos municípios tanto em relação às políticas básicas como em relação aos órgãos do SGD que prestam serviços às crianças e adolescentes. Com isso, buscamos produzir dados e evidências que auxiliem, na prevenção e no enfrentamento das violações, contribuindo, assim, com os agentes dos órgãos que compõem o SGDCA, principalmente as Conselheiras(os) de Direitos e as Conselheiras(os) Tutelares, as organizações sociais, os gestores públicos, incluindo aqueles que administram as políticas básicas e especiais dirigidas para as crianças e adolescentes, como também aqueles que as executam.

Para finalizarmos, apresentamos o ranqueamento feito entre os municípios da Macrorregião I, considerando os três piores resultados para cada um dos indicadores.

O ranqueamento é apenas uma síntese, visto que no decorrer do relatório, em cada uma das sete divisões, todos os municípios apresentam problemas, variando conforme o valor assumido nos indicadores. Sendo assim, nenhum município está isento de responsabilidade com relação às melhorias no atendimento da saúde, da educação, da infraestrutura urbana e outros. Esta síntese aponta onde há maior concentração de problemas, pois as vulnerabilidades analisadas colocam em risco a vida das crianças e adolescentes.

Na composição do ranqueamento, nos municípios da Macrorregião I, foram considerados os indicadores discutidos nas quatro divisões¹⁰ deste relatório: infraestrutura urbana (água e esgoto sanitário); renda; saúde e estatísticas vitais e educação. Exceções em relação à coleta de lixo da divisão infraestrutura urbana, e crianças e adolescentes com deficiência fora da escola, de 5 a 14 anos, da divisão educação, em razão de os municípios atenderem a quase totalidade do público alvo. Deste modo, a seleção dos piores indicadores foi feita, para cada item das quatro divisões, tendo em conta os três municípios que apresentaram a pior posição¹¹ dentre os demais municípios da Macrorregião I. Ou seja, aqueles que estão mais distantes de prestar um atendimento 100% satisfatório às crianças e adolescentes.

⁹A dimensão qualitativa encontra-se na parte III deste relatório.

¹⁰Três divisões não fizeram parte do ranqueamento: população; econômica; e, a socioassistencial. A divisão socioassistencial não foi ranqueada, por se tratar de benefícios sociais. Apenas a oferta dos benefícios não é suficiente para o ranqueamento, precisariam de outros dados para identificar a incompletude ou não destes benefícios.

¹¹No caso de empate para as três primeiras piores posições, foi considerado mais de um município para ocupar a mesma posição no ranqueamento.

De modo sintético, a seguir, comentamos as posições assumidas pelos municípios no ranqueamento.

Na infraestrutura urbana, o abastecimento de água é realizado pela maioria dos municípios e contempla quase todos os moradores locais. São, porém, os serviços de esgoto sanitário que apresentam a pior situação de atendimento, dentre os serviços de infraestrutura, pois deixam de atender um número significativo das famílias moradoras. Destacam-se, neste serviço de esgoto, Lindóia, Socorro e Quadra, que apresentam os menores percentuais de atendimento.

Quanto ao rendimento médio dos empregos formais, Itobi e Socorro apresentam o menor rendimento juntamente com São Pedro. No sentido oposto ao rendimento, os maiores percentuais de crianças e adolescentes em situação de extrema pobreza encontram-se nos municípios de Mombuca, Campina do Monte Alegre e Quadra. Esta situação indica quais são os que mais precisam de atenção e condições de acesso às políticas básicas e especiais. Ela pode, dentre outras implicações, prejudicar a vida escolar, seja pela consequência da má nutrição das crianças e adolescentes, seja pela necessidade das famílias de usar mão de obra infantil em busca de renda necessária para sobrevivência de todos. Mombuca, Campinas e Estiva Gerbi apresentaram os maiores índices de Gini (2010), apontando para a maior concentração de renda.

Para a divisão da saúde e estatísticas vitais os municípios de Estiva Gerbi, Charqueada, Rio Claro e Sorocaba não tiveram participação na posição de pior indicador. Alguns municípios (Analândia e Campina do Monte Alegre), entretanto ocuparam as piores posição em três dos seis indicadores de saúde.

Os municípios que apresentam maior risco de vida para os bebês são Campina do Monte Alegre, Analândia e Espírito Santo do Pinhal e para as crianças (< de 5 anos) são Mombuca, Socorro e Analândia. Note-se que Analândia ocupa a 2ª e a 3ª pior posição respectivamente para as duas taxas de mortalidade infantil. E, apesar de os municípios de Campina do Monte Alegre e Espírito Santo do Pinhal apresentar condições na saúde que põem em risco a vida dos bebês (TMI<1), o mesmo não ocorre com as crianças (TMI>5). As maiores taxas de baixo peso ao nascer (BPN), foram encontradas nos municípios de Analândia, Espírito Santo do Pinhal Campina do Monte Alegre os mesmos municípios que apresentam os piores índices de mortalidade infantil. O município de Analândia, que não tinha participado das piores posições em infraestrutura, índice de Gini e renda, a partir da saúde e educação passa a se destacar negativamente.

Na educação foram utilizados mais indicadores (8) que na saúde (6), e no entanto, teve uma menor participação dos municípios nas piores posições. Há municípios que não participaram nenhuma vez na pior posição da educação entre os oito indicadores (Campinas, São João da Boa Vista, Charqueada, Mombuca, Piracicaba, Rio Claro, Campina do Monte Alegre, Salto e Sorocaba); ou participaram apenas uma vez (Espírito Santo do Pinhal). Na educação observamos que o Município de Analândia aparece em cinco dos oito indicadores na pior posição, e os municípios de Lindóia, Itobi, Tambaú, e Campina do Monte Alegre em três indicadores, seguido pelos municípios de Socorro, Estiva Gerbi, Santa Cruz das Palmeiras e São Pedro com dois indicadores.

Temos então, conforme exposto no ranqueamento abaixo, que Analândia (8) e ocupa o primeiro lugar no ranqueamento, por concentrar o maior número dos piores indicadores. Lindóia (6) e Socorro (6) ocupam o segundo lugar e na terceira colocação encontram-se os municípios de: Itobi, Campina do Monte Alegre e Quadra com participação em cinco indicadores negativos.

Os demais municípios participaram em menor número de vezes em relação aos piores indicadores. São eles: Tambaú, São Pedro, Santa Cruz das Palmeiras, Mombuca, Campinas, Estiva Gerbi, Piracicaba, Salto. E os municípios de São João da Boa Vista, Charqueada, Rio Claro e Sorocaba não pontuaram neste ranking.

Portanto, chamamos a atenção para o fato de que em todos os municípios há problemas sérios com relação às políticas básicas implantadas, ainda que haja diferenças no valor do indicador em cada município e no número de vezes que um município apresenta as piores posições. Mas o ranqueamento indica os municípios que concentram maior número de indicadores com pior valor assumido e a área mais afetada por esses indicadores.

As vulnerabilidades nas quais se encontram as crianças e adolescentes, discutidas no relatório, prejudicam o desenvolvimento integral das crianças e dos adolescentes e podem fragilizar as relações familiares e comunitárias.

Assim, esperamos que essas informações contribuam para a revisão e aprimoramento do SGD visto que aponta e analisa as vulnerabilidades nas quais se encontram as crianças e adolescentes e também as fragilidades e potencialidades dos órgãos que compõem tal sistema e prestam serviços para as crianças e adolescentes¹².

¹² Os resultados das informações qualitativas dos órgãos do SGDCA estão expostas na parte III deste relatório.

TABELA 33

RANQUEAMENTO FEITO ENTRE OS MUNICÍPIOS SELECIONADOS DA MACRORREGIÃO, CONSIDERANDO OS 3 PIORES RESULTADOS PARA CADA UM DOS INDICADORES QUANTITATIVOS.

LEGENDA DOS MUNICÍPIOS (TABELA A SEGUIR)

1- Araçatuba	2- Barbosa	3- Gastão Vidigal	4- Lavinia	5- Suzanópolis
6- Dracena	7- Mariápolis	8- Panorama	9- Sagres	10- Santa Mercedes
11- Presidente Prudente	12- Regente Feijó	13- Ribeirão dos Índios	14- Teodoro Sampaio	15- Aspásia
16- Fernandópolis	17- Ouroeste	18- Populina	19- Santana da Ponte Pensa	20- Votuporanga
21- Adolfo	22- Palestina	23- Santa Adélia	24- São José do Rio Preto	25- Zacarias

MACRO V - RANQUEAMENTO SEGUNDO PONTUAÇÃO DOS INDICADORES

DRADS - MUNICÍPIOS	DRADS - ALTA NOROESTE (ARAÇATUBA)						DRADS - ALTA PAULISTA (DRACENA)							
		1	2	3	4	5		6	7	8	9	10		
ÁGUA				x										
Esgoto Sanitário											x			x
Renda Média - EF			x											x
Índice de Gini 2010		x												
Extrema Pobreza						x				x				
TMI <1				x										x
TMI<5					x					x				
BPN				x	x						x	x	x	
Mães Adolescentes														
IHA - 2012		x												
Trabalho Infantil 10 a 17 anos												x		
Matrícula Creche 0 a 3 anos					x					x				
MatrículaPré-Escola 4 a 5 anos			x							x				
Matrícula Ensino Fundamental 6 a14 anos			x	x						x				
Matrícula Ensino Médio 15 a 17 anos			x							x				x
Distorção Idade X Série final - EF			x		x									
Distorção Idade X série total - EM			x											
Crianças Deficientes fora da Escola 0 a 4 anos									x	x	x			
Adolescentes Deficientes fora da Escola 15 a 19 anos				x						x	x			
Participação nos indicadores com pior resultado		2	6	5	4	1			1	8	5	2	4	

PARTE III – RESULTADOS

ÓRGÃOS DO SGDCA INTRODUÇÃO

Nesta parte do relatório de diagnóstico do SGDCA apresentamos os resultados das pesquisas realizadas nos 24 municípios¹³ selecionados, nos quais foram aplicados os roteiros junto aos órgãos do SGD, com o objetivo de conhecermos como está formado e operacionalizado esse Sistema, considerando suas fragilidades e potencialidades.

ASSIM, ESSES RESULTADOS, APRESENTADOS A SEGUIR, ESTÃO AGRUPADOS EM 5 CAMPOS:

- Conselho Tutelar;
- Conselho de Direito;
- Assistência Social;
- Segurança Pública (polícia civil);
- Sistema de Justiça (fórum).

CONSELHO TUTELAR (CT)

Os resultados das entrevistas realizadas com as conselheiras e conselheiros tutelares dos 24 municípios trazem uma caracterização dos conselhos e uma avaliação dos trabalhos realizados por eles mesmos, que são agrupados em seis campos:

- Quem são as conselheiras(os);
- Normas e legislações vigentes;
- Infraestrutura (espaço físico, recursos humanos, materiais e veículo);
- Gestão (organização dos trabalhos, fiscalização, instrumentais e capacitação);
- Relações de cooperação entre o CT e demais órgãos do SGDCA; e,
- Tipos de violações de direitos de crianças e adolescentes e as fragilidades e potencialidades nos encaminhamentos dessas violações.

1) AS CONSELHEIRAS E CONSELHEIROS TUTELARES

Os 25 conselheiros entrevistados informaram que há 33 conselhos tutelares existentes nos 24 municípios, compostos por 124 mulheres e 40 homens, totalizando 164 pessoas. As mulheres são maioria. Porém, as respostas referentes às entrevistas foram dadas em relação aos conselhos entrevistados e não em relação aos conselhos existentes. Temos então o total de 124 conselheiras (os) respondentes, sendo que 99 são mulheres e 25 são homens.

TABELA 34
COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS TUTELARES (CTS) POR GÊNERO

CONSELHOS TUTELARES (CTS)	MULHER	%	HOMEM	%	TOTAL
25 CONSELHOS ENTREVISTADOS	99	79,84	25	20,16	124
33 CONSELHOS EXISTENTES NOS 24 MUNICÍPIOS	124	75,61	40	24,39	164

¹³No município de Guarulhos, em razão do alto número populacional, comparativamente aos demais municípios, fizeram parte das entrevistas dois Conselhos Tutelares.

Dentre os 124 conselheiros, 60% tem o ensino médio concluído. Em segundo lugar, vem o ensino superior, realizado por 33,6% dos conselheiros.

TABELA 35
ESCOLARIDADE DOS CONSELHEIROS TUTELARES

COLARIDADE	MULHER	%	HOMEM	%	TOTAL	%
Ensino Fundamental Concluído	2	1,61	0	-	2	1,61
Ensino Médio Concluído	58	46,77	16	12,90	74	59,68
Ensino Superior Concluído	35	28,22	7	5,64	42	33,87
SUBTOTAL	95		23		118	
Sem informação	4	3,22	2	1,61	6	4,84
TOTAL	99	79,84	25	20,16	124	100

2) NORMAS E LEGISLAÇÕES

Algumas questões foram feitas aos conselheiros (as) sobre as normas e legislações vigentes, considerando: criação do CT; regimento interno do CT; e escolha dos membros do CT.

As respostas quanto à adequação da lei que criou o CT, apontam que existe uma distribuição quase equitativa entre os que consideram que a lei está adequada e os que entendem que a lei não está adequada. Primeiramente porque quase 30% consideram esta lei relativamente satisfatória¹⁴. E os demais, temos de um lado 36% que a consideram insatisfatória (32%) ou inexistente (4%). E de outro lado, temos também 36%, que avaliam a lei satisfatória (24%) e bastante satisfatória (12%).

Praticamente o mesmo ocorre quanto às respostas sobre a adequação do regimento interno do CT onde 38% avaliam negativamente o regimento, divididos entre a desestrutura dele (17%) e a insatisfação (21%). Já 41% o avaliam positivamente, sendo que 33% consideram o documento satisfatório e 8% muito satisfatório.

Em contrapartida, as avaliações seguem um sentido oposto aos dois itens anteriores, visto que há uma concentração de respostas favoráveis ao processo vigente de escolha dos conselheiros (os). Os 50% dos entrevistados, dividem-se em satisfatório (29%) e bastante satisfatório (21%). Os demais (21%), consideram que o processo de escolha é insatisfatório (13%) e desestruturado (8%), seguidos por 29% que optaram por relativamente satisfatório.

QUADRO 1
LEGISLAÇÃO E NORMAS LOCAIS

D – LEGISLAÇÃO E NORMAS LOCAIS	ADEQUAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DA LEI MUNICIPAL QUE CRIOU O CT.	EXISTÊNCIA E ADEQUAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO DO CT.	ADEQUAÇÃO DO PROCESSO VIGENTE NO MUNICÍPIO PARA ESCOLHA DOS MEMBROS DO CT.
0 - INEXISTENTE/ TOTALMENTE DESESTRUTURADO	4%	17%	8%
1 - INSATISFATÓRIO/ POUCO ESTRUTURADO	32%	21%	13%

¹⁴Este valor, da escala de atribuições, significa que uma parte está satisfeita e outra parte não está satisfeita.

2 - RELATIVAMENTE SATISFATÓRIO/ RAZOAVELMENTE ESTRUTURADO	28%	21%	29%
3 - SATISFATÓRIO/ ESTRUTURADO	24%	33%	29%
4 - BASTANTE SATISFATÓRIO/ PLENAMENTE ESTRUTURADO	12%	8%	21%

Em relação a ouvidoria sobre violações dos direitos de crianças e adolescentes, 88% dos respondentes informaram que não têm instalado nos municípios a ouvidoria sobre violações dos direitos de crianças e adolescentes e apenas um entrevistado, fato que representa 4% da amostragem, afirmou que sim.

QUADRO 2 **INSTALAÇÃO DE OUVIDORIA NO MUNICÍPIO**

INSTALADA NO MUNICÍPIO A OUVIDORIA PARA VIOLAÇÕES DOS DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
4%	88%	8%

No município onde se encontra instalada a ouvidoria para denúncias de violações dos direitos de crianças e adolescentes, o respondente avaliou o órgão como “insatisfatório – pouco estruturado”, em razão da necessidade de os agentes da ouvidoria precisarem de “conhecimento e formação para decidirem sobre os encaminhamentos dos casos”.

Aos 25 entrevistados foi perguntado se avaliavam ser necessário ou não ter uma ouvidoria no município. Dos 25, 1 não soube responder e 3 não responderam. Dos 21 respondentes, 10 afirmaram que não e 9 afirmaram que sim. Destes que não vêem necessidade de instalar uma ouvidoria no município, a maioria entende que o disque 100¹⁵ cumpre esse papel de ouvidoria, uma vez que as denúncias podem ser feitas através deste canal. Outros dois respondentes informaram: 1) que não há demanda no município para instalação de uma ouvidoria; 2) as denúncias podem ser feitas diretamente nos CTs.

Já aqueles 9 (36%) que entendem ser necessária a instalação de uma ouvidoria, 6 a justificam como um mecanismo de apoio e melhoria para o atendimento do CT. Enquanto que 3 deles avaliam como necessária para ampliar a participação das famílias e dos adolescentes e também para fiscalizar os serviços de atendimento e garantir a eficácia da resolutibilidade dos casos.

Faz-se necessário lembrar que, a ouvidoria é um dos órgãos públicos que compõe o eixo da defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes, caracterizado pela garantia do acesso à justiça, prevista no artigo 7º da Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006 (CONANDA), que dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.

¹⁵Em geral, as denúncias de violências contra a criança e adolescente têm sido registradas pelo principal canal de comunicação da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, o disque 100, que é um serviço de atendimento telefônico gratuito, que funciona 24 horas por dia, nos 7 dias da semana. As denúncias registradas são analisadas, tratadas e encaminhadas aos órgãos responsáveis, no entanto, o canal não é exclusivo para o atendimento de denúncias de violências contra a criança e adolescente. Esse canal, recebe, examina e encaminha denúncias e reclamações que envolvam violações de direitos humanos.

A implantação e/ou implementação da Ouvidoria é um importante passo para o fortalecimento da rede de defesa, promoção e controle dos direitos humanos de crianças e adolescentes, uma vez que, além de registrar, analisar e encaminhar as denúncias aos órgãos competentes, pode estabelecer fluxos de encaminhamentos, procedimentos de acolhida, atendimento e monitoramento das denúncias, ainda, ser instrumento de dados estatísticos sobre tais violações.

3) INFRAESTRUTURA DOS CONSELHOS TUTELARES

No que diz respeito à infraestrutura dos CTs, os itens considerados foram: espaço físico, equipamentos, veículos e contratação de técnicos e/ou auxiliares quando necessário. As avaliações, feitas pelos conselheiros para esses itens, variam desde a “inexistência” deles ou “desestruturados” até “bastante satisfatórios”, conforme quadro abaixo. Isso indica que tanto existem conselhos bem estruturados como totalmente desestruturados, segundo a avaliação desses itens.

Quanto à adequação do espaço físico, embora 25% o considerem relativamente satisfatório e 20% satisfatório, a maioria (55%) das respostas refere-se à insatisfação (38%) e desestruturado (17%). Ou seja, mais da metade (55%) não se mostra totalmente satisfeito com seus espaços de trabalho.

Os equipamentos e materiais necessários ao trabalho foram bem avaliados por 46%, sendo satisfatório (38%) e bastante satisfatório (8%), seguidos por 17% que consideram relativamente satisfatório. Porém, para uma parte significativa (37%), considera insatisfatório, sendo que 4% declararam que esses equipamentos não existem e 33% informaram que não satisfazem.

Um item bem avaliado foi o veículo, visto que um pouco mais da metade (54%) considera satisfatório (33%) e bastante satisfatório (21%), acompanhados de relativamente satisfatório (21%). Os demais (25%) apontaram que o veículo não existe (17%) e quando existe não atende as necessidades (8%).

Os CTs não são formados por uma equipe multiprofissional, a equipe de trabalho restringe-se aos próprios conselheiros. Eles não contam com profissionais de outras áreas, como psicólogas, assistentes sociais e outros para auxiliá-los no dia a dia do trabalho.

Quanto à possibilidade de requisitar pessoal técnico e administrativo, as respostas são bastante específicas para cada situação. No caso de contratação técnica, os percentuais das respostas são relativamente semelhantes, boa parte dos conselhos pode contratar técnicos e boa parte não. Ou seja, tanto temos insatisfação (21%) e inexistência de contratação (17%), que somados chegam a 38%, como temos satisfação (41%), dividido entre satisfatório (33%) e bastante satisfatório (8%).

Em contrapartida, há insatisfação para 59% dos respondentes quanto à possibilidade de contratar pessoal administrativo, pois para alguns inexistente essa possibilidade (46%) ou apresenta-se pouco estruturada (13%). Embora 28% considerem relativamente satisfatória, apenas 13% consideram satisfatória.

QUADRO 3
INFRAESTRUTURA DO CONSELHO TUTELAR

INFRAESTRUTURA DO CONSELHO TUTELAR	0 - inexistente/ totalmente desestruturado	1 - insatisfatório/ pouco desestruturado	2 - relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	3 - satisfatório/ estruturado	4 - bastante satisfatório/ plenamente estruturado
Disponibilidade de espaço físico e adequação em termos de localização, tamanho, conservação e privacidade.	17%	38%	25%	20%	0%
Disponibilidade e adequação de equipamentos e materiais necessários ao trabalho do CT (telefonia, computador, internet, etc).	4%	33%	17%	38%	8%
Disponibilidade de veículo necessário para o trabalho do CT.	17%	8%	21%	33%	21%
Disponibilidade de (ou possibilidade de requisitar, quando necessário) assessoria técnica (jurídica, psicológica, social, etc).	17%	21%	21%	33%	8%
Disponibilidade de (ou possibilidade de requisitar, quando necessário) pessoal de apoio ao seu trabalho (auxiliar administrativo, secretária, motorista, etc).	46%	13%	28%	13%	0%

O que falta na infraestrutura do CT para aperfeiçoar os trabalhos de encaminhamentos de crianças e adolescentes foi comentado por praticamente todos os entrevistados, exceto um que afirmou não ter nada a ser melhorado.

Desses apontamentos, a principal falta é o conselho tutelar não dispor de um espaço privativo para atender as demandas, onde haja privacidade e as pessoas não fiquem expostas.

SEGUNDO AS FALAS DOS ENTREVISTADOS:

"Privacidade no momento dos atendimentos, pois o CT só tem uma sala de atendimento sem porta."

"Espaço do Conselho é pequeno, com apenas uma sala, sem privacidade, sem condições de atendimento sigiloso."

"Espaço físico inadequado, não possuem salas para sigilo."

A SEGUNDA MAIOR FALTA DIZ RESPEITO À NECESSIDADE DE PROFISSIONAIS, TANTO ADMINISTRATIVO COMO TÉCNICOS (PSICÓLOGAS, ASSISTENTE SOCIAL E PSIQUIATRA), PARA TRABALHAR JUNTO AO CONSELHO, MAS TAMBÉM FOI COMENTADA A FALTA DESSES PROFISSIONAIS EM OUTROS SETORES PÚBLICOS.

"Necessidade de mais uma psicóloga, pois existe só uma para a cidade."

"Auxiliar administrativa para ajudar nas demandas."

"Falta tudo: recursos humanos na parte administrativa; assistente social e psicólogo para atender demandas específicas do CT."

"Não tem psicólogos suficientes, nem psiquiatra e neuro infantil. O que tem no município é um psicólogo que atende 1 vez na semana. Não tem assistente social. Não tem verba para contratação, segundo o município."

A terceira maior falta apontada é a necessidade de ter um veículo à disposição do CT, inclusive após as 17 horas, para apuração de denúncias e realização de visitas. Juntamente com o veículo foi citado, por dois entrevistados, a necessidade de ter motorista para condução do carro.

"Não possuem carro para realizar visitas, apurar denúncias."

"Carro após as 17hs."

"Veículo, estamos utilizando o carro da Secretaria de Saúde."

As demais faltas em relação à infraestrutura do conselho referem-se, principalmente, aos equipamentos, mobiliário e imobiliário, comentado por um número significativo de respondentes. Por exemplo, computadores, telefones móveis e impressoras, em funcionamento, foram os itens mais citados. Mas há outros itens faltantes, que variam desde cadeiras, armários, arquivos, copiadora, materiais de escritório e limpeza, bebedouro, brinquedoteca e até banheiro.

VEJAMOS NAS FALAS DOS RESPONDENTES:

"Máquina de xerox, computadores, impressoras, internet que não funcionam direito, manutenção do prédio. Alegam que não possuem dinheiro devido a secretaria que são atrelados administrativamente, inclusive um bebedouro."

"... Banheiro para uso dos conselheiros, (hoje) utilizam da Delegacia."

"Equipamentos que funcionem: computadores, impressora, telefone, iluminação adequada, celulares de plantão não colocam crédito, material de escritório, material de limpeza, mobiliários deteriorados."

Ainda no item sobre infraestrutura, alguns dos entrevistados apontaram a ausência de uma rede de atendimento, que não diz respeito exatamente às faltas materiais e de recursos humanos ao desempenho das atividades dos conselheiros, mas afetam os resultados destas atividades. Dentre os comentários, foram citados: a falta de um trabalho em rede entre os setores públicos (saúde, educação, assistência social, segurança), a falta de entendimento sobre os trabalhos do CT pelos órgãos do SGD, as demandas não serem encaminhadas para o CT e o fato de o executivo não contribuir para envolver os conselheiros nas reuniões que requerem sua participação.

VEJAMOS NA FALA DE UM ENTREVISTADO:

“Falta bom funcionamento da rede de atendimento (saúde, educação, assistente social, segurança). A rede não encaminha a demanda para o conselho tutelar. Os órgãos não possuem entendimento do trabalho do conselheiro tutelar.”

4) GESTÃO DO CONSELHO TUTELAR

Um conjunto de perguntas foi feito sobre a gestão de trabalho realizada pelas conselheiras (os), considerando para isso a organização do trabalho durante 24 horas em todos os dias da semana; a distribuição equitativa dos trabalhos entre as conselheiras(os); e, o uso de mecanismos de compartilhamento e deliberação conjunta sobre os casos atendidos.

Todos os itens foram positivamente avaliados, ainda que uns mais que os outros. Em três deles, conforme quadro 4, não apresenta nenhuma avaliação totalmente negativa, 92% consideram satisfatórias (50%) e bastante satisfatórias (42%) a existência de normas de organização do trabalho para prestação dos serviços durante 24 horas em todos os dias da semana. Apenas 4% afirmaram que essas normas não existem em seus locais de trabalho e outros 4% afirmaram que estas normas são relativamente satisfatórias.

Na avaliação referente à distribuição equitativa das tarefas entre conselheiras(os), 67% consideram satisfatório (38%) e bastante satisfatório (29%) a distribuição das tarefas entre elas e eles. Contudo, 33% avaliam que essa distribuição é relativamente satisfatória.

Quanto aos mecanismos de compartilhamento de experiências e deliberação colegiada adotados pelas conselheiras(os), **83%** consideram o compartilhamento de experiências como satisfatório (50%) e bastante satisfatório (33%), além dos 17% considerarem relativamente satisfatório. Do conjunto dos entrevistados, 84% avaliam a prática da deliberação colegiada como satisfatório (46%) e bastante satisfatório (38%), seguidos de 16% relativamente satisfatório.

QUADRO 4

GESTÃO DO CONSELHO TUTELAR (NORMAS, TAREFAS E MECANISMOS DE ATUAÇÃO CONJUNTA)

GESTÃO DO CONSELHO TUTELAR	Existência de normas de organização do trabalho do CT, que permitam o atendimento da população durante as 24 horas de todos os dias da semana.	Distribuição equitativa e coerente das tarefas e responsabilidades inerentes ao funcionamento do CT entre o conjunto de conselheiros.	Existência de mecanismo de compartilhamento de experiências entre os conselheiros	Existência de mecanismo de deliberação colegiada sobre os casos atendidos.
0 - inexistente/ totalmente desestruturado	4%	0%	0%	0%
1 - insatisfatório/ pouco desestruturado	0%	0%	0%	0%
2 - relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	4%	33%	17%	16%
3 - satisfatório/ estruturado	50%	38%	50%	46%
4 - bastante satisfatório/ plenamente estruturado	42%	29%	33%	38%

Ainda no campo da gestão do CT, abordando os procedimentos das conselheiras(os) nas relações com outros órgãos do SGD e do uso de instrumentos de trabalho para encaminhamento das medidas protetivas a serem aplicadas, temos um quadro de respostas não tão favorável como vimos no quadro anterior. Observe-se que bem mais da metade (63%) dos entrevistados respondeu que faz a fiscalização dos órgãos governamentais e não governamentais de atendimento às crianças e adolescentes contra 33% que não fazem.

QUADRO 5

GESTÃO DO CONSELHO TUTELAR (FISCALIZAÇÃO DE ÓRGÃOS)

GESTÃO DO CONSELHO TUTELAR	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Fiscalização dos órgãos governamentais e não governamentais de atendimento às CAs.	63%	33%	4%

Quanto à eficiência dos procedimentos empregados pelos que fazem a fiscalização, 42% a consideram satisfatória (25%) e bastante satisfatória (17%). Porém, 21% a consideram relativamente satisfatória, além disso, 37% avaliam que esta fiscalização é totalmente desestruturada (29%) e insatisfatória ou pouco estruturada (8%).

Chama a atenção a avaliação positiva sobre os encaminhamentos e representações junto ao Ministério Público e ao Judiciário feitos pelas conselheiras(os), em face de ocorrências de violações dos direitos da criança e do adolescente. A avaliação alcançou o percentual de 79%, sendo que 50% consideram satisfatório, esses encaminhamentos e 29% bastante satisfatório contra 0% de insatisfação ou inexistência de eficiência, além de 21% que avaliam relativamente satisfatório.

Também chama a atenção as avaliações negativas (75%) feitas sobre o cadastro dos programas implantados que possibilitem o encaminhamento das medidas protetivas aplicadas pelo CT, pois 58% afirmaram que este cadastro não existe ou encontra-se completamente desestruturado e 17% afirmaram que o cadastro encontra-se pouco estruturado. Apenas 21% avaliam positivamente o cadastro, sendo 13% satisfatório e 8% bastante satisfatório, enquanto que 4% apontam avaliação relativamente satisfatório.

QUADRO 6

AVALIAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EMPREGADOS PELOS CONSELHEIROS

AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, CONFORME ESCALA	Eficiência dos procedimentos empregados pelo CT para fiscalização dos órgãos.	Eficiência dos procedimentos de encaminhamento e representação ao Ministério Público e à autoridade judiciária, em face de ocorrências de violações dos direitos das crianças e adolescentes.	Existência, no CT, de um cadastro atualizado dos programas mantidos por órgãos governamentais e entidades não governamentais de atendimento, que possibilite o encaminhamento das medidas protetivas aplicadas pelo CT.
0 - INEXISTENTE/ TOTALMENTE DESESTRUTURADO	29%	0%	58%
1 - INSATISFATÓRIO/ POUCO ESTRUTURADO	8%	0%	17%
2 - RELATIVAMENTE SATISFATÓRIO/ RAZOAVELMENTE ESTRUTURADO	21%	21%	4%
3 - SATISFATÓRIO/ ESTRUTURADO	25%	50%	13%
4 - BASTANTE SATISFATÓRIO/ PLENAMENTE ESTRUTURADO	17%	29%	8%

4.1) FRAGILIDADES NOS ENCAMINHAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE SOFRERAM VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Foi apontado, por quase todos os entrevistados do CT, as fragilidades com as quais se defrontam no dia a dia. Porém, quatro deles informaram que não há fragilidades locais na condução dos encaminhamentos de crianças e adolescentes que sofreram violações de direitos.

Para a grande maioria dos entrevistados (60%), a principal fragilidade no encaminhamento de crianças e adolescentes é a falta de profissionais na rede de atendimento (SGD). Esta falta concentra-se, principalmente na saúde, e também na AS. Há carência de profissionais especializados na infância e adolescência, como psicólogos, psiquiatras e neurologistas. Os beneficiários requerem atendimento específico conforme a complexidade do caso e a idade em que se encontram. Os casos de abuso sexual demandam atendimento rápido e específico, porém, muitas vezes o município não dispõe de atendimento local. As crianças e adolescentes e suas famílias são encaminhados para o atendimento em outro município, o que implica em dar a eles condições de acesso, locomoção e agilidade no atendimento.

PODEMOS CONSTATAR ESTAS INFORMAÇÕES NAS FALAS DOS ENTREVISTADOS:

“Falta de profissionais, tais como psicólogos e psiquiatras, neuropediatra, psiquiatria infantil. Por exemplo, requisita encaminhamento para psicóloga para família que tem pouca estrutura e com muitos filhos e encaminham para outro município. A pessoa tem pegar ônibus e não possui recursos financeiros.”

“O exame sexológico feito no Hospital Pérola Byington (SP) para casos de abuso sexual, os resultados demoram de 30 a 45 dias, só após estes resultados o CT procede os encaminhamentos.”

“Não tem psiquiatra, nem CAPS infantil, as crianças são encaminhadas para outro município e também não são atendidas.”

“Falta atendimento especializado de psicólogos para crianças menores de 4 anos e atendimento psicológico individual para adolescentes. Fazem terapia em grupo, mas os adolescentes abandonam.”

“Demora do CREAS e saúde para realizar atendimentos. Psicólogo na saúde chega a demorar de seis meses até um ano.”

A segunda fragilidade mais apontada pelos entrevistados (25%) é a falta de trabalho em rede, principalmente entre a Assistência Social, Saúde e CMDCA.

EM SUAS FALAS PODEMOS CONSTATAR:

“Não existe uma integração com a rede de atendimento (CREAS, CRAS, Saúde e MP), encaminhamos, mas não temos retorno se a família aderiu. Só ficamos sabendo se houver reincidência.”

“CT faz reuniões mensais, quando a rede não participa, como o CMDCA.”

Dois entrevistados comentaram sobre as dificuldades com o órgão de segurança nos encaminhamentos da criança e do adolescente. Uma delas restringe-se ao horário de funcionamento da PC, que trabalha das 09h00min às 18h00min. Após este horário o atendimento pela segurança tem que ser feito em outro município, o que implica em requisitar veículo da AS para transporte das pessoas.

A OUTRA DIFICULDADE APONTADA É EXPRESSA NAS PALAVRAS DO ENTREVISTADO:

“Uma das principais fragilidades no município é a realização do B.O., que a delegacia se nega a fazer. Faltam funcionários. E ainda dizem (policiais) que não vai dar em nada.”

Outros quatro entrevistados comentaram que as fragilidades nos encaminhamentos no município são: as faltas de vagas em creches; adesão da família aos atendimentos prestados (CRAS e CT) e ausência de um espaço de acolhimento provisório para a criança e adolescente que sofreram abuso sexual ou violência física.

4.2) POTENCIALIDADES NOS ENCAMINHAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE SOFRERAM VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Como potencialidades, comentadas pelos conselheiros, no encaminhamento de crianças e adolescentes que sofreram violações de direitos, cinco respondentes informaram que não identificam nenhuma potencialidade no município onde trabalha. Todos os demais respondentes consideram que as potencialidades estão concentradas no atendimento pronto e qualificado dado à criança e ao adolescente quando são encaminhados para alguns setores públicos ou que demandam serviços de outros órgãos na condução dos casos de violações de direitos.

DENTRE ESSAS CONSIDERAÇÕES, A MAIORIA REFERE-SE A DETERMINADOS ÓRGÃOS PÚBLICOS, VEJAMOS EM SUAS PALAVRAS:

“CAPs atende bem, marcam horário de atendimento e sempre atendem os adolescentes usuários de drogas e álcool.”

“Casos de urgência, como violência sexual, tem acesso rápido ao psicólogo na saúde. Hospital atende rapidamente casos de abuso sexual.”

“Trabalho próximo e parceiro com GCM e Polícia Civil (PC), às vezes a própria PC conduz o CT até o local (denunciado).”

“CREAS, CRAS e UBS sempre atendem demanda.”

“O MP sempre auxilia nos encaminhamentos do CT.”

“A promotoria dá total apoio, contato direto presencial e por telefone.”

Vale ressaltar, com base nas respostas acima, que por atendimento “pronto” entende-se que o serviço dispõe do atendimento necessário e o oferece de imediato, considerando a prioridade da criança e do adolescente. O atendimento “qualificado”, entende-se que os agentes estão habilitados a fazer uso de seus conhecimentos e dos equipamentos utilizados durante o serviço prestado, dispondo do melhor para a criança e o adolescente.

OUTROS APONTAMENTOS OCORRERAM, POREM COM MENOR INCIDÊNCIA, SOBRE AS POTENCIALIDADES RELATIVAS AO TRABALHO FEITO EM REDE, CONSIDERANDO VÁRIOS ÓRGÃOS ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

“União com rede de atendimento (AS, educação e saúde). São feitas reuniões mensais para discussão dos casos e solução dos mesmos.”

“Prontidão do município para atendimento das solicitações do CT, com todos os órgãos AS, saúde, PM, PC e educação.”

4.3) REGISTROS UTILIZADOS PELAS CONSELHEIRAS(OS) NOS CASOS DE MEDIDAS PROTETIVAS E VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Dois tipos de questões foram feitas sobre os registros de casos atendidos pelos CTs para acompanhamento e controle próprio. Uma das questões trata das medidas protetivas e outra sobre as representações junto ao Ministério Público para as violações de direitos, conforme expostas no quadro a seguir.

Observa-se que a grande maioria (79%) dos entrevistados afirma que são realizados registros e controle das ocorrências para acompanhamento da execução das medidas protetivas aplicadas pelo CT, sendo que 21% não realizam registro ou controle algum. Daqueles que elaboram os registros, 74% o avaliam positivamente, sendo 53% satisfatório e 21% bastante satisfatório. Outros 21% o consideram relativamente satisfatório.

Quanto à existência de registro de encaminhamentos e representações ao Ministério Público, em formato eletrônico (SIPIA, Excel ou outro), a grande maioria (92%) informou que não possui registros das violações contra crianças e adolescentes. Apenas 8% informaram que possuem registro informatizado, e destes 50% o consideram insatisfatório e 50% satisfatório. Dos dois conselhos, relativos aqueles 8%, um deles ficou de enviar os dados posteriormente via e-mail, porém, até final de setembro essas informações não foram enviados.

QUADRO 7

REGISTRO PELO CONSELHO TUTELAR DAS MEDIDAS PROTETIVAS E DE ENCAMINHAMENTOS JUNTO AO MP

VIOLAÇÕES		Existência de instrumentos de registro e de controle da execução das medidas protetivas aplicadas pelo CT aos adolescentes, pais ou responsáveis, nos últimos 12 meses.	Existência de registro em sistema informatizado (SIPIA ou similar) de encaminhamentos e representações ao Ministério Público e à autoridade judiciária.
Em caso afirmativo, preencher conforme escala.	NÃO	21%	92%
	SIM	79%	8%
	0 - inexistente/totalmente desestruturado	0%	0%
	1 - insatisfatório/pouco desestruturado	5%	50%
	2 - relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	21%	0%
	3 - satisfatório/ estruturado	53%	50%
	4 - bastante satisfatório/ plenamente estruturado	21%	0%

Para os casos de violações de direitos, uma parte dos conselhos faz os registros e 44% informaram que os registros desses casos são feitos manualmente, alguns adotam livros ou cadernos de registros, outros usam tabelas impressas para lançamento dos dados, mas não são digitalizados, e outros fazem uso de pastas individuais que contêm os dados sobre a criança ou o adolescente atendido e 48% não informaram se realizam registros sobre os casos atendidos. Uma parte dos CTs que faz registros manuais prontificou-se em informar por meio de endereço eletrônico os dados solicitados nos roteiros. Porém, apesar de terem sido enviadas as tabelas por e-mail e solicitado mais de uma vez o preenchimento delas, não tivemos retorno da parte dos CTs¹⁶.

¹⁶Dos cinco órgãos (CT, CD, SJ, SP e AS), apenas 6 fóruns (SJ) responderam as informações e remeteram por e-mail para o projeto de Diagnóstico do SGDCA.

O SIPIA não está instalado em nenhum dos conselhos visitados. Segundo os entrevistados, em 36% dos conselhos, o SIPIA não está implantado por dificuldades de instalação e manutenção do sistema na atual estrutura administrativa dos conselhos tutelares.

EM SUAS FALAS:

“Foi realizado curso de capacitação, mas por problemas de internet não acessam o sistema, mesmo porque o mesmo ainda não está em operação.”

“Disseram não ter condições de ser implantado devido à falta de um software e falta de formação.”

“Não temos internet.”

Quanto aos demais entrevistados: 20% não souberam informar o porquê do SIPIA não ter sido instalado e 16% não conhecem o SIPIA. As respostas restantes (28%) são inconsistentes ou forneceram informações genéricas.

4.4) CAPACITAÇÃO DAS CONSELHEIRAS E CONSELHEIROS TUTELARES

Visando o aprimoramento da gestão dos conselhos, foi perguntado aos entrevistados quais os temas que consideram prioritários para capacitação das conselheiras(os) tutelares. Como prioridade 1, foi apontada a capacitação sobre as leis que pautam o exercício das atribuições dos conselheiros tutelares, conforme indicado na coluna do tema A. Como segunda prioridade para capacitação, os entrevistados elegeram o tema B, que se refere ao reconhecimento e registro das violações de direitos de crianças e adolescentes. Como terceira prioridade para capacitação, foi eleito o tema C, referindo-se à eficácia da gestão financeira do Fundo para a Infância e Adolescência. E, como quarta prioridade, foi eleita a capacitação para planejamento das políticas públicas, considerando as leis e as necessidades locais.

Observa-se, que embora o ECA tenha 27 anos desde sua promulgação, ele ainda é tema de interesse de conhecimento, juntamente com outras regulamentações para domínio da prática da função de conselheiro tutelar.

O QUADRO ABAIXO APRESENTA OS TEMAS ELEITOS, POR ORDEM DE PRIORIDADE, SEGUNDO OS ENTREVISTADOS:

QUADRO 8

TEMAS ELEITOS PARA CAPACITAÇÃO DOS CONSELHEIROS TUTELARES

VOTAÇÃO POR PRIORIDADE:	TEMA A: Conhecimento do ECA e das leis, normas e principais resoluções (nos níveis federal, estadual e municipal) que regulam o exercício das atribuições dos (as) Conselheiros(as) e o funcionamento do CT	TEMA B: Capacitação para reconhecer e registrar as violações de direitos que atingem as crianças e adolescentes	TERMA C: Capacitação para gestão financeira e o emprego eficaz dos recursos (Fundos) nas atividades operacionais	TEMA D: Planejamento de políticas dirigidas para crianças e adolescentes em vista do conhecimento das leis e das necessidades locais.
1	15	8	1	1

2	5	14	3	3
3	2	2	13	8
4	3	1	8	13
TOTAL DE CTS VOTANTES	25	25	25	25

O interesse primordial em conhecer o ECA e demais legislações relativas à criança e ao adolescente, seguido pela necessidade de ser capacitado para identificar e registrar as violações de direitos de crianças e adolescentes indicam que ambas as capacitações estão estritamente atreladas. A primeira informa sobre os direitos e a segunda sobre as violações desses direitos. Porém, entre a identificação e o registro da violação, há que se estabelecer uma forma de sistematizar esses dados para dar encaminhamentos e usar estas informações para aprimoramento dos programas existentes para crianças e adolescentes, bem como para criação de outros que se façam necessários.

ALÉM DOS TEMAS ACIMA, FORAM INDICADOS POR 6 ENTREVISTADOS, A NECESSIDADE DE REALIZAR AS SEGUINTE CAPACITAÇÕES:

- Capacitação da rede para entendimento das funções do CT;
- Capacitação dos CTs sobre as atribuições dos órgãos que compõem a rede de atendimento: CMDCA, Poder Público, Saúde e Assistência Social (CRAS, CREAS);
- Capacitação dos CTs sobre o uso de indicadores e/ou estudos sociais locais para direcionamento das ações dos conselheiros tutelares.

5) RELAÇÕES COLABORATIVAS ENTRE O CONSELHO TUTELAR E DEMAIS ÓRGÃOS DO SGD

As avaliações das relações colaborativas, entre o CT e o CMDCA, distribuem-se entre dois polos, conforme quadro abaixo. Por um lado, 40% avaliam negativamente, sendo que 24% consideram as relações inexistentes e 16% insatisfatórias. Por outro lado, 36% avaliam positivamente, sendo 24% como satisfatórias e 12% como bastante satisfatórias, além dos 20% que consideram essas relações relativamente satisfatórias.

Para aqueles que responderam entre 0 e 2, ou seja, relações inexistentes e insatisfatórias, foi solicitado que comentassem qual ou quais soluções poderiam melhorar as relações, entre CT e CMDCA. As respostas foram classificadas segundo quatro temas. O primeiro tema mais comentado foi o da comunicação, com isto os seis respondentes disseram que deve haver entre os CMDCA e os CTs: maior comunicação; reuniões periódicas; parceria; maior interação; presença do CMDCA no dia a dia; transmissão de informações pertinentes ao CT e de interesse do público alvo. Os outros 2 temas foram comentados por número igual de respondentes (3). Um deles refere-se às capacitações que os dois órgãos devem ter sobre as atribuições e papéis e/ou funções de cada um, de modo que um conheça as responsabilidades de si e do outro para assim poderem trabalhar em conjunto. O quarto e último tema, também comentado por 3 pessoas, diz respeito à ausência do CMDCA em alguns municípios, visto que até os meses de maio e junho ainda não tinham sido constituídos. Finalizando, foi apontado por 2 respondentes, a importância de que os selecionados a ocupar os cargos nos CMDCA tenham de fato interesse em exercer a função, quer seja presidente, quer seja conselheiro(a). As pessoas indicadas, comentam os entrevistados, precisam querer trabalhar neste órgão e ter competência para desempenhar as atribuições.

VEJAMOS A SEGUIR AS FALAS DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO OS TEMAS ACIMA MENCIONADOS:

- "Reuniões periódicas (do CT) com o CMDCA para tratativa de problemas e soluções envolvendo crianças e adolescentes."
- "O CMDCA tem que ser mais presente, participativo. Não realizam reuniões."
- "O CMDCA participar e atuar em parceria com o CT."
- "O CMDCA interagir mais com o CT. Mais informação do que acontece no dia a dia e nas reuniões internas. Ser (CT) convidado para as reuniões ordinárias."
- "CMDCA precisa entender papel-atribuições do conselheiro tutelar."
- "Duas formas (para melhorar relações entre CT e CMDCA): CMDCA ter capacitação sobre o que é, qual a função do conselheiro de direito; capacitação sobre o CT."
- "Pessoas mais capacitadas e mais empenho dos conselheiros do CMDCA."
- "Montar o CMDCA o mais rápido possível."
- "CMDCA ser formado no município."
- "A pessoa tem que querer ser do CMDCA, porque a que está não quer."
- "Presidente do CMDCA competente com suas atribuições."

Entre o CT e os órgãos de segurança instalados no município predominam os percentuais de satisfação, totalizados em 64% e distribuídos em: 28% como satisfatório e 36% como bastante satisfatório e os 24% que consideram essas relações relativamente satisfatórias. Apenas 12% expressam que essas relações sejam negativas, sendo distribuídas em: inexistentes (4%) e insatisfatórias (8%). Para estes últimos, perguntou-se como as relações podem ser melhoradas e as respostas dadas foram classificadas em 3 temas. O primeiro e mais comentado pelos respondentes (5) diz respeito sobre o papel e as atribuições do conselheiro que são desconhecidas pelos agentes de segurança (PC e PM). Além disso, é fundamental que os profissionais da delegacia tenham conhecimento sobre o que vem a ser as violações de direitos de crianças e adolescentes, conforme comentado por outros 2 entrevistados.

- "Maior comunicação e entendimento das atribuições do CT (pelos policiais)."
- "Eles (policiais) entenderem porque existe o CT e ciência dos direitos violados (das crianças e adolescentes)."

Entre o CT e o Ministério Público, as relações de cooperação se mostram positivas em vista de a maioria (64%) considerar que elas são satisfatórias (32%) e bastante satisfatórias (32%), 24% a consideram relativamente satisfatória e 12% a consideram insatisfatória. Para estes, foi igualmente perguntado o que pode ser feito para melhoria dessas relações e 4 das respostas dadas se concentram na abertura para o diálogo, no aperfeiçoamento da comunicação entre CT e promotores. Outras 4 respostas dividem-se em 2 grupos: falta de conhecimento do MP sobre o trabalho do CT (2); aperfeiçoamento da atuação do MP, dando respostas mais concretas e rápidas (2).

NAS FALAS DOS ENTREVISTADOS:

- "Respostas mais concretas e mais rápidas do MP (promotor)."
- "Maior acesso e melhor comunicação com a Promotoria. Não tem acesso direto."
- "O promotor deveria ouvir mais o conselheiro tutelar. Ele só determina, deveria ter mais diálogo."
- "Ter mais acesso ao promotor para esclarecimentos de alguns casos do conselheiro tutelar."

Nas relações colaborativas entre o CT e o Poder Judiciário, os resultados superam qualitativamente

quando comparados aos demais órgãos, pois 76% dos respondentes avaliam que a cooperação entre os dois órgãos é satisfatória (52%) e bastante satisfatória (24%). Em seguida, 16% consideram relativamente satisfatórias e apenas 4% consideram insatisfatória. Os entrevistados (3), que avaliaram a relação negativamente, consideram a abertura ao diálogo e a ampliação da comunicação, entre juízes e CTs, como formas de melhorar as relações entre CT e PJ. Nas palavras dos entrevistados:

“O juiz deveria ouvir mais o conselheiro tutelar. Deveria ter mais diálogo.”

“Juiz precisa ser menos tendencioso com relação ao governo. Ele decide favoravelmente ao governo. Por exemplo, sobre a discussão para resolver a estrutura do Conselho Tutelar, diz e age de modo a propor que o conselheiro tutelar acate as sugestões do governo.”

Entre o CT e a Assistência Social (local) as relações também são classificadas positivamente na maioria das respostas, alcançando a casa dos 60%, consideram satisfatórias as relações de cooperação entre esses 2 órgãos 44% e 16% bastante satisfatórias. Os demais respondentes dividem-se em: 20% que avaliam como relativamente satisfatórias e 20% como insatisfatória. Para estes, também foi perguntado de que modo as relações poderiam ser melhoradas, resultando em quatro grupos de respostas. Três entrevistados avaliaram que os agentes da AS (em geral, CRAS e CREAS) precisam entender o trabalho executado pelo CT e vice-versa. Um dos entrevistados traz a seguinte fala: “A AS quer impor ao CT como se trabalha, quer fazer com que o CT faça um papel de polícia investigativa”. Outros 2 entrevistados, entendem que a falta de equipamentos de trabalho da AS, como impressora, telefone e computador dificultam o trabalho e atinge as relações entre os agentes da AS e CT. Também a burocracia da AS, a falta de conhecimento de alguns agentes sobre o ECA e a necessária prioridade a ser dada às crianças e adolescentes encaminhados pelo CT são pontos que favorecem a melhoria das relações colaborativas entre a AS e CTs.

“A AS deveria ter conhecimento do ECA e dar prioridade no atendimento de crianças e adolescentes encaminhados pelo CT.”

“Ter interação maior, melhor entendimento do trabalho do CT.”

“Mais respaldo e apoio da assistência social. O que o conselheiro tutelar solicita para a assistência social fica ali, não dão retorno. Quando precisam de assistência à família, é muita burocracia, e o conselheiro acaba fazendo papel da assistência social.”

QUADRO 9

RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO ENTRE O CT E DEMAIS ÓRGÃOS DO SGD:

F – RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO COM SGD	Relações colaborativas entre o CT e o CMDCA.	Relações colaborativas entre o CT e os órgãos de segurança instalados no Município.	Relações colaborativas entre o CT e o Ministério Público.	Relações colaborativas entre o CT e o Poder Judiciário.	Relações colaborativas entre o CT e a Assistência Social.
0 - inexistente/ totalmente desestruturado	24%	4%	0%	0%	0%
1 - insatisfatório/ pouco desestruturado	16%	8%	12%	4%	20%

2 - relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	20%	24%	24%	16%	20%
3 - satisfatório/ estruturado	24%	28%	32%	52%	44%
4 - bastante satisfatório/ plenamente estruturado	12%	36%	32%	24%	16%
SI	4%	-	-	4%	-

A grande maioria (84%) dos respondentes afirmou que não recebem denúncias sobre a atuação dos trabalhos dos conselheiros de direitos e 3 não responderam. Apenas um afirmou que recebe denúncias tanto da sociedade civil como de governo. Limitou-se a explicar que esses conselheiros “atuam de maneira errada, desempenham atribuições que não lhes competem”.

QUADRO 10 DENÚNCIAS RECEBIDAS

RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO COM SGD		
Denúncias diretas ao CT sobre a atuação dos (as) Conselheiros (as) de Direito	SIM	NÃO
Conselheiros da Sociedade Civil.	4%	96%
Conselheiros de Governo.	4%	96%

5.1) APRIMORAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO (SGD)

O quadro 11 aponta as escolhas feitas pelos entrevistados para melhoria da rede de atendimento para crianças e adolescentes. Para os 25 entrevistados, 54% elegeram como prioridade número um a realização de trabalho mais próximo entre CTs e CMDCAs.

“Para o CT e o CMDCA trabalharem mais próximo.”

“Trabalho do CT próximo do CMCA para o bom funcionamento do CT, porque eles (CMDCA) não participam.”

Como segunda prioridade, para melhoria da rede de atendimento, foi votado (46%) pela definição dos papéis entre o CT e os órgãos da prefeitura para que tenham clareza quais são as responsabilidades de cada um. Explicam os entrevistados que como não há esse conhecimento sobre as atribuições do CT, ao conselheiro(a) são solicitadas providências que não lhes cabem. Os comentários a seguir exemplificam essa situação e chamam a atenção sobre a importância de responsabilizar as partes para melhoria do trabalho.

“Porque os órgãos (do SGD) não sabem qual o papel do CT, quais são as atribuições do CT.”

“Para definir melhor os papéis de cada um, porque eles (agentes da prefeitura) querem mandar nos conselheiros. A Prefeitura liga para avisar que crianças estão na rua às 22h00 andando de bicicleta.”

“Porque um espera do outro, e quando fica dúvida (sobre a atribuição de cada um) fica jogo de empurra. Tem que ficar claro o que compete a cada um para execução e cobranças.”

Como terceira prioridade para melhoria da rede de atendimento, foi eleito (38%) o fornecimento de infraestrutura (veículos, utensílios e recursos humanos), pelo poder executivo local, para realização do trabalho do CT. Aqui foram citadas várias dificuldades enfrentadas no dia a dia pelas conselheiras(os), desde falta de veículo e veículo sem bateria, passando pela falta de sala privativa, auxiliar administrativo, impressora, internet e material de escritório.

NAS PALAVRAS DOS ENTREVISTADOS:

“Falta de profissionais (assistentes sociais e psicólogos) para a recuperação das famílias quando necessário.”

“Para o andamento do trabalho, muito difícil quando para o trabalho por falta de impressora, internet e falta de (pessoal) administrativo.”

“Porque não possuem carro disponível para realizar atendimento.”

QUADRO 11

MELHORIA DA REDE - SGD

RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO COM SGD	ORDEM DE PRIORIDADE DO 1º AO 4º				
	1º	2º	3º	4º	SEM INFORMAÇÃO
SITUAÇÕES QUE PODEM MELHORAR A REDE DE ATENDIMENTO PARA AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES					
Trabalho dos CTs mais próximo dos CMDCA.	54%	17%	17%	0%	12%
Definição dos papéis entre os CTs e os órgãos das prefeituras.	46%	29%	8%	0%	17%
Poder Executivo fornecer infraestrutura necessária para o trabalho.	38%	25%	21%	0%	16%

Embora tenha sido reservada uma questão aberta para que os entrevistados pudessem sugerir outro tipo de melhoria, não contemplada nas alternativas (quadro acima), apenas um considerou a necessidade de ter localmente uma delegacia especializada para crianças e adolescentes para melhoria da rede de atendimento.

IMPORTANTE DESTACAR QUE, 3 ENTREVISTADOS AFIRMARAM QUE NÃO HÁ O QUE MELHORAR NA REDE DE ATENDIMENTO. NAS PALAVRAS DELES:

“Não precisa melhorar porque a Prefeitura não nega nada, são prontamente atendidos (os-as conselheiras) em tudo”.

“Não precisa melhorar porque a rede de atendimento é muito boa.”

6) VIOLAÇÕES DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Foi perguntado para os entrevistados quais são as violações de direitos das crianças e adolescentes de maior ocorrência nos municípios. As respostas foram agrupadas em 6 campos, conforme os tipos de violações definidos pela Prattein-Telefônica (2011).

Observa-se que as maiores ocorrências de violações concentram-se nos maus tratos, principalmente abandono e negligência, e crianças e adolescentes fora da escola. Em seguida, destacam-se os casos de crianças e adolescentes envolvidos com álcool e droga e violência sexual.

QUADRO 12

VIOLAÇÕES DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

TIPOS DE VIOLAÇÕES	NÚMERO DE VEZES MENCIONADA
1) MAUS-TRATOS: VIOLÊNCIA FÍSICA OU PSICOLÓGICA; ABANDONO; NEGLIGÊNCIA.	TOTAL: 24
Violência física	6
Violência psicológica	2
Abandono, negligência	15
Automutilação	1
2) CRIANÇAS OU ADOLESCENTES SEM ACESSO OU EXCLUÍDAS DA ESCOLA	TOTAL: 23
Faltam vagas em creche	7
Faltam vagas no EF	1
Evasão escolar	10
Crianças e adolescentes faltam na escola	3
Abandono intelectual	2
3) CRIANÇAS OU ADOLESCENTES ENVOLVIDOS COM CONSUMO OU DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS;	15
4) CRIANÇAS OU ADOLESCENTES ENVOLVIDOS COM TRÁFICO DE DROGAS.	3
5) VIOLÊNCIA SEXUAL: ABUSO SEXUAL; INTRAFAMILIAR OU EXTRAFAMILIAR (SEM FINS COMERCIAIS)	13
6) VIOLÊNCIA SEXUAL: EXPLORAÇÃO SEXUAL COMERCIAL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTE (PROSTITUIÇÃO)	1

6.1) DIFICULDADES APONTADAS NO ENFRENTAMENTO DAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Depois de os entrevistados informarem sobre as violações de maior ocorrência nos municípios foi perguntado quais as lacunas existentes localmente que dificultam o encaminhamento para cada uma das violações. Veremos a seguir os esclarecimentos dados pela maioria das conselheiras(os). Porém, é importante mencionar que para alguns deles não há dificuldade alguma nos encaminhamentos dos casos de violações de direitos das crianças e adolescentes.

O primeiro campo apresentado no quadro 12, denominado maus tratos, concentra vários tipos de violência. As dificuldades relatadas pelos entrevistados para a realização dos procedimentos que demandam cada tipo de violação são em sua maioria institucionais. A demora e outras dificuldades no atendimento dado pela AS foram citadas por oito entrevistados e na Saúde por 3 deles. A falta de profissionais, especialmente os psicólogos, foi citada 7 vezes. A família, citada em menor número (3), também apresenta dificuldades nos encaminhamentos a serem feitos, pela falta de adesão dos pais, que às vezes não dão continuidade ao tratamento com a psicóloga ou não aceitam o fato ocorrido, embora tenham recebido orientações, relatam os entrevistados.

VEJAMOS EM SUAS FALAS:

“Muito burocrático, demorado, depende da boa vontade da assistente social e psicóloga. Às vezes, o CT vai

atrás de assistência em outras entidades.”

“Não possuem CAPs infantil e o de adulto é de difícil acesso para chegar, é isolado, não fazem exame toxicológico.”

“Não existe psiquiatra infantil.”

No campo educação, onde por alguma razão as crianças e adolescentes deixam de frequentar a escola, as dificuldades predominantes, para solução desses tipos de violações, distribuem-se entre as famílias (pais das crianças e adolescentes) e as escolas. Dos entrevistados, 7 comentaram, que os pais não levam as crianças para a escola, não exercem autoridade sobre os filhos, costumam frequentemente protegê-los e entendem que é responsabilidade do CT que as crianças e adolescentes sejam mantidas na escola. Outros 7 entrevistado atribuem à escola as dificuldades para as crianças e adolescentes não permanecerem na sala de aula. Comentam ainda que por vezes a escola é distante da casa do estudante ou a escola mantém numa mesma sala de aula, estudantes com 10 e 15 anos de idade. Por outro lado, os entrevistados entendem que a escola deveria enviar com regularidade a relação para o CT dos estudantes faltantes e de seus respectivos endereços. Porém, algumas escolas não fazem isso, às vezes a escola não dispõe dos dados atualizados dos estudantes e como as famílias costumam mudar de residência com certa frequência se torna difícil a sua localização.

“Distância entre a escola e a casa.”

“No ensino fundamental misturam crianças de 10 anos com os adolescentes de 15 anos, e o EJA não consegue atender.”

“As escolas entregam 15 dias antes de acabar o ano letivo a relação de alunos evadidos.”

“A escola ser mais participativa, não atualiza o cadastro de endereços das crianças e adolescentes.”

“Omissão da própria escola em relatar os fatos ocorridos (casos de evasão escolar).”

AINDA QUE EM MENOR NÚMERO, A FALTA DE VAGAS, PRINCIPALMENTE EM CRECHE E TAMBÉM NO EF, FORAM CITADAS DUAS VEZES.

“Para a falta de vagas, em creche e ensino fundamental também, criaram um sistema que coloca a criança ou o adolescente em fila de espera, mas é infinita (a fila). A vaga não aparece, às vezes demora 2 anos.”

O tema referente ao consumo ou dependência de álcool e drogas por crianças e adolescentes é a terceira violação mais citada entre os entrevistados. Vamos abordá-lo juntamente com crianças e adolescentes envolvidos com o tráfico de drogas, devido essas situações terem sido comentadas em conjunto. A falta de CAPS Infantil ou de outro tipo de serviço especializado para usuários de drogas foi citada por 6 entrevistados como a principal dificuldade enfrentada no encaminhamento dessa violação. Complementado pela falta de programas de saúde. Foi também comentado, por 3 entrevistados, a falta de profissionais especializados na AS e saúde. Os pais dos adolescentes também foram citados, por 3 entrevistados, pela falta de comprometimento na condução do tratamento com psicóloga, ou também dos pais não acreditarem que o filho seja usuário de droga e outras vezes ainda porque não acreditarem que o filho necessite de tratamento.

“Falta centro de atendimento, na assistência social e saúde, a usuários de álcool e drogas. Não tem profissionais específicos (psicólogos, psiquiatras).”

“Falta de clínica especializada em álcool e drogas para o adolescente, pois são atendidos no CAPS adulto.”

“Os próprios pais que não acreditam que o filho faz uso de álcool e drogas.”

“Dificuldade com aderência ao tratamento, não continuidade dele. Às vezes, pais, assim como os adolescentes, acham que não precisam de tratamento.”

A violência sexual foi a quarta violação mais apontada entre os entrevistados. As dificuldades que foram citadas são variadas, distribuem-se entre delegacia, hospital, assistência social e a própria legislação. Comenta um entrevistado que “...o mais complicado é a falta de provas. A criança ou adolescente conta, mas se não tem abuso em si ou testemunha, não se consegue ir adiante.” Na delegacia, as crianças e adolescentes não são prioridade, o médico legista vem de outro município para atendê-los. Por outro lado, os pais ou responsáveis juntamente com a criança que sofreu o abuso são orientados na delegacia a passarem pelo pronto atendimento, mas eles se recusam. Além disso, nos municípios, há poucos profissionais, principalmente psicólogas, para atender as vítimas e não existem programas de atendimento dirigidos às crianças, adolescentes e suas famílias para os que sofreram violência sexual.

“Demora do Hospital Pérola Byington em entregar o resultado do exame (caso de abuso sexual). Nem sempre o resultado é encaminhado para o CT e sim para a delegacia.”

Nas dificuldades apontadas acima, às vezes, um mesmo entrevistado forneceu mais de uma informação sobre as lacunas ou dificuldades enfrentadas pelo CT no encaminhamento das crianças e adolescentes por terem sofrido violações de direitos. Porém, vários entrevistados, não ofereceram respostas para as dificuldades perguntadas. Além disso, 6 deles afirmaram não existir dificuldade alguma para os encaminhamentos de violações, como por exemplo, nos casos de negligência familiar, evasão escolar, violência sexual e trabalho infantil. Nas palavras de um deles: “Não existe (dificuldade), todos os encaminhamentos são realizados com êxito. A dificuldade existe por parte da família.”

Em vários momentos neste relatório foram apontadas as famílias como responsáveis por algumas dificuldades nos serviços prestados às crianças e adolescentes. Vale destacar, que para a constituição de uma sociedade inclusiva, são as instituições que devem dispor de mecanismos e estratégias de inclusão. Se um adolescente ou seus pais apresentam dificuldades de serem incluídos, a responsabilidade não pode recair sobre eles e sim sobre as instituições e seus dirigentes. Cabe à instituição rever suas falhas na condução do processo de inclusão.

CONSIDERAÇÕES

Nos resultados, constatamos, por um lado, boas avaliações em relação à gestão do CT (normas para atendimento da população durante 24hs, divisão de tarefas entre conselheiros e mecanismos de atuação conjunta). Há eficiência, pela grande maioria (79%), nos encaminhamentos feitos para o MP e Judiciário. Bem mais da metade fiscaliza as organizações locais. Entretanto, 42% avaliam satisfatoriamente essa fiscalização contra 37% que não. Além do que, 33% dos entrevistados não fazem fiscalização alguma. Observa-se que em grande parte dos conselhos não há um cadastro com os programas de medidas protetivas realizados pelas organizações locais.

Na avaliação da infraestrutura do CT, os percentuais se dividem entre satisfação e insatisfação. Ou seja, há mais pontos de satisfação (veículos, equipamentos e contratação de técnicos) que de insatisfação (espaço e contratação de administrativo). No entanto, juntamente com os percentuais de satisfação, há percentuais significativos de insatisfação a serem considerados.

Outro fator que chama a atenção é a falta de registros sistematizados dos encaminhamentos de crianças e os adolescentes, quer sejam nos casos de violações, quer sejam nos casos de atos infracionais. Um dos objetivos específicos do diagnóstico era fornecer esses registros dos 24 municípios selecionados. Mas, como não tivemos essas respostas dos entrevistados, apesar de a grande maioria dos entrevistados afirmar que faz registros (manuais) para acompanhamento da aplicação das medidas protetivas, esse objetivo não pode ser cumprido. Sendo assim, importa destacar que esses registros devem fazer parte de um planejamento geral

do trabalho. São instrumentais que podem servir para acompanhamento dos casos e sistematização das violações e atos infracionais mais recorrentes na localidade e também serem utilizados para fundamentar os argumentos e subsidiar as ações na criação dos programas para o público alvo.

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE **- CMDCA -**

Na parte I deste relatório, mencionamos na metodologia que os roteiros foram aplicados em órgãos do SGDCA em 24 municípios. Assim, estava previsto entrevistar 24 conselheiros de direito, sendo 24 representantes de governo e 24 da sociedade civil, totalizando 48 entrevistados. Porém, os roteiros não foram aplicados na sua totalidade, em razão de alguns conselhos de direitos não terem sido constituídos até a data da realização do trabalho de campo.

Nos municípios de Campina do Monte Alegre e Gavião Peixoto não estavam constituídas as representações da sociedade civil e do poder público. Em Guará, Itapeçerica da Serra, Lindóia e Santana da Ponte Pensa não estavam formadas as representações da sociedade civil, enquanto que em Embaúba não estava constituída a representação do poder público. Ou seja, nove conselheiras(os) não puderam ser entrevistados, sendo representantes 6 da sociedade civil e 3 representantes do poder público. Deste modo, dos 24 conselhos de direitos previstos, foram aplicados os roteiros em 22 municípios. As respostas sistematizadas dos roteiros aplicados referem-se aos 39 respondentes dos conselhos de direitos, sociedade civil e governo.

Chama a atenção que até meados de maio, ocasião da aplicação dos roteiros nos municípios, 7 CMDCA's ainda não tinham sido constituídos na sua totalidade, sendo que em 2 municípios não estavam constituídos nenhum dos 2 segmentos, conforme preconiza a legislação. A ausência desses conselhos gera no SGD falhas no atendimento da criança e do adolescente e enfraquecimento do próprio Sistema. São 9 conselheiros ausentes nos municípios selecionados, que representam 19% do total previsto.

OS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS JUNTO ÀS CONSELHEIRAS E CONSELHEIROS DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE ESTÃO DISTRIBUÍDOS EM SETE PARTES:

1. Composição dos conselhos por segmento e sexo;
2. Infraestrutura;
3. Normas e legislações;
4. Fundo da Infância e Adolescência;
5. Relações de cooperação entre o CMDCA e órgãos do SGDCA;
6. Gestão;
7. Capacitação dos conselheiros.

1) COMPOSIÇÃO DOS CMDCAS

Com relação à paridade, entre o número de conselheiros para sociedade civil e governo, observa-se que dentre os 22 municípios consultados, apenas 7 deles (32%) encontram-se em situação de paridade. São eles: Tambaú, Pontal, Santa Cruz da Esperança, Cruzália, Canas, Caieiras e Juquitiba.

Dos 39 conselheiras(os) entrevistadas(os), 8 ou (20%) não souberam (NS) informar o total de conselheiros do segmento no qual atuam. Dos 17 conselhos então constituídos e cujos entrevistados souberam informar a composição dos conselhos, temos um total de 273 mulheres e 103 homens, sendo 166 membros da sociedade civil e 210 do governo, totalizando 376 conselheiras e conselheiros.

QUADRO 13
COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS DE DIREITO POR SEGMENTO E SEXO

MUNICÍPIOS	SEGMENTO SOCIEDADE CIVIL		TOTAL SC:	SEGMENTO GOVERNO		TOTAL GOV.:
	Mulher	Homem	Total SC:	Mulher	Homem	Total Gov.:
MACRO I						
Campina do Monte Alegre	NC	NC	0	NC	NC	0
Estiva Gerbi	NS	NS	SI	8	8	16
Lindoia	NC	NC	0	2	4	6
Salto	NS	NS	SI	8	4	12
Socorro	7	3	10	16	8	24
Tambaú	16	0	16	16	0	16
TOTAL M I	23	3	26	50	24	74
MACRO II	MULHER	HOMEM	TOTAL SC:	MULHER	HOMEM	TOTAL GOV.:
Santana da Ponte Pensa	NC	NC	0	9	3	12
Guará	NC	NC	0	5	3	8
TOTAL M II	0	0	0	14	6	20
MACRO III	MULHER	HOMEM	TOTAL SC:	MULHER	HOMEM	TOTAL GOV.:
Cajobi	5	3	8	NS	NS	S/I
Embaúba	3	3	6	NC	NC	0
Gavião Peixoto	NC	NC	0	NC	NC	0
Pontal	10	0	10	9	1	10
Ribeirão Preto	NS	NS	SI	NS	NS	S/I
Santa Cruz da Esperança	12	4	16	12	4	16
TOTAL M III	30	10	40	21	5	26
MACRO IV	MULHER	HOMEM	TOTAL SC:	MULHER	HOMEM	TOTAL GOV.:
Barão de Antonina	5	3	8	3	3	6
Cruzália	12	0	12	12	0	12

Itaoca	15	1	16	NS	NS	S/I
TOTAL M IV	32	4	36	15	3	18
MACRO V	MULHER	HOMEM	TOTAL SC:	MULHER	HOMEM	TOTAL GOV.:
Canas	5	1	6	4	2	6
Guarujá	10	10	20	NS	NS	0
TOTAL MV	15	11	26	4	2	6
RM	MULHER	HOMEM	TOTAL SC:	MULHER	HOMEM	TOTAL GOV.:
Biritiba Mirim	NS	NS	SI	7	1	8
Caieiras	7	3	10	7	3	10
Guarulhos	6	2	8	10	2	12
Itapecerica da Serra	NC	NC	0	11	5	16
Juquitiba	10	10	20	11	9	20
TOTAL RM	23	15	38	46	20	66

2) INFRAESTRUTURA DOS CMDCAS

Quanto às condições de infraestrutura para realização dos trabalhos das conselheiras(os), considerando o espaço e equipamentos, quase metade (49%) dos entrevistados mostrou-se satisfeita. Sendo que 36% avaliaram a infraestrutura como satisfatória e 13% como bastante satisfatória, seguidos pelos 28% que a consideram relativamente satisfatória. Uma menor parte (18%) avaliou a infraestrutura insatisfatória e desestruturada (2,5%), que somados chegam a 20,5%.

Avaliação semelhante é feita em relação à disponibilidade de requisitar pessoal técnico quando se faz necessária a contratação. Pois, 36% a consideram satisfatória e 13% bastante satisfatório, atingindo um total de 49%. Para 8%, inexistente a possibilidade de contratação de pessoal técnico e para 15% esta possibilidade é insatisfatória, somando um total de 23%.

QUADRO 14 INFRAESTRUTURA DOS CMDCAS

B –INFRAESTRUTURA	Disponibilidade e adequação de espaço, equipamentos e materiais para realização do trabalho no CMDCA	Disponibilidade de requisitar pessoal técnico, quando necessário, para assessoria ou apoio às atividades do CMDCA
0 – INEXISTENTE/ TOTALMENTE DESESTRUTURADO	2,5%	8%
1 - INSATISFATÓRIO/ POUCO ESTRUTURADO	18%	15%

2 - RELATIVAMENTE SATISFATÓRIO/ RAZOAVELMENTE ESTRUTURADO	28%	18%
3 - SATISFATÓRIO/ ESTRUTURADO	36%	36%
4 - BASTANTE SATISFATÓRIO/ PLENAMENTE ESTRUTURADO	13%	18%
SEM INFORMAÇÃO	2,5%	5%

3) NORMAS E LEGISLAÇÃO DO CMDCA

Segundo os respondentes, tanto a lei que criou o CMDCA (56%) quanto o processo de escolha das conselheiras(os), 51% alcançam percentuais de satisfação acima de 50%, seguidos de 33% satisfatório e 28% relativamente satisfatório. A avaliação negativa destes 2 itens varia entre 5% e 10%, respectivamente. Já, o Regimento Interno do CMDCA fica distante da casa dos 50%, chega a 38% de satisfação e 28% de relativa satisfação, porém, a insatisfação é maior (23%) comparada com os outros 2 itens anteriores.

QUADRO 15 AVALIAÇÃO DAS NORMAS LOCAIS

LEGISLAÇÃO E NORMAS LOCAIS	Adequação e atualização da lei municipal que criou o CMDCA.	Existência e adequação do Regimento Interno do CMDCA.	Adequação do processo vigente no Município para escolha dos membros do Conselho de Direito.
0 – inexistente/ totalmente desestruturado	0%	10%	5%
1 - insatisfatório/ pouco estruturado	5%	13%	5%
2 - relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	28%	28%	33%
3 - satisfatório/ estruturado	56%	33%	41%
4 - bastante satisfatório/ plenamente estruturado	0%	5%	10%

Sem Informação	11%	11%	6%
----------------	-----	-----	----

O processo vigente para escolha das conselheiras (os) da sociedade civil nos municípios satisfaz a maioria dos entrevistados, segundo a legitimidade e orientação democrática, conforme quadro abaixo, uma vez que 54% consideram satisfatório e 15% bastante satisfatório, seguidos por 15% relativamente satisfatório quanto à legitimidade e a orientação democrática das escolhas das conselheiras (os) da sociedade civil. Apenas 10% consideram o processo de escolha insatisfatório. Ainda em relação à escolha das conselheiras (os) da sociedade civil, 51% consideram satisfatória a representatividade das conselheiras (os) eleitos em relação à diversidade de organizações sociais locais, seguidos dos 23% relativamente satisfatório. Porém, o percentual de insatisfação (18%) neste caso é superior quando comparado com os demais itens do mesmo quadro. Novamente temos um bom resultado quanto à representatividade dos Conselheiros de governo em relação à diversidade de políticas para crianças e adolescentes sendo executadas localmente, visto que 41% avaliam satisfatoriamente tal representatividade, 18% a consideram bastante satisfatória, seguidos de 26% que a avaliam relativamente satisfatória. Apenas 13% a consideram insatisfatória.

QUADRO 16

AValiação DA LEGITIMIDADE E REPRESENTATIVIDADE DOS CONSELHEIROS ELEITOS

LEGISLAÇÃO E NORMAS LOCAIS/ REPRESENTATIVIDADE	Legitimidade e orientação democrática do processo de escolha dos(as) Conselheiros(as) da sociedade civil.	Representatividade dos(as) Conselheiros(as) da sociedade civil em relação à diversidade de organizações, entidades e associações existentes no local.	Representatividade dos(as) Conselheiros(as) de governo em relação à diversidade de políticas (básicas e especial para crianças e adolescentes) implantadas no município.
0 - inexistente/totalmente desestruturado	0%	5%	0%
1 – insatisfatório/pouco desestruturado	10%	13%	13%
2 – relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	15%	23%	26%
3 – satisfatório/ estruturado	54%	38%	41%
4 – bastante satisfatório/ plenamente estruturado	15%	13%	18%
Sem Informação	6%	8%	2%

Segundo os entrevistados, as políticas básicas e especial estão representadas no CMDCA, ou seja, há conselheiros de direitos, indicados pelas Pastas que são responsáveis por essas políticas, representando o segmento de governo. Exceções nos casos da Cultura e Esporte, cujas representações variam entre 38 e 41% e 52 e 59%, respectivamente aos segmentos da sociedade civil e governo.

QUADRO 17

SECRETARIAS REPRESENTADAS NO CMDCA

SECRETARIAS REPRESENTADAS NO CMDCA	SOCIEDADE CIVIL (%)	GOVERNO (%)
EDUCAÇÃO	100	100
SAÚDE	100	95
ASSISTÊNCIA SOCIAL	100	95
CULTURA	41	38
ESPORTE	59	52

4) FUNDO MUNICIPAL PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A legislação municipal que regulamenta o Fundo Municipal para a Infância e Adolescência foi avaliada por mais de 80% dos entrevistados, enquanto que 18,5% não informaram sobre este determinado aspecto. A maioria (51%) considera positiva a adequação e atualização da lei e da regulamentação do Fundo, sendo satisfatória para 46% e bastante satisfatória para 5%, seguidos por 18% que a consideraram relativamente satisfatório. Já 2,5% a avaliam como desestruturada e 10% como pouco estruturada.

QUADRO 18

AVALIAÇÃO DA LEI E REGULAMENTAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

FUNDO MUNICIPAL PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	ADEQUAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DA LEI E DA REGULAMENTAÇÃO SOBRE O FUNDO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.
0 – inexistente/totalmente desestruturado	2,5%
1 - insatisfatório/pouco estruturado	10%
2 - relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	18%
3 - satisfatório/ estruturado	46%
4 - bastante satisfatório/ plenamente estruturado	5%
Sem Informação	18,5

O quadro 19 apresenta a utilização dos recursos do Fundo Municipal para a Infância e Adolescência, que pode ocorrer de várias formas como também pode não ocorrer. Quando não ocorre é por falta de recursos monetários no Fundo (10%) e por falta de projetos no município (5%). Quanto às formas adotadas para uso dos recursos, predominam o edital público (33%) e a resolução (31%). Além destas, 13% dos entrevistados informaram que há outras formas utilizadas para uso do Fundo, mediante reuniões no CMDCA (5%) e determinações do Judiciário (5%).

NAS PALAVRAS DOS ENTREVISTADOS:

“O juiz que determina qual projeto destinará o recurso. Após autorização do juiz, o CMDCA dá o aval para que o projeto seja executado.”

“Não há nada regulamentado. O dinheiro é liberado mediante apresentação do plano de trabalho.”

“Projetos são apresentados em reunião ordinária do CMDCA. (Se) aprovados repassam para o mesmo (projeto).”

Observamos que, nos termos do artigo 88, inciso IV, do ECA, os fundos nacional, estaduais e municipais estão vinculados aos respectivos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, sendo estes órgãos deliberativos da política de promoção dos direitos da criança e do adolescente, controladores das ações, em todos os níveis, de implementação desta mesma política e **únicos**(grifo nosso) responsáveis por fixar critérios de utilização e planos de aplicação do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente.

QUADRO 19

UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS MONETÁRIOS DO FUNDO MUNICIPAL

FUNDO MUNICIPAL PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS MONETÁRIOS DO FUNDO MUNICIPAL ¹⁷
Por Resolução.	31%
Por Edital Público.	33%
Outra forma adotada para uso do Fundo.	13%
Não sabe informar.	18%
Não possuem recursos no Fundo.	10%
Não possuem projetos para uso do Fundo.	5%

A maioria dos entrevistados (49%) informou que o destinador do recurso monetário não o direciona para projetos de interesse próprio. Porém, 23% escolhem os projetos para os quais os recursos são destinados. Destaca-se que 28% dos entrevistados não informaram.

QUADRO 20

DIRECIONAMENTO DOS RECURSOS MONETÁRIOS

FUNDO MUNICIPAL PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
O CMDCA autoriza que o destinador (pessoa jurídica e/ou física) escolha e direcione recursos do Fundo Municipal à projetos.	23%	49%	28%

5) RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO ENTRE O CMDCA E OS DEMAIS ÓRGÃOS DO SGD

As relações de cooperação entre o CMDCA e os órgãos abaixo indicados foram avaliadas pela quase totalidade dos entrevistados, exceções aos 3% que não informaram sobre as relações entre o CMDCA e CT. Dessas avaliações, ressaltam-se aquelas entre o CMDCA e os gestores públicos que somados os satisfatórios (67%) e os bastante satisfatórios (14%) chegam a 81%. Na sequência, as avaliações entre o CMDCA e o Sistema de Justiça (MP e PJ) também atingiram percentuais significativos, chegando a 71%, distribuídos entre 52% satisfatórios e 19% bastante satisfatórios para cada um. Um pouco abaixo desses percentuais ficaram as avaliações entre o CMDCA e o CT, que somados entre satisfatórios e bastante satisfatório chegam a 61%. No entanto, as avaliações das relações de cooperação entre o CMDCA e os órgãos de segurança não alcançaram os mesmos resultados que os órgãos anteriores comentados. Neste caso, 5% consideram inexistentes as relações de cooperação entre eles e 14% as

¹⁷Os percentuais neste quadro ultrapassam a casa dos 100% porque três respondentes selecionaram mais de um tipo de alternativa.

consideram insatisfatórias. Apesar de 43% avaliarem positivamente essas relações, divididos entre avaliações satisfatória (29%) e bastante satisfatória (14%). Comparativamente às demais relações, neste caso do CMDCA e segurança, cresce a avaliação relativamente satisfatória (38%).

QUADRO 21

RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO ENTRE O CMDCA E OS DEMAIS ÓRGÃOS DO SGD

RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO	Existência de relações colaborativas entre o CMDCA e o CT.	Existência de relações colaborativas entre o CMDCA e os órgãos de segurança.	Existência de relações colaborativas entre o CMDCA e o Ministério Público.	Existência de relações colaborativas entre o CMDCA e o Poder Judiciário.	Existência de relações colaborativas entre o CMDCA e os gestores das políticas básicas e especial (assistência, educação, saúde etc.).
0 – inexistente/totalmente desestruturado	0%	5%	0%	0%	0%
1 - insatisfatório/pouco estruturado	13%	14%	10%	10%	5%
2 - relativamente satisfatório/razoavelmente estruturado	23%	38%	19%	19%	14%
3 - satisfatório/estruturado	41%	29%	52%	52%	67%
4 - bastante satisfatório/plenamente estruturado	20%	14%	19%	19%	14%
Sem Informação	3%	0%	0%	0%	0%

Dos Conselheiros entrevistados, 41% informaram que recebem denúncias sobre a atuação dos conselheiros tutelares.

QUADRO 22

DENÚNCIAS DE CONSELHEIROS TUTELARES

RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
CMDCA recebe diretamente denúncias sobre a atuação dos (as) Conselheiros (as) Tutelares.	41%	56%	3%

Explicam os entrevistados que a maior queixa (26%) diz respeito ao desempenho inadequado dos conselheiros(as) tutelares na realização de suas funções. Como por exemplo: descumprimento de horário; indisponibilidade para atendimento dos casos; ausência nos plantões; telefone não é atendido, etc. Todos estes comportamentos afetam a qualidade do serviço prestado. Porém, alguns dos entrevistados (18%) comentaram sobre a falta de qualidade quando o serviço é executado pelo conselheiro, como a morosidade, a falta de resolutividade dos casos e não responder aos ofícios do MP, além do abuso de poder do próprio conselheiro.

VEJAMOS NAS FALAS DOS ENTREVISTADOS:

"Não dá respostas às solicitações do MP via ofício."

"Não disponibilidade para atendimento."

"Falta de cumprimento de horário."

"Morosidade nos casos."

"Ausência de plantão, ligou e não atende, está sempre desligado."

6) GESTÃO DO CMDCA

6.1) DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHOS E HORAS TRABALHADAS

Com relação à equidade e coerência na distribuição das responsabilidades para o funcionamento do CMDCA, entre os conselheiros, a avaliação feita indica que mais da metade (57%) considera satisfatória e bastante satisfatória. Por outro lado, ainda que o percentual seja menor, porém significativo, 28% avaliam que essa distribuição é insatisfatória e 15% considera relativamente satisfatória.

Com relação à atuação das conselheiras(os), no que diz respeito à comunicação e a influência junto aos órgãos gestores das políticas básicas e especiais para as crianças e adolescentes, quase a metade deles (49%) considera a comunicação e a influência dos conselheiros satisfatória e bastante satisfatória. Porém, 18% consideram insatisfatória e 2,5% inexistente, seguidos pelos 28% relativamente satisfatória.

QUADRO 23

GESTÃO DO CMDCA - DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS E ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL

GESTÃO DO CMDCA	Equidade e coerência na distribuição das tarefas e responsabilidades inerentes ao funcionamento do CMDCA entre os (as) Conselheiros (as) do seu segmento.	Poder de comunicação e influência dos (as) Conselheiros (as) junto aos órgãos gestores das políticas básicas e especial.
0 - inexistente/ totalmente desestruturado	0%	2,5%
1 - insatisfatório/ pouco estruturado	28%	18%
2 - relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	15%	28%
3 - satisfatório/ estruturado	41%	31%

4 - bastante satisfatório/ plenamente estruturado	16%	18%
Sem Informação	0%	2,5%

Quando perguntados sobre a carga horária semanal dispensada aos trabalhos do CMDCA, 15% afirmaram que não dispõem de nenhuma hora para esses trabalhos. Entretanto, 64% dos entrevistados disponibilizam por semana entre 1 hora e até 4 horas; 13% dispõem de 1 hora. Aqueles que dispensam maior número de horas, variando entre 10 a 20 horas semanais, não passam de 10%. Em contrapartida 8% não sabem informar o número de horas trabalhadas na semana.

QUADRO 24

NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS NA SEMANA PELOS CONSELHEIRAS (OS)

NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS POR SEMANA, PELO CONSELHEIRO(A)	0H	1H	2H	3H	4H	10H	12H	20H	NS	SI
	15%	13%	28%	10%	13%	5%	2,5%	2,5%	8%	3%

Quando perguntados se o tempo destinado à execução dos trabalhos do CMDCA, envolvendo a participação nas reuniões e demais trabalhos, 56% avaliaram que o tempo de dedicação não é suficiente, enquanto que 44% consideraram que sim.

QUADRO 25

AVALIAÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO DESTINADO PELOS CONSELHEIROS

GESTÃO DO CMDCA	SIM	NÃO
O tempo destinado pelos(as) Conselheiros(as) para a execução das tarefas e participação nas reuniões de trabalho é suficiente.	44%	56%

Para 77% dos entrevistados, as reuniões ordinárias são realizadas mensalmente nos CMDCAs. Em segunda e terceira posições vêm os CMDCAs que realizam as reuniões trimestralmente (10%) e os que realizam quinzenalmente (8%).

QUADRO 26

FREQUÊNCIA EM QUE OCORREM AS REUNIÕES NOS CMDCAS

GESTÃO DO CMDCA	SEMANAL	QUINZENAL	MENSAL	BIMESTRAL	TRIMESTRAL
Frequência em que ocorrem as reuniões ordinárias do Conselho	2,5%	8%	77%	2,5	10%

6.2) FERRAMENTAS PARA PLANEJAMENTO DO TRABALHO NOS CMDCAS

Ao ser perguntado sobre a existência de ferramentas de trabalho para a gestão dos CMDCAs, houve referência sobre o diagnóstico municipal para detecção dos problemas que atingem as crianças e adolescentes. Do conjunto de entrevistados, 56% afirmaram que não possuem diagnóstico local e 33% afirmaram que contam com tal recurso. Destes, 12 avaliaram a qualidade do diagnóstico, sendo que a maioria (69%) considera satisfatório (31%) e bastante satisfatório (38%). Uma parte menor dos entrevistados avaliou o diagnóstico negativamente: 8% insatisfatório e 15% relativamente satisfatório.

QUADRO 27

AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO LOCAL, QUANDO EXISTENTE

GESTÃO DO CMDCA	EXISTÊNCIA DE DIAGNÓSTICO DOCUMENTADO DOS PROBLEMAS QUE ATINGEM AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO.
NÃO	56%
SIM (avalié conforme escala)	33%
Sem Informação	11%
0 - inexistente/ totalmente desestruturado	0%
1 - insatisfatório/ pouco estruturado	8%
2 - relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	15%
3 - satisfatório/ estruturado	31%
4 - bastante satisfatório/ plenamente estruturado	38%
Sem Informação	8%

O Plano de Ação Municipal foi elaborado em 51% dos Conselhos Municipais de Direitos . Daqueles que avaliaram o Plano, 18% o consideram satisfatório e 14% bastante satisfatório, seguidos pelos 22,7% relativamente satisfatório.

QUADRO 28

AVALIAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DO CMDCA, QUANDO EXISTENTE PLANO DE AÇÃO DO CMDCA

PLANO DE AÇÃO DO CMDCA	PLANO DE AÇÃO DOCUMENTADO CONSIDERANDO AS METAS ESTABELECIDAS PARA O PERÍODO.
Possui Plano	51%
Não possui Plano	49%
0 - inexistente/ totalmente desestruturado	0%
1 - insatisfatório/pouco estruturado	4,5%
2 - relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	22,7%
3 - satisfatório/ estruturado	18%
4 - bastante satisfatório/ plenamente estruturado	14%
S/I	40,8%

Foi também perguntado sobre a qualidade do Plano de Ação Plurianual, quando existente. Para isso, foram considerados, no conteúdo do Plano, os programas e suas metas, o diagnóstico local e os prazos do ciclo orçamentário. A grande maioria (64%) não possui um plano com os critérios mencionados sendo que apenas 26% cumprem tais quesitos. Destes, 70% avaliaram satisfatoriamente

(40%) e bastante satisfatório (30%). Apenas 10% avaliaram o plano como totalmente desestruturado e 20% o consideraram razoavelmente estruturado.

QUADRO 29

AVALIÇÃO DO PLANO PLURIANUAL, QUANDO EXISTENTE

GESTÃO DO CMDCA	Existência de um Plano de Ação Anual ou plurianual documentado contendo os programas a serem implementados no âmbito da política de promoção, proteção, defesa e suas respectivas metas, considerando os resultados dos diagnósticos realizados e observando os prazos legais do ciclo orçamentário.
NÃO	64%
SIM	26%
SEM INFORMAÇÃO	10%
0 - INEXISTENTE/ TOTALMENTE DESESTRUTURADO	10%
1 - INSATISFATÓRIO/ POUCO ESTRUTURADO	0%
2 - RELATIVAMENTE SATISFATÓRIO/ RAZOAVELMENTE ESTRUTURADO	20%
3 - SATISFATÓRIO/ ESTRUTURADO	40%
4 - BASTANTE SATISFATÓRIO/ PLENAMENTE ESTRUTURADO	30%

6.3) AÇÕES PREVISTAS NOS CMDCAS

Das organizações, que prestam serviços para o segmento crianças e adolescentes, nem todas estão registradas no CMDCA. A maior incidência (72%) refere-se a inscrição das organizações não governamentais. Quanto aos programas dessas organizações dirigidos para crianças e adolescentes, um pouco mais da metade das organizações não governamentais (61%) têm seus programas registrados no CMDCA, contra os 51% das organizações governamentais.

QUADRO 30

REGISTROS DAS ORGANIZAÇÕES GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS

ORGANIZAÇÕES GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS – REGISTROS E PROGRAMAS	SIM	NÃO	S-I
As organizações governamentais estão inscritas ou registradas no CMDCA	48%	33%	19%
As organizações não governamentais estão inscritas ou registradas no CMDCA	72%	15%	13%
As organizações governamentais têm seus programas de atendimento às crianças e adolescentes registrados ou inscritos no CMDCA	51%	33%	16%
As organizações não governamentais têm seus programas de atendimento às crianças e adolescentes registrados ou inscritos no CMDCA	61%	26%	13%

O quadro abaixo apresenta algumas das ações previstas a serem realizadas pelos CMDCA's. Observe-se a ausência de instrumentais de trabalho, que tanto servem para subsidiar as ações dos conselheiros municipais como dos conselheiros tutelares. Mais de 70% dos conselhos não dispõem de informações

sistematizadas sobre as demandas judiciais (72%) e sobre as ocorrências policiais (77%) envolvendo crianças e adolescentes. Embora uma parte dos CMDCA, tenha a relação nominal das organizações e dos seus respectivos serviços e programas desenvolvidos, essas informações não são publicizadas para os órgãos afins (Conselho Tutelar, Ministério Público e Poder Judiciário). A relação atualizada dos programas executados pelo Poder Público, destinados às crianças e adolescentes, é transmitida por 15% dos CMDCA. Já, a relação dos programas ou serviços executados pelas organizações não governamentais é disponibilizada por 46% dos CMDCA.

QUADRO 31 **DAS ATIVIDADES NA GESTÃO DO CMDCA**

GESTÃO DO CMDCA	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Existência de informações sistematizadas do Sistema de Justiça acerca das demandas judiciais envolvendo crianças e adolescentes do município.	13%	72%	15%
Existência de informações sistematizadas da Segurança Pública acerca das ocorrências policiais envolvendo crianças e adolescentes do município.	13%	77%	10%
Existência de uma relação das organizações sociais civis (não governamentais).	59%	31%	10%
Existência de uma relação de programas e/ou projetos oferecidos para CAs por organizações sociais civis (não governamentais).	56%	33%	11%
Existência de uma relação das organizações governamentais	49%	38%	13%
Existência de uma relação de programas e/ou projetos oferecidos para CAs por organizações governamentais	51%	36%	13%
Oferecimento de informação atualizada dos programas de atendimento destinados às CAs executados pelas organizações não governamentais para o Conselho Tutelar, Ministério Público e Poder Judiciário.	46%	36%	18%
Oferecimento de informação atualizada dos programas de atendimento destinados às CAs executados pelos programas de governo para o Conselho Tutelar, Ministério Público e Poder Judiciário.	15%	64%	21%
O CMDCA encaminhou as propostas aprovadas nas Conferências Municipais dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente para os órgãos competentes	51%	10%	39%
O CMDCA está acompanhando/monitorando a implantação dessas propostas.	33%	23%	44%

Quanto às propostas aprovadas nas Conferências Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, 51% dos CMDCA encaminharam as respectivas deliberações para os órgãos competentes, porém 39% dos entrevistados não souberam informar. O monitoramento dessas propostas é feito por 33% dos CMDCA, entretanto, neste aspecto, 44% dos entrevistados não souberam informar.

Sendo assim, chama a atenção no quadro acima os percentuais relativos à coluna sem informação, que são aqueles que não souberam informar ou não quiseram responder à questão.

Uma das funções do CMDCA é o acompanhamento do processo de escolha dos conselheiros tutelares. Tal função foi confirmada por 92% dos entrevistados.

QUADRO 32

RESPONSABILIDADE DO CMDCA NO PROCESSO DE ESCOLHA DOS MEMBROS DO CONSELHO TUTELAR

GESTÃO DO CMDCA	SIM	NÃO	S-I
CMDCA é responsável pelo processo de escolha dos membros do Conselho Tutelar	92%	0	8%

Poucos municípios elaboraram os planos municipais referentes à promoção e proteção dos direitos da criança e do adolescente, que visam especificidades e urgência nas ações, como o enfrentamento da violência sexual e da erradicação do trabalho infantil, além do planejamento do atendimento socioeducativo. Apenas 64% elaboraram o plano de atendimento socioeducativo. Nos demais planos, os percentuais dos municípios que os elaboraram ficaram na casa dos 31% e 46%.

QUADRO 33

ELABORAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS

PLANOS MUNICIPAIS	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
O município elaborou o Plano Municipal de Proteção e Defesa do direito de Crianças e Adolescentes, Convivência Familiar e Comunitária?	46%	36%	18%
O município elaborou o Plano Municipal de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil?	33%	46%	21%
O município elaborou o Plano Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Adolescente trabalhador?	31%	54%	15%
O município elaborou o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo?	64%	15%	21%

7) CAPACITAÇÃO DAS CONSELHEIRAS(OS) DE DIREITOS

Os temas sugeridos pelos entrevistados, foram tabulados no quadro 34 por ordem de prioridade. Observa-se que o conhecimento sobre o ECA e sobre as leis, planos e programas para defesa e promoção dos direitos das crianças e adolescentes atingiram 66% de interessados.

QUADRO 34

TEMAS INDICADOS PARA CAPACITAÇÃO DOS CONSELHEIROS DE DIREITO

TEMAS PRIORITÁRIOS :	Tema A: Conhecimento do ECA e das leis, normas e principais resoluções (nos níveis federal, estadual e municipal) que regulam o funcionamento do CMDCA	Tema B: Conhecimento sobre leis, planos e programas que estabelecem diretrizes para defesa e promoção dos direitos humanos de crianças e adolescentes em áreas críticas (convivência familiar e comunitária, adolescentes em conflito com a lei, uso e tráfico de drogas, trabalho infantojuvenil, violência sexual, acolhimento institucional etc.)	Terma C: Conhecimento sobre gestão financeira e o emprego eficaz dos recursos (Fundos) nas atividades operacionais	Tema D: Conhecimento sobre elaboração do orçamento municipal (contribuições) para garantir os recursos para as políticas públicas destinadas as crianças e adolescentes
	(66%)	(54%)	(41%)	(38%)

ABAIXO SÃO APRESENTADAS ALGUMAS DAS FALAS DAS ENTREVISTADAS (OS):

"Para ser conselheiro, é primordial o conhecimento do ECA, no qual serão pautadas todas as ações do Conselho."

"Tem que ter conhecimento para se assegurar no que vai falar, no que vai cobrar perante a lei e resultados".

"O conselheiro indicado para representar o Conselho não sabe o que está fazendo ali, é meramente indicado."

"A maioria dos Conselheiros de direito não possui conhecimento e acha necessária essa capacitação para o desenvolvimento do trabalho no CMDCA."

"Os conselheiros têm dificuldade de entendimento do ECA, resoluções, e como funcionam os encaminhamentos do CMDCA, precisam de capacitação e formação."

CONSIDERAÇÕES

A exposição e análise dos resultados dos roteiros aplicados junto às conselheiras (os) informam sobre a pertinência do CMDCA para o SGDCA. Contudo, esses dados nos permitem inferir que em boa parte dos conselhos de direitos, considerando suas funções, o órgão está aquém do esperado, tanto àquelas funções previstas pela legislação quanto àquelas que podem aprimorar os serviços realizados para crianças e adolescentes.

Na parte da gestão, as respostas dadas oferecem uma leitura diferente em relação às partes acima comentadas, visto que a maioria das ações e/ou funções do CMDCA são apontadas pelos entrevistados como incompleta.

Note-se que a maioria está satisfeita (57%) com a distribuição de responsabilidades no CMDCA, mas uma parte (28%), não. Para o exercício dessas responsabilidades, a maioria destina de 1 a 4 horas por semana, sendo que uma pequena parte não dispõe de nenhuma hora. Por outro lado, a maioria (56%) reconhece a insuficiência do número de horas dedicadas ao trabalho do CMDCA.

Ainda na parte da gestão, no que diz respeito aos instrumentais de trabalho e/ou responsabilidades pela elaboração de documentos, as respostas em geral, dividem-se entre: uma maioria que oferece resultados satisfatórios¹⁸, porém, seguidos de um percentual significativo que não atende; e, uma maioria que não oferece resultados satisfatórios. Prova disso, são os instrumentais que orientam as ações do CMDCA elaborados pela maioria, como o plano de ação do CMDCA (51%), registros das organizações e dos programas inscritos no conselho, encaminhamento (51%) das propostas das conferências realizadas e o Plano Municipal Socioeducativo (64%), mas uma parte relevante não elabora. Uma situação mais preocupante apresenta-se em relação ao Plano Plurianual (26%), Planos Municipais de Proteção e Defesa do direito de Crianças e Adolescente (46%), Enfrentamento da Violência Sexual (33%) e Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (31%), monitoramento dos encaminhamentos das propostas das conferências (33%), diagnóstico local (33%), registros sistematizados das ocorrências policiais e demandas judiciais (13%) e disponibilização da relação dos programas para os órgãos afins, pois os percentuais mencionados nos parênteses estão indicando apenas os municípios e/ou conselhos que elaboraram tais documentos.

Para finalizarmos, damos destaque para questões já apontadas no relatório, que são a ausência de conselhos em alguns municípios (9), a falta de paridade entre os segmentos da sociedade civil e governo em 15 municípios, as decisões que orientam o uso do fundo e o silêncio de vários respondentes, cujas respostas da pesquisa ficaram sem informação. São essas condições e as acima comentadas que fragilizam o SGDCA e o órgão CMDCA. São essas condições que dificultam um atendimento qualificado, como manda o ECA, para a criança e o adolescente, que somadas a outras deficiências de políticas públicas coloca-os em situações de vulnerabilidades.

ASSISTÊNCIA SOCIAL

OS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM AS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL ESTÃO DIVIDIDOS EM 3 SERVIÇOS PRESTADOS ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES:

- Medidas socioeducativas;
- Encaminhamentos para os casos de violações de direitos; e,
- Serviços de acolhimento.

Com o objetivo de obter informações sobre as ocorrências de violações de direitos de crianças e adolescentes e sobre os atos infracionais cometidos por adolescentes, foi perguntado se a Assistência Social possui registros dessas ocorrências. Em resposta, 71% afirmaram que não possuem registro algum e 29% informaram que sim¹⁹.

QUADRO 35

REGISTROS EFETUADOS PELA ASSISTÊNCIA SOCIAL

REGISTROS DAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E DOS ATOS INFRACIONAIS COMETIDOS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES	SIM	NÃO
Registro no CREAS de dados em sistema informatizado (excel ou outro) sobre os casos de crianças e adolescentes que sofreram violações de direitos e/ou que cometeram ato infracional.	29%	71%

¹⁸Faz-se aqui uma comparação entre os percentuais que apontam a elaboração dos registros e documentos versus os percentuais daqueles CD que não elaboram tais documentos.

¹⁹Apenas um município dispôs da informação no momento da entrevista, os demais não. Vários dos entrevistados se dispuseram a informar por e-mail, porém, daqueles que enviaram, as informações não chegaram de modo consistente.

1) SERVIÇOS DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

Os serviços de Medidas Socioeducativas em meio aberto estão implantados em 88% dos municípios, distribuídos entre Liberdade Assistida - LA (83%) e Prestação de Serviço à Comunidade - PSC (75%). Já, os serviços em meio fechado, realizados pela Fundação Casa são desenvolvidos em 17% dos municípios, sendo que a medida de internação é a mais praticada (17%).

QUADRO 36

SERVIÇOS DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO E FECHADO

SERVIÇOS DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO E FECHADO	SIM	NÃO
Existência de programa socioeducativo em meio aberto.	88%	12%
Existência de programa socioeducativo em meio aberto de prestação de serviços à comunidade.	75%	25%
Existência de programa socioeducativo em meio aberto de liberdade assistida.	83%	17%
Existência de programa socioeducativo em meio fechado.	17%	83%
Existência de programa socioeducativo em meio fechado de semiliberdade.	8%	92%
Existência de programa socioeducativo em meio fechado de internação.	17%	83%

Os serviços de Medidas Socioeducativas, em meio aberto, são realizados predominantemente em unidades da Assistência Social, 33% na sede da Secretaria da Assistência Social, 54% no CREAS e 38% são realizados em unidades cujos projetos são conveniados com o poder público.

QUADRO 37

LOCAL DA REALIZAÇÃO DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS (MEIO ABERTO)

LOCAL DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO	%
Sede da Assistência Social.	33%
Unidade do CREAS.	54%
Outra unidade (projetos conveniados)	38%

A quase totalidade dos programas de Medidas Socioeducativas em meio aberto (92%) recebe acompanhamento dos profissionais da Vara da Infância e Juventude, conforme mostra o quadro abaixo. Esses acompanhamentos ocorrem a cada 1 ou 2 meses, sendo que 42% o fazem mensalmente e 18% a cada 2 meses. Porém, 27% realizam o acompanhamento a cada seis meses.

QUADRO 38

ACOMPANHAMENTO DAS MSE PELO JUIZADO DA INFÂNCIA E JUVENTUDE

SERVIÇOS DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS	SIM	NÃO	OCORRÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO			
			A CADA 2 MESES	A CADA 6 MESES	MENSAL	SEM INFORMAÇÃO
Acompanhamento e controle da execução de medida em meio aberto realizado pela Vara da Infância e Juventude.	92%	8%	18%	27%	42%	13%

Grande parte das respostas sobre a fragilidade do programa de Medidas Socioeducativas foi dada em razão do limitado desempenho da rede, os órgãos prestadores de serviços adolescentes. A dificuldade mais recorrente é não ter para onde encaminhar o adolescente, em função da insuficiência da rede socioassistencial de atendimento (inserção na escola, curso profissionalizante, tratamento de saúde, etc.). Não ter para onde encaminhar o adolescente acontece tanto nos municípios onde a demanda pelos serviços é pequena como nos municípios onde a demanda é maior. Soma-se a essas dificuldades, a falta de profissionais na Saúde, bem como na Assistência Social e na Educação. Ainda somado a isso, a morosidade dos trabalhos realizados pelo Ministério Público na conclusão dos relatórios e a falta de retorno de setores que requerem articulação, como a Saúde e a Educação. Comentam as entrevistadas que faltam “engajamento”, “delegação de responsabilidades” entre os órgãos e agentes e “ausência de articulação em rede”, indicando com isso que a fragilidade encontra-se na própria rede.

VEJAMOS EM SUAS EXPRESSÕES:

“Não tem um grande número de adolescentes e o pouco que tem acaba também não tendo para onde encaminhar.”

“Não tem curso profissionalizante e não tem profissionais na área da Assistência Social (AS), Saúde e Educação.”

“AS não tem retorno do trabalho de saúde e educação para os adolescentes em MSE, não se trabalha em rede, não há engajamento delegando as responsabilidades.”

“Fragilidade é a própria rede, saúde, educação. Muito difícil conseguir matrícula, para psicoterapia demora um ano.”

“Demora nas respostas do relatório de conclusão das MSE pelo MP.”

Quanto às fragilidades identificadas dentro da Secretária da Assistência Social, quer seja no CREAS, CRAS ou qualquer outro local onde o programa é executado no dia a dia, são mencionados o quadro reduzido de profissionais e as dificuldades enfrentadas na condução das famílias dos adolescentes em medida socioeducativa e no cumprimento dos objetivos do programa.

ALGUNS DOS COMENTÁRIOS MANIFESTOS:

“Poucos profissionais para trabalhar como a lei exige.”

“Falta de acompanhamento das famílias na execução das MSE, o adolescente não é apoiado no cumprimento das MSE.”

“(Fazer com que) O adolescente voltar (e) a estudar.”

Também foi perguntado às entrevistadas sobre as potencialidades identificadas na execução do programa de Medidas Socioeducativas. As respostas dividem-se em 2 grupos, aquelas cujas potencialidades estão na própria Secretária da Assistência Social, quer seja no CREAS, CRAS ou qualquer outro local onde o programa é executado; e, aquelas potencialidades que são identificadas na interação da Secretária da Assistência Social com a rede ou alguns órgãos do SGDCA. A maioria das respostas concentra-se no grupo das potencialidades que ocorrem na Secretária da Assistência Social. Destas respostas, uma parte considera que as potencialidades referem-se à equipe de recursos humanos da Secretária da Assistência Social e outra parte considera como potencialidades os resultados alcançados junto aos beneficiários.

VEJAMOS SUAS RESPOSTAS:

“Acolhimento da rede (AS), principalmente na questão de convivência familiar pela AS”.

“Os poucos funcionários têm muita vontade para executar as tarefas, realizar atividade esportiva na MSE.”

“Equipe do CREAS, psicólogos, assistentes sociais, trabalho impecável, vão muito além do que se propõem a fazer.”

“A família do adolescente aceita as orientações do CRAS-técnicos.”

“Os adolescentes têm cumprido a MSE... tem ocorrido a diminuição do descumprimento das MSE.”

“Aderência dos adolescentes à rede socioassistencial, onde se consegue bastante coisa, vínculo com a família que procura a equipe (AS) mesmo após cumprimento da MSE”.

As potencialidades identificadas, pelos entrevistados, na relação entre Assistência Social e alguns órgãos do SGDCA dão uma mostra dos resultados que podem trazer um trabalho realizado na totalidade da rede do SGDCA, visto que com poucos órgãos envolvidos no atendimento do adolescente já se consegue resultados bastante satisfatórios.

A SEGUIR, ALGUMAS DAS POTENCIALIDADES MENCIONADAS:

“Todos trabalhando (CREAS, MP, CT, Saúde) na mesma linha de atendimento.”

“Trabalho direto com CT atendendo todas as demandas.”

“As reuniões feitas entre CT, Judiciário, MP e AS para ajustes no atendimento.”

“Proximidade do trabalho entre PJ e CREAS e a adesão do adolescente no cumprimento da MSE.”

2) VIOLAÇÕES DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Quanto às situações de violações, 33% dos entrevistados da Assistência Social informaram que no município há presença de crianças e adolescentes em situação trabalho e 8% informaram a presença de crianças e adolescentes em situação de rua. Destas que estão em situação de exploração de trabalho infantil, predominam as ocorrências de trabalho para o tráfico de drogas (75%). Na sequência vem os trabalhos de venda na rua e emprego doméstico, cada um informado por 63% dos entrevistados. Já 50% fazem referência a presença de trabalhos realizados no comércio, como carregadores e entregadores de produtos, seguidos por outros 50% que informaram que os trabalhos são realizados na prostituição e 25% na agricultura. E ainda 13% de crianças e adolescentes praticam a mendicância nos municípios.

QUADRO 39

SITUAÇÕES DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES²⁰

SITUAÇÕES DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS EXISTENTES NO MUNICÍPIO	SIM	NÃO
Presença no Município de crianças e adolescentes em situação de rua.	8%	92%
Presença no Município de crianças e adolescentes em situação de trabalho.	33%	67%
EM CASO AFIRMATIVO, TIPOS DE TRABALHOS PRATICADOS:		
Trabalho de venda de produtos na rua.	63%	38%
Trabalho doméstico.	63%	38%
Trabalho de ajudante no comércio (feira livre, supermercado, lanchonete, etc.).	50%	50%
Trabalho na prostituição.	50%	50%
Trabalho no tráfico de drogas.	75%	25%
Trabalho na agricultura.	25%	75%
Outros (mesticância)	13%	88%

As situações mencionadas no quadro acima demandam um fluxo operacional de encaminhamentos, dos quais a Assistência Social é parte, assim como outros órgãos como o Conselho Tutelar, Ministério Público,

²⁰Dados colhidos durante a entrevista, segundo os respondentes.

Polícia Civil etc. Tendo em vista as violações de direitos e os serviços que demandam, foi solicitado aos entrevistados da Assistência Social a avaliação deste fluxo operacional, considerando o encaminhamento de uma criança ou adolescente pelo Conselho Tutelar. Deste conjunto de entrevistados, 41% fizeram avaliações positivas, distribuídas em satisfatório (32%) e bastante satisfatório (9%). Porém, outros 41% consideraram relativamente satisfatório e 18% insatisfatório o fluxo de atendimento à criança e ao adolescente.

QUADRO 40

AVALIAÇÃO DO FLUXO OPERACIONAL DE ENCAMINHAMENTOS DE CRIANÇA E ADOLESCENTE COM DIREITOS VIOLADOS

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	Qualidade do fluxo operacional do encaminhamento de uma CA pelo CT, desde o momento em que o CT recebe uma denúncia de violação de direitos de CA até seu encaminhamento, que pode envolver a Polícia Civil, o Ministério Público, o CREAS e outras instituições.
0 - INEXISTENTE/ TOTALMENTE DESESTRUTURADO	0%
1 – INSATISFATÓRIO/ POUCO ESTRUTURADO	18%
2 – RELATIVAMENTE SATISFATÓRIO/ RAZOÁVEL-MENTE ESTRUTURADO	41%
3 – SATISFATÓRIO/ ESTRUTURADO	32%
4 - BASTANTE SATISFATÓRIO/ PLENAMENTE ESTRUTURADO	9%

Para aqueles que na avaliação do fluxo de atendimento optaram entre 0 e 2 na escala, foi solicitado para comentar sobre as falhas nos encaminhamentos prestados às crianças e adolescentes. A quase totalidade das explicações girou em torno da rede de atendimento, envolvendo às vezes vários órgãos (Assistência Social, Polícia Civil, Polícia Militar, Saúde, Ministério Público e Conselho Tutelar) e às vezes dois ou três órgãos (Polícia Civil, Assistência Social e Conselho Tutelar). As falhas neste fluxo de atendimento foram explicadas em razão da falta de conhecimento das atribuições de cada agente e respectivos órgãos que compõem a rede, o que gera dificuldade na comunicação entre todos e na falta de agilidade de encaminhamento de adolescentes ao Sistema de Justiça.

3) SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes estão instalados em 58% dos municípios, na modalidade acolhimento institucional. Nas demais modalidades, somente estão implantados em um município.

QUADRO 41

MODALIDADES DE SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES MODALIDADES DE ACOLHIMENTO	SIM	NÃO
Serviço de acolhimento institucional.	58%	42%
Casa-Lar.	4%	96%
Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora.	4%	96%
República Jovem.	4%	96%
Outra modalidade sob controle do Poder Público.	4%	96%

Quanto aos serviços de acolhimento institucional foi perguntado se são elaborados o Projeto Político Pedagógico-PPP e o Plano Individual de atendimento-PIA e qual é a avaliação sobre a elaboração desses documentos.

O PPP é elaborado apenas em 33% dos serviços de acolhimento implantados, sendo que 50% deles não contam com esta ferramenta de planejamento. Daqueles 33% que elaboram o PPP, 37,5% avaliaram que sua elaboração é relativamente satisfatória, 25% consideram satisfatório e 37,5% não souberam avaliar a qualidade da elaboração do PPP.

No caso do PIA, ele é praticado em 92% dos órgãos de acolhimento e apenas em 8% este documento não é executado. Quanto à avaliação da execução do PIA, 41% o consideram relativamente satisfatório, 32% como satisfatório e 9% como bastante satisfatório e 18% não souberam avaliar.

QUADRO 42

ELABORAÇÃO DO PPP E PIA NOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO

SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA CAS	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Serviços de acolhimento elaboram e executam o PPP - Projeto Político Pedagógico.	33%	50%	17%
Serviços de acolhimento elaboram e executam o PIA.	92%	8%	0%

QUADRO 43

AVALIAÇÃO DO PPP E PIA NOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

AVALIAÇÃO DO PPP E PIA	SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO QUE ELABORAM O PPP - PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO.	SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO QUE ELABORAM O PIA – PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO.
0 - INEXISTENTE/ TOTALMENTE DESESTRUTURADO	0%	0%
1 – INSATIS-FATÓRIO/ POUCO ESTRUTURADO	0%	0%
2 – RELATIVAMENTE SATISFATÓRIO/ RAZOAVELMENTE ESTRUTURADO	37,5%	41%
3 - SATISFATÓRIO/ ESTRUTURADO	25%	32%
4 - BASTANTE SATISFATÓRIO/ PLENAMENTE ESTRUTURADO	0%	9%
NÃO SABE AVALIAR	37,5%	18%

CONSIDERAÇÕES

Os resultados das entrevistas realizadas com a AS trazem informações substanciais para

o aprimoramento do SGDCA e, por conseguinte podem contribuir para a superação das vulnerabilidades vividas por crianças e adolescentes.

Note-se que no caso das MSE, a principal fragilidade apontada é não ter para onde encaminhar o adolescente. Ou seja, não dispor de vagas em serviços já existentes e/ou não dispor de programas dirigidos para a adolescência no município. A essas condições somam-se a falta de profissionais nas áreas da Saúde, Assistência Social e Educação.

As falhas no fluxo do encaminhamento de crianças e adolescentes com direitos violados estão entre os órgãos e seus agentes prestadores dos serviços. Pois, não há conhecimento das funções e responsabilidades entre as partes executoras desses serviços, o que gera muitas vezes dificuldade na comunicação e atraso do fluxo no atendimento.

Para finalizarmos, chamamos a atenção para as potencialidades mencionadas pelas entrevistadas. Elas residem no campo dos profissionais da AS, pela dedicação na execução dos trabalhos, cujos resultados são observados na adesão dos adolescentes e de suas famílias na condução das MSE e outras orientações. As potencialidades residem também na realização do trabalho em rede (CREAS, MP, Saúde, CT, Judiciário) por meio de ações mais próximas e tendo em comum o atendimento das demandas dos adolescentes. Portanto, temos de um lado, que a ausência de uma rede (SGDCA) gera fragilidades e, por outro lado, a própria rede articulada com objetivos comuns aponta para as potencialidades.

POLÍCIA CIVIL

As entrevistas realizadas junto à Polícia Civil tiveram como objetivo conhecer quais são as condições locais desse órgão de segurança, para o atendimento e encaminhamento dos adolescentes, principalmente àqueles que são atribuídos atos infracionais. Desse modo, os resultados dessas entrevistas dividem-se em:

- Especialização para atendimentos de crianças e adolescentes;
- Dificuldades nos encaminhamentos de crianças e adolescentes;
- Registros dos crimes contra crianças e adolescentes e dos atos infracionais.

1) ESPECIALIZAÇÃO PARA ATENDIMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Aos entrevistados foi perguntado se há no município delegacia especializada nos encaminhamentos a serem feitos para os casos de ato infracional e crimes praticados com crianças e adolescentes. Os resultados no quadro abaixo apontam que a maioria dos municípios não possui delegacia especializada, nem para apuração de ato infracional (87%) e nem para apuração de crimes praticados com crianças e adolescentes (79%). Embora neste caso, dos crimes, a existência de delegacias especializadas seja maior (21%) que no caso da existência de delegacias especializadas na apuração de ato infracional (13%).

QUADRO 44 – DELEGACIAS ESPECIALIZADAS

POLÍCIA CIVIL	SIM	NÃO
Município dispõe de Delegacia de Polícia com especialização na apuração de ato infracional atribuído a adolescente.	13%	87%
Município dispõe de Delegacia de Polícia com especialização na apuração de crimes praticados com crianças e adolescentes.	21%	79%

Município (ou a Delegacia de Polícia) dispõe de integração das áreas envolvidas (Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social) para acautelamento, antes da sentença, de adolescente a quem se atribui ato infracional.	63%	37%
---	-----	-----

Apesar da falta de delegacias especializadas para encaminhamentos de processos que envolvam crianças e adolescentes, observa-se que a maioria dos municípios (96%) dispõe de integração operacional dos órgãos do Sistema de Justiça, da Segurança Pública e da Assistência Social para o atendimento do adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional. Além disso, em 63% dos municípios há integração das áreas para acautelamento antes da sentença, entre Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social, mas uma parte significativa dos municípios (38%) não dispõe dessa integração para acautelamento.

Mais da metade (55%) dos entrevistados avaliam positivamente a integração operacional para os casos de atos infracionais, 42% a consideram satisfatória e 13% bastante satisfatória. Há um percentual de 37% que a avaliam relativamente satisfatória. No sentido contrário, apenas 8% a classificam negativamente, sendo que 4% a consideram desestruturada e 4% insatisfatória.

QUADRO 45

INTEGRAÇÃO OPERACIONAL LOCAL PARA ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

POLÍCIA CIVIL		SIM		NÃO	
Município dispõe de integração operacional (Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social) para o atendimento do adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional.		96%		4%	
Em caso afirmativo, definição dessa integração operacional conforme escala.	0 - inexistente/ Totalmente desestruturado	1 - insatisfatório/ pouco estruturado	2 - relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	3 - satisfatório/ estruturado	4 - bastante satisfatório/ plenamente estruturado
	4%	4%	37%	42%	13%

2) DIFICULDADES NOS ENCAMINHAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Foram feitas duas perguntas abertas para os entrevistados da Polícia Civil referentes às dificuldades que encontram no encaminhamento de casos de crianças e de adolescentes, considerando os órgãos envolvidos nos encaminhamentos. Para o caso de crianças apreendidas, a quase totalidade dos respondentes afirmou que não há dificuldades e trata-se de casos muito raros. Quando há ocorrência, disse um entrevistado: “a criança só é encaminhada se for de fato o caso extremamente grave. São acionados o CT, os responsáveis e comunica o MP. Não faz BO criminal.”

Porém, nos encaminhamentos prestados ao adolescente, a quem se atribua autoria de ato infracional, considerando a recepção e apresentação dele ao Ministério Público e aos demais órgãos e/ou organizações envolvidas no fluxo do atendimento, as respostas dividiram-se em 2 grupos. Dos 24

entrevistados, 25% afirmaram que não têm nenhum tipo de dificuldade nesses encaminhamentos, mas todos os demais (75%) apontaram pelo menos uma dificuldade. Dentre estas, predominam as faltas de vagas no Núcleo de Atendimento Individual-NAI e Fundação Casa. As faltas de vagas no NAI geram, por sua vez, outras dificuldades enfrentadas nas delegacias. Há aquelas que mantêm os adolescentes na própria delegacia até sua apresentação ao MP, contudo, essas unidades não oferecem estrutura física condizente, como celas separadas para adolescentes, banheiros, alimentação, funcionários etc. No caso, de não ficarem com o adolescente na delegacia, a solução comentada por um dos entrevistados é a liberação dele, mesmo sendo grave o ato infracional. Outro respondente, afirmou que o adolescente é liberado, pelo juiz de plantão, para posterior apresentação.

AS FALAS A SEGUIR NOS DÃO MOSTRAS DESSAS DIFICULDADES:

“Não têm vagas (NAI), fica sujeito (adolescente) à liberação de vaga. Fica na delegacia sem estrutura e sem funcionário”.

“Em casos de ato infracional grave, não encontram vagas no NAI e acabam tendo que liberar o adolescente”.

“Ficam (adolescentes) na delegacia até 05 dias aguardando vaga na Fundação Casa. A cela não possui banheiro, não possuem funcionários para ficar este período acompanhando o adolescente e se não conseguem vaga, solta o adolescente, não tem colchão e alimentação”.

Outras dificuldades comentadas nas delegacias, ainda que em menor número, é quando não há plantão no Fórum, no período noturno, e a falta de profissionais e de veículo na condução do adolescente de um município para outro, além de outros fatores que aparecem nas relações entre Polícia Civil e NAI e/ou Fundação Casa.

VEJAMOS EM SUAS PRÓPRIAS EXPRESSÕES:

“Quando vão (condução do adolescente por policiais) até Santos, isso é um problema porque desguarnece a unidade de viatura, de agente. Atrapalha todo o trabalho. E a FC, às vezes, retarda a demora a acolher (o adolescente) e deixa policiais esperando. Às vezes não querem receber (o adolescente) porque o carimbo do médico está borrado”.

“Dificuldades no período noturno. Não tem como se comunicar com MP e no NAI não há vagas. Fica sujeito à liberação de vagas na delegacia.”

3) REGISTROS DOS CRIMES CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E DOS ATOS INFRACIONAIS

Os 2 quadros abaixo referem-se aos dados informados no momento da entrevista, tanto para os casos de atos infracionais como para os casos de crimes que vitimizaram crianças e adolescentes. Essa coleta de informações tem como objetivo apontar as maiores ocorrências de tipos de crimes e violações, segundo sexo, idade e reincidência, dentro de um mesmo período para a amostra dos 24²¹ municípios. Mas, desses 24, apenas nove municípios disponibilizaram as informações.

O quadro 34 traz informações, do período de 01/08/16 a 31/10/16, sobre os registros de atos infracionais, cujas autorias são atribuídas a adolescentes. Em geral, observa-se 06 (seis) atos infracionais equiparados aos crimes de furto, lesão corporal, tráfico de drogas, porte de entorpecente, crime de trânsito (falta de habilitação), apologia ao crime e ameaça.

Das ocorrências registradas, o ato infracional equiparado ao crime de furto, é o que mais se destaca, sendo a autoria atribuída à adolescente do sexo masculino, maioria com histórico de reincidência e idades predominante

²¹As delegacias dos municípios de Guarujá, Ribeirão Preto, Pontal, Guará, Salto, Lindóia, Estiva Gerbi, Socorro, Tambaú, Campina do Monte Alegre, Caieiras, Itapeçerica da Serra, Biritiba Mirim, Guarulhos e Juquitiba não informaram os dados dos quadros acima.

de 15 e 16 anos. Observa-se que no município de Cajobi foi registrada uma ocorrência de furto praticado por criança com 11 anos de idade. O município de Embaúba é o que mais registrou esse tipo de ocorrência.

Quanto aos demais registros, o ato infracional equiparado ao crime de lesão corporal, foi registrado nos municípios de Santa Cruz da Esperança e Santana da Ponte Pensa, destacando que as autorias foram atribuídas a adolescentes do sexo feminino e com idades de 16 e 17 anos. Os atos infracionais equiparados aos crimes de ameaça, foram registrados nos municípios de Gavião Peixoto e Santana da Ponte Pensa. Em seguida, destacam-se os atos infracionais equiparados aos crimes de tráfico de drogas e porte de drogas, com ocorrências nos municípios de Canas e Santa Cruz da Esperança, ao crime de trânsito e apologia ao crime, com registros de 01 (uma) ocorrência para cada um dos municípios de Cajobi e Embaúba.

Cumpra-se destacar que os atos infracionais informados têm em sua maioria autoria atribuída a adolescentes do sexo masculino e com idades de 16 e 17 anos e apenas a ocorrência de lesão corporal indica que a autoria é atribuída a adolescente do sexo feminino.

QUADRO 46

REGISTROS DE ATOS INFRACIONAIS COMETIDOS POR ADOLESCENTES NO PERÍODO DE 01/08/16 A 31/10/16.

MUNICÍPIOS ²²	DATA OCORRÊNCIA	SEXO	IDADE	TIPIFICAÇÃO	REINCIDÊNCIA SIM/NÃO
Canas	09/10/16	M	17	Tráfico de drogas	sim
Itaoca	sem casos no período	----	----	----	----
Cruzália	sem casos no período	----	----	----	----
Barão de Antonina	sem casos no período	----	----	----	----
Santa Cruz da Esperança.	30/08/16	M	16	Porte de entorpecente	Não
Santa Cruz da Esperança	26/10/16	F	16	Lesão corporal	Não
Santa Cruz da Esperança	26/10/16	F	16	Lesão corporal	Não
Cajobi	07/08/16	M	16	Crime de Trânsito (Falta de habilitação)	s/i
Cajobi	24/10/16	M	13	Furto	Sim
Cajobi	24/10/16	M	11	Furto	s/i
Embaúba	16/08/16	M	s/i	Furto	s/i
Embaúba	22/08/16	M	15	Furto	s/i
Embaúba	23/08/16	M	16	Furto	s/i
Embaúba	25/08/16	M	15	Furto	Sim
Embauba	01/09/16	M	16	Furto	s/i
Embaúba	13/09/16	M	16	Furto	s/i
Embaúba	15/09/16	M	15	Furto	Sim
Embaúba	16/09/16	M	15	Furto	Sim
Embaúba	17/09/18	M	16	Furto	Sim

²²Os municípios de Guarujá, Ribeirão Preto, Pontal, Guará, Salto, Lindóia, Estiva Gerbi, Socorro, Tambaú, Campina do Monte Alegre, Caieiras, Itapeverica da Serra, Biritiba Mirim, Guarulhos e Juquitiba não informaram os dados das tabelas acima.

Embaúba	20/09/16	M	16	Apologia ao crime	Sim
Embaúba	20/09/16	M	16	Furto	Sim
Gavião Peixoto	23/08/16	F	s/i	Ameaça	não
Gavião Peixoto	28/08/16	M	16	Porte de drogas	não
Santana da Ponte Pensa	12/09/16	M	13	Ameaça, Resistência	sim
Santana da Ponte Pensa	28/09/16	F	17	Lesão corporal	não

O registro de violações de direitos de crianças e adolescentes nos municípios destacados, conforme quadro abaixo, indica que a violência sexual e física de crianças e adolescentes do sexo feminino são preponderantes, sendo a violência sexual, estupro, o crime com o maior número de ocorrências, no período informado, ainda, as vítimas apresentam idades entre 09 e 14 anos. Em seguida destacam-se os crimes de violência física, lesão corporal, maus tratos e ameaça. Observa-se que do total de ocorrências, apenas o crime de lesão corporal, registrado em Santa Cruz da Esperança, tem como vítima adolescente do sexo masculino.

QUADRO 47

REGISTROS DE CRIMES, INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS OU IRREGULARIDADES QUE VITIMIZARAM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO PERÍODO DE 01/08/16 A 31/10/16

MUNICÍPIOS	DATA DA OCORRÊNCIA	SEXO	IDADE	TIPIFICAÇÃO	REINCIDÊNCIA SIM/NÃO
Canas	22/09/16	F	11	Violência Física	Não
Canas	12/10/16	M	16	Ameaça	Não
Canas	20/10/16	F	9	Estupro	Não
Itaoca	29/08/16	F	12	Agressão Física	Não
Itaoca	27/09/16	F	13	Estupro	Não
Cruzália	30/08/16	F	03	Maus tratos	Não
Cruzália	31/10/16	F	15	Ameaça	Não
Barão de Antonina	sem casos no período	sem casos no período	sem casos no período	sem casos no período	sem casos no período
Santa Cruz da Esperança	16/08/16	M	13	Lesão corporal	não
Santa Cruz da Esperança	01/10/16	F	13	Estupro	não
Cajobi	12/09/16	F	6	Lesão corporal	Não
Cajobi	26/09/16	F	14	Estupro de vulnerável	s/i
Cajobi	29/09/16	F	9	Lesão corporal	Não
Embauba	04/09/16	F	2	Maus tratos	s/i
Gavião Peixoto	29/01/16	F	6	Lesão corporal	Não
Santana da Ponte Pensa	28/09/16	F	17	Lesão corporal	Não

CONSIDERAÇÕES

Importante destacar que quando a ocorrência é registrada, os atores envolvidos encontram muitas dificuldades nos encaminhamentos a serem realizados, como: falta de vaga nas unidades (NAI e FC), transporte, ausência de plantões no Judiciário (horário noturno), espera e algumas burocracias no atendimento pela Fundação Casa, dentre outros.

Nos casos de violência contra a criança e adolescente é preponderante os crimes contra a pessoa, contra a vida, a integridade física e a dignidade sexual, destacando que as vítimas de sexo feminino são a maioria. E, ainda, demonstrando que a criança e o adolescente são na maioria dos casos vítimas dos crimes apontados como sendo os mais graves.

SISTEMA DE JUSTIÇA – SJ

Nos municípios onde foram realizadas as entrevistas, em uma parte deles o Fórum encontra-se instalado no mesmo local destes municípios. A outra parte de municípios, que não dispõe de Fórum, utiliza-o em outra comarca, localizado em outro município. Sendo assim, as entrevistas foram feitas em cada uma das 24 comarcas correspondentes aos municípios selecionados. O quadro abaixo apresenta os municípios selecionados e os respectivos Fóruns municipais.

QUADRO 48 MUNICÍPIOS E FÓRUNS

SISTEMA DE JUSTIÇA			
MUNICÍPIO	FÓRUM (LOCAL)	FÓRUM EM OUTRA COMARCA	
CAMPINA DE MONTE ALEGRE		X	ANGATUBA
ESTIVA GERBI		X	MOGI GUAÇU
LINDOIA		X	ÁGUAS DE LINDOIA
SALTO	X		
SOCORRO	X		
TAMBAÚ	X		
GUARÁ		X	
SANTANA DA PONTE PENSA		X	SANTA FÉ DO SUL
CAJOBÍ		X	OLÍMPIA
EMBAÚBA		X	OLÍMPIA
GAVIÃO PEIXOTO		X	ARARAQUARA
PONTAL	X		
RIBEIRÃO PRETO	X		
SANTA CRUZ DA ESPERANÇA		X	CAJURU
BARÃO DE ANTONINA		X	ITAPERANGA
CRUZÁLIA		X	MARACÁÍ
ITAOCA		X	APIAÍ
CANAS		X	LORENA
GUARUJÁ	X		
BIRITIBA		X	MOGI DAS CRUZES
CAIERAS		X	
GUARULHOS	X		
ITAPECERICA DA SERRA	X		
JUQUITIBA		X	ITAPECERICA DA SERRA

OS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS PROFISSIONAIS DOS FÓRUNS DIVIDEM-SE EM:

- Especialidades do próprio Fórum para os atendimentos de crianças e adolescentes;
- Relações de cooperação entre os serviços da Justiça e os Conselhos de Direitos e Tutelares;
- Registros de violações de direitos de crianças e adolescentes, registros dos atos infracionais e avaliação dos programas de atenção especial.

1) ESPECIALIDADES DOS FÓRUNS – EQUIPES INTERPROFISSIONAIS

Quanto ao tema, Justiça da Infância e Juventude, em especial, ao atendimento da criança e do adolescente por equipe interprofissional, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – ECA, dispõe nos artigos 145 e 150:

“Art. 145. Os estados e o Distrito Federal poderão criar varas especializadas e exclusivas da infância e da juventude, cabendo ao Poder Judiciário estabelecer sua proporcionalidade por número de habitantes, dotá-las de infraestrutura e dispor sobre o atendimento, inclusive em plantões.”

Ainda,

“Art. 150. Cabe ao Poder Judiciário, na elaboração de sua proposta orçamentária, prever recursos para manutenção de equipe interprofissional, destinada a assessorar a Justiça da Infância e da Juventude.”

Nesse sentido, a Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006, emitida pelo CONANDA, que dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, em especial, no Capítulo IV - Da Defesa Dos Direitos Humanos, estabelece a importância de ter no Sistema de Justiça (SJ) as especialidades na prestação de serviços para crianças e adolescentes.

Observa-se que a legislação indica a necessidade da especialização, da infraestrutura e da existência de plantões no Sistema de Justiça, para as questões referentes à criança e ao adolescente. Destacando a importância da equipe técnica composta por assistente social, psicólogo e educador. “A especialização dos profissionais é indispensável” (regra 22 das Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça, da Infância e da Juventude - Regras de Beijing).

A equipe técnica fornece, por meio de suas avaliações e pareceres, subsídios importantes para a decisão judicial, e, em consequência, exerce importante função na execução das medidas determinadas. No entanto, os Fóruns pesquisados ainda encontram-se distante do atendimento disposto nessa legislação, pois não estão equipados segundo as especializações para o atendimento aprimorado da criança e do adolescente, conforme demonstra o quadro 49.

Nota-se ainda que dos 6 itens que compõem o quadro, 4 apresentam deficiência em razão da falta de instâncias e equipes próprias especializadas em criança e adolescente. Na quase totalidade dos municípios (96%) não existe Vara Criminal, especializada no processamento e julgamento de crimes praticados contra crianças e adolescentes. Em 88% dos municípios não há Comissão Judicial de Adoção. E, em 75% não há Vara da Infância e Juventude e nem Defensoria Pública para questões das crianças e adolescentes.

Destacam-se, a presença de equipe interdisciplinar para subsidiar o Poder Judiciário em suas decisões relacionadas às crianças e aos adolescentes em 67% dos municípios e da presença da Promotoria da Infância e Juventude em 46% dos municípios, apesar de neste segundo caso não chegar a 50%.

QUADRO 49

ESPECIALIZAÇÕES EXISTENTES NOS FÓRUNS CONSULTADOS

COMPOSIÇÃO DO SISTEMA DE JUSTIÇA NO MUNICÍPIO	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Existência de Vara de Infância e Juventude.	25%	75%	0
Existência de Vara Criminal, especializada no processamento e julgamento de crimes praticados contra crianças e adolescentes.	4%	96%	0
Existência de Comissão Judicial de adoção.	8%	88%	4%
Existência de Promotoria da Infância e Juventude.	46%	54%	0
Existência de Defensoria Pública especializada para as questões das crianças e dos adolescentes.	21%	75%	4%
Existência de equipe interdisciplinar para subsidiar o Poder Judiciário em suas decisões relacionadas às crianças e aos adolescentes.	67%	33%	0

2) RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO ENTRE O FÓRUM E OS CONSELHOS DE DIREITOS E TUTELARES

Foi solicitado aos entrevistados para avaliarem as relações de cooperação entre o órgão da Justiça e os conselhos locais, CMDCA e CT. Nos dois casos, 25% consideram as relações relativamente satisfatórias. Mas nos demais itens de satisfação e insatisfação as avaliações feitas nos fóruns em relação ao CMDCA e CT divergem significativamente. Observe-se que 46% consideram as relações satisfatórias e bastante satisfatórias (8%) para o desenvolvimento dos trabalhos em conjunto entre o Fórum e o CT. A avaliação insatisfatória e inexistente obtiveram ambas 4%. Já, para o CMDCA, o percentual de satisfação diminuiu e o de insatisfação aumentou. Pois, apesar de 29% considerarem essas relações satisfatórias, 30% a avaliam como inexistentes (13%) e insatisfatórias (17%).

QUADRO 50

RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO ENTRE OS FÓRUNS E OS CMDCA E CT

RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO ENTRE ÓRGÃOS	0 - inexistente/ totalmente desestruturado	1 - insatisfatório/ pouco desestruturado	2 – relativamente satisfatório/ razoavelmente estruturado	3 - satisfatório/ estruturado	4 – bastante satisfatório/ plenamente estruturado	Sem Info.
Relações de cooperação entre o CMDCA e o Fórum	13%	17%	25%	29%	0%	16%

Relações de cooperação entre o CT e o Fórum.	4%	4%	25%	46%	8%	13%
--	----	----	-----	-----	----	-----

3) REGISTROS DOS ATOS INFRACIONAIS, REGISTROS DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E AVALIAÇÕES DOS PROGRAMAS DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA E DE ATENÇÃO ESPECIAL

QUADRO 51

REGISTROS DE ATOS INFRACIONAIS DE 01-08-2016 A 31-10-2016 22²³

MUNICÍPIO	DATA DO OCORRIDO	SEXO	IDADE	ATO INFRACIONAL EQUIPARADO AO CRIME DE:	REINCIDÊNCIA SIM/NÃO
PONTAL	03/08/16	M	16	Tráfico ilícito de entorpecente	sim
	05/08/16	M	17	Tráfico ilícito de entorpecente	não
	09/08/16	M	16	Tráfico ilícito de entorpecente	sim
	15/08/16	M	15	Tráfico ilícito de entorpecente	sim
	23/08/16	F	15	Vias de fato (agressão física – briga)	não
	23/08/16	F	15	Vias de fato (agressão física – briga)	sim
	23/08/16	F	12	Vias de fato (agressão física – briga)	sim
	27/08/16	M	15	Furto	não
	27/08/16	M	16	Tráfico ilícito de entorpecente	não
	04/09/16	M	17	Tráfico ilícito de entorpecente	sim
	09/09/16	M	15	Tráfico ilícito de entorpecente	sim
	11/09/16	M	15	Furto Qualificado	não
	19/09/16	M	15	Drogas para consumo pessoal	sim
	20/09/16	M	17	Tráfico ilícito de entorpecente	sim
	24/09/16	M	16	Tráfico ilícito de entorpecente	sim
27/09/16	M	15	Tráfico ilícito de entorpecente	não	

Observa-se que dos atos infracionais registrados no município de Pontal, no período informado, o ato infracional equiparado ao crime de tráfico ilícito de entorpecente, é o que mais se destaca, com registro de 10 (dez) ocorrências do total informado, sendo que 07 registros são casos de reincidência em 07.

A seguir, destaque-se o ato infracional equiparado ao crime “vias de fato”, que é caracterizado pela violência física, luta corporal, briga, sendo que a autoria de tais atos foram atribuídas a adolescentes do sexo feminino. Os atos infracionais equiparados aos crimes de Furto e Furto Qualificado, e uso de drogas, aparecem com registro de 01 (uma) ocorrência no período.

²³⁴²Os municípios de Guarujá, Ribeirão Preto, Pontal, Guará, Salto, Lindóia, Estiva Gerbi, Socorro, Tambaú, Campina do Monte Alegre, Caieiras, Itapeverica da Serra, Biritiba Mirim, Guarulhos e Juquitiba não informaram os dados das tabelas acima.

QUADRO 52**REGISTROS DE ATOS INFRACIONAIS DE 01-08-2016 A 31-10-2016²⁴**

MUNICÍPIO	DATA DO OCORRIDO	SEXO	IDADE	ATO INFRACIONAL EQUIPARADO AO CRIME DE:	REINCIDÊNCIA SIM/NÃO
LINDÓIA	02/08/16	M	15	Desacato	não
	02/08/16	M	13	Desacato	não
	04/08/16	M	16	Lesão corporal	não
	25/08/16	M	16	Ameaça	não
	03/09/16	F	17	Drogas para consumo pessoal	sim

Para o município de Lindóia, foram informados 05 (cinco) registros de atos infracionais, havendo 02 (dois) registros de ocorrência de ato infracional equiparado ao crime de desacato, 01 (uma) ocorrência de ato infracional equiparado ao crime de lesão corporal, 01 (uma) ocorrência de ato infracional equiparado ao crime de ameaça, e 01 (uma) ocorrência de ato infracional equiparado ao crime de uso de drogas. Observa-se que das ocorrências informadas apenas o ato infracional equiparado ao crime de uso de drogas tem sua autoria atribuída a adolescente do sexo feminino e com histórico de reincidência.

QUADRO 53**REGISTROS DE ATOS INFRACIONAIS DE 01-08-2016 A 31-10-2016**

MUNICÍPIO	DATA DO OCORRIDO	SEXO	IDADE	ATO INFRACIONAL EQUIPARADO AO CRIME DE:	REINCIDÊNCIA SIM/NÃO
CAIEIRAS	05/08/16	M	17	Crime de Transito	Não
	05/08/16	M	17	Crime de Transito	Não
	05/08/16	M	14	Crime de Transito	Não
	15/08/16	M	17	Furto	Não
	21/08/16	M	17	Roubo	Não
	21/08/16	M	17	Roubo	Não
	22/08/16	M	17	Crime de Transito	Não
	27/08/16	M	16	Tráfico ilícito de entorpecente	Sim
	29/08/16	M	17	Desacato	Não
	29/08/16	M	17	Desacato	Não
	29/08/16	F	17	Desacato	Não
	29/08/16	M	17	Desacato	Não
	11/09/16	M	17	Furto	Não
	13/09/16	M	15	Violência Doméstica	Não
	14/09/16	M	15	Tráfico ilícito de entorpecente	Sim
	14/09/16	M	17	Tráfico ilícito de entorpecente	Não
20/09/16	M	16	Tráfico ilícito de entorpecente	Não	
23/09/16	M	16	Lesão Corporal	Não	

²⁴Os municípios de Guarujá, Ribeirão Preto, Pontal, Guará, Salto, Lindóia, Estiva Gerbi, Socorro, Tambaú, Campina do Monte Alegre, Caieiras, Itapeçerica da Serra, Biritiba Mirim, Guarulhos e Juquitiba não informaram os dados das tabelas acima.

CAIEIRAS	23/09/16	F	16	Lesão Corporal	Não
	25/09/16	M	15	Furto	Não
	27/09/16	M	16	Crime de Trânsito	Não
	27/09/16	M	17	Tráfico ilícito de entorpecente	Não
	02/10/16	M	13	Violência Doméstica	Não
	02/10/16	M	17	Roubo	Não
	05/10/16	M	17	Ameaça	Não
	18/10/16	M	17	Porte de arma	Não
	19/10/16	M	17	Roubo	Não
	20/10/16	M	17	Tráfico ilícito de entorpecente	Sim

Conforme informação do município de Caieiras, foram registradas 28 (vinte e oito) ocorrências de atos infracionais, dos quais o ato infracional equiparado ao crime de tráfico ilícito de entorpecente, é o que mais se destaca, com registro de 06 (seis) ocorrências, apresentando 03 (três) casos de reincidência. Em seguida, aparece o crime de trânsito, com registro de 05 (cinco) ocorrências sem reincidências e os atos infracionais equiparados aos crimes de desacato, e roubo com registro de 04 (quatro) ocorrências e informando que os autores não são reincidentes. O ato infracional equiparado ao crime de Furto, tem registro de 03 (três) ocorrências, sendo que não são casos de reincidências. O ato infracional equiparado ao crime de lesão corporal, aparece com 02 (duas) ocorrências. Já os atos infracionais equiparados aos crimes de violência doméstica, ameaça, porte de arma, aparecem com registro de 01 (uma) ocorrência cada, não sendo casos de reincidências.

Quanto às medidas socioeducativas, a grande maioria dos municípios (88%) possui programa socioeducativo em meio aberto, tanto para prestação de serviços à comunidade como para liberdade assistida.

QUADRO 54 **PROGRAMAS DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS**

PROGRAMAS DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Existência de programa socioeducativo em meio aberto.	88%	0%	12%
Existência de programa socioeducativo em meio aberto de prestação de serviços à comunidade.	88%	0%	12%
Existência de programa socioeducativo em meio aberto de liberdade assistida.	88%	0%	12%
Existência de programa socioeducativo em meio fechado.	17%	71%	12%
Existência de programa socioeducativo em meio fechado de semiliberdade.	4%	83%	13%

AS FRAGILIDADES DOS PROGRAMAS DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS CONCENTRARAM-SE, SEGUNDO OS RESPONDENTES:

- Na falta de colaboração dos pais e dos adolescentes;
- Na falta de profissionais especializados na execução do programa de MSE; e
- Na falta de apoio e orientação a ser dada às famílias e aos adolescentes em cumprimento de MSE.

As 3 fragilidades citadas podem ser parte de um mesmo problema. Ou seja, são poucos os profissionais nos programas de MSE, possivelmente não conseguem atender a demanda das famílias, em esclarecer todo o processo, incluindo a importância da adesão delas no decorrer do cumprimento da MSE pelo filho. Com isso, as famílias e os adolescentes não conseguem acompanhar e apoiar todas as etapas da MSE.

NAS PALAVRAS DOS ENTREVISTADOS, AS PRINCIPAIS FRAGILIDADES:

“Talvez a principal dificuldade seja a falta de adesão do adolescente e o engajamento dos pais.”

“Falta de colaboração da própria família.”

“Falta de estrutura de apoio e integração, que abrange a família e o adolescente.”

“Falta instrução para a própria família, para que possa acompanhar e dar apoio ao adolescente.”

“Assistência Social não tem equipe específica para atendimento dos adolescentes em MSE.”

“Falta de recursos humanos especializados na AS.”

“Há apenas uma assistente social para todos os adolescentes.”

Quanto às potencialidades dos programas de MSE, poucos entrevistados responderam. A maioria não soube informar e optou por não responder. Daqueles que responderam, a quase totalidade das respostas sobre as potencialidades refere-se aos funcionários da Prefeitura, do CRAS ou do CREAS. Apesar da falta de recursos humanos e da deficiente infraestrutura para realização de seus trabalhos, esses funcionários são destacados pelo empenho que apresentam na condução dos serviços para a MSE.

TAMBÉM FORAM DESTACADOS POSITIVAMENTE OS SERVIÇOS PRESTADOS PELA FUNDAÇÃO CASA.

“A boa vontade de quem está lá (assistência social) executando o trabalho a duras penas.”

“Muito empenho dos profissionais e funcionários da Prefeitura.”

“A equipe de CRAS tem muito empenho, mesmo com a falta de estrutura no município.”

“A FC é modelo, não temos reclamação, relacionamento muito bom, fazem um atendimento muito bom.”

“FC tem boas atividades para os internos.”

O registro de violações de direitos de crianças e adolescentes nos municípios de Itaóca, Lindóia e Caieiras, conforme quadro abaixo, indica que a violência sexual é o crime com o maior número de ocorrências, no período informado. Observando que das 07 (sete) ocorrências, 06 (seis) são registros de abuso sexual, sendo a maioria das vítimas (04) do sexo feminino e idades entre 9 e 17 anos, demonstrando a magnitude da violência sexual de crianças e adolescentes.

QUADRO 55

REGISTROS DE CASOS DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

MUNICÍPIOS	DATA DA OCORRÊNCIA	SEXO	IDADE	TIPIFICAÇÃO	REINCIDÊNCIA SIM/NÃO
ITAOCA	29/08/16	F	12	Lesão corporal	Não
LINDOIA	09/08/16	M	17	Abuso sexual	Não

CAIEIRAS	09/08/16	M	15	Abuso sexual	Não
CAIEIRAS	13/08/16	F	7	Abuso sexual	Não
CAIEIRAS	18/08/16	F	6	Abuso sexual	Não
CAIEIRAS	22/08/16	F	9	Abuso sexual	Não

Para o enfrentamento dos casos de violações de direitos de crianças e adolescentes, foi perguntado se as ações dos programas da rede de proteção especial são suficientes. Apenas 21% dos entrevistados afirmaram que sim, enquanto que 42% afirmaram que não e 25% informaram que aquelas ações e programas são parcialmente suficientes.

QUADRO 56

AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PROTEÇÃO ESPECIAL

REGISTRO DOS CASOS DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO SJ	SIM	PARCIALMENTE	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Ações dos programas da rede de proteção especial são suficientes para enfrentar as violações sofridas pelas crianças e adolescente.	21%	25%	42%	12%

Para aqueles que responderam que os programas “não” são suficientes (42%) e que os programas são “parcialmente” suficientes (25%) para o enfrentamento das violações sofridas pelas crianças e adolescentes, foi solicitado para justificar o motivo dessas avaliações. As respostas concentram-se, em sua maioria, em 2 grupos: pela falta de programas locais e pela falta de profissionais técnicos na execução dos programas.

NAS PALAVRAS DOS ENTREVISTADOS:

“Porque os programas da rede são insuficientes. porque existem muitas crianças.”

“Falta de infraestrutura... não possuem convênios com organizações civis.”

“Porque eles (AS) não têm nada para atendimento. Tem apenas o CT e o CRAS. Não tem nada na Proteção Especial.”

“Falta profissionais técnicos, pois o quadro é insuficiente para o trabalho a ser desenvolvido por eles.”

CONSIDERAÇÕES

O resultado das entrevistas realizadas com os profissionais dos Fóruns mostra que, apesar de 75% dos municípios pesquisados possuírem Vara da Infância e da Juventude, o Sistema de Justiça ainda não atende às disposições, quanto às garantias e procedimentos para o atendimento desse público.

Sabemos que o eixo da defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes é caracterizado pela garantia do acesso à justiça e mecanismos jurídicos de proteção legal dos direitos humanos, gerais e especiais, da infância e da adolescência. E que, para assegurar esses direitos é necessária a atuação especializada e articulação dos órgãos que compõem este eixo.

Nesse sentido, conforme dispõe a Resolução 113 do CONANDA, o Poder Judiciário, o Ministério Público, as Defensorias Públicas e a Segurança Pública devem garantir a exclusividade, especialização e regionalização dos seus órgãos e de suas ações, garantindo a criação, implementação e fortalecimento de seus órgãos e equipes.

Quanto aos registros de atos infracionais praticados por adolescentes, é importante destacar que a maior parte deles refere-se ao ato infracional equiparado ao crime de tráfico ilícito de entorpecente, tipificado no artigo 33 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Ainda, quase a totalidade dos registros tem a autoria atribuída à adolescentes do sexo masculino.

Na avaliação do Programa de Medida Socioeducativa destacou-se a falta de estrutura e de profissionais para o atendimento dos adolescentes e de seus familiares, no entanto, quanto aos profissionais que atuam, o empenho e dedicação foram potencialidades destacadas.

Quanto aos registros de violações de direitos de crianças e adolescentes e avaliação dos programas de atenção especial, infelizmente, mais uma vez, foi demonstrado que a violência sexual contra crianças e adolescentes é o crime com o maior número de ocorrência, observando que as vítimas de sexo feminino são a maioria e, ainda, que os programas da rede de proteção especial são insuficientes para o atendimento da demanda existente nos municípios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório os avanços da legislação brasileira em relação aos direitos humanos de crianças e adolescentes, mas a realidade é permeada por lacunas que comprometem a garantia e a efetivação desses direitos, em especial, a garantia da proteção integral prevista no ECA.

O SGDCA tem a finalidade de promover, defender e controlar a efetivação integral de todos os direitos da criança e do adolescente. Trata-se de um sistema estratégico, para além de um sistema de atendimento, complexo em sua estruturação, que deve promover ações que viabilizem a prioridade do atendimento em qualquer situação, mas, conforme demonstrado, ainda estamos longe de sua efetivação.

Sabemos da importância da atuação de uma rede de atendimento que integre esse Sistema de Garantia de Direitos, sem o qual, crianças e adolescentes ficam suscetíveis às condições de vidas adversas.

Constatamos ao longo da exposição dos dados, que não são todos os conselhos (de direito e tutelares) e demais órgãos entrevistados que se mostram ineficientes na forma de atuar, mas uma parte sim.

Como demonstrado, o Sistema se mostra fragilizado na estrutura de atendimento das crianças e adolescentes que requerem os mais variados tipos de atendimento, e, sobretudo para aqueles que sofrem violência sexual, se encontram em situação de trabalho e fazem uso de álcool e drogas. Destacamos mais uma vez, alguns dos principais problemas comentados na exposição dos resultados: faltam programas na saúde, assistência e educação; faltam profissionais para atender as necessidades específicas de cada idade; faltam vagas no NAI e FC; falhas nos fluxos de atendimento pela falta de conhecimento das partes envolvidas e pela falta de profissionais e programas; planos municipais de combate às violações (violência sexual, trabalho infantil) e dos planos socioeducativos e de promoção, proteção e defesa dos direitos não são elaborados; há ausência de instrumentos de planejamento (Planos de Ação, Plurianual etc.); infraestrutura precária nos CT e delegacias; a rede SGD encontra-se pouco articulada; há denúncias sobre a atuação de conselheiras(os) tutelares; e, os órgãos da justiça e da segurança não garantem exclusividade e especialização no atendimento de crianças e adolescentes.

Portanto, os resultados das entrevistas nos informam que o aprimoramento do SGDCA passa por todos os órgãos, mas requer primeiramente que as crianças e adolescentes sejam prioridade número um, tanto para o Sistema como para seus agentes.

Temos como desafio o exercício desses direitos para à efetivação do paradigma da proteção integral, prevista no

ECA. Para tanto, os esforços devem ser no sentido da formulação de políticas públicas, práticas de vivências, interação e integração com a rede, superação de desafios e, em especial, a implantação e/ou implementação das disposições previstas na Resolução 113, de 19 de abril de 2006 do CONANDA, que dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Baixo peso ao nascer no Brasil: revisão sistemática de estudos baseados no sistema de informações sobre nascidos vivos, Dixis Figueroa Pedraza, Revista de Atenção à Saúde, v. 12, nº 41, jul./set. 2014, p.37-50.

BRASIL. CONANDA –

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 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. Disponível em: <http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-113.pdf>.

BRASIL. CONANDA –

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 119, de 11 de dezembro de 2006 - Dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências. Disponível em: <http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-119.pdf>.

BRASIL. CONANDA –

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 105, de 15 de junho de 2005 - Dispõe sobre os Parâmetros para Criação e Funcionamento dos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-105.pdf>

BRASIL. CONANDA –

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 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. Disponível em: <http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-113.pdf>.

Conhecer para transformar: Guia para Diagnóstico e Planejamento da Política Municipal de Proteção Integral das Crianças e Adolescentes / [organizador Fábio Ribas Junior... et al.]. — São Paulo: Fundação Telefônica, 2011.

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).

Desafios para o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente: perspectiva dos Conselhos Tutelares e de Direitos / [organizadores Jorge Kayano e Juliana Lordello Sícoli; autoras Abigail Silvestre Torres, Luciana Ferreira Tatagiba, Rosemary Ferreira de Souza Pereira]. — São Paulo: Instituto Pólis, 2009.

Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em

Itaúna, Minas Gerais, autores Eliete Albano de Azevedo Guimarães 1 Gustavo Velásquez-Meléndez , Rev.bras. saúde matern. infant., Recife, 2 (3): 283-290, set. - dez., 2002.

Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado, coordenado por Munir Cury).

<http://fundacaotelefonica.org.br/promenino/trabalhoinfantil/promenino-ecacomentario/eca-comentado-artigo-150livro-2-tema-justica-da-infancia-e-da-juventude> - consulta em 29/10/2017.

FIOCRUZ.

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/37244>. Acesso em 15 de junho de 2017.

Gestação na adolescência no município de São Paulo, autores Eliana de Aquino Bonilha, Denise Machado Barbuscia, Eneida Sanches Ramos Vico, Marina de Freitas, Suely Miya Shiraishi Rollemberg Albuquerque , Boletim Eletrônico CEInfo , março, 2015, ano 6, no.2
Guimarães, E.A.de A. et al, 2002; Mendes, C.Q.de S. et al, M.M.F.G., 2015.

Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Brasília, 1990.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS), 2004. Brasília, 2005.

Crianças Indígenas. Disponível em: <http://www.a12.com/noticias/detalhes/clovis-bouffleur-fala-sobre-a-preocupacao-com-as-criancas-indigenas>

DATASUS.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>: Acesso em 21 de junho de 2017

Índice de Gini.

http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28&Itemid=23. Acesso em 16 de junho de 2017.

Índice de Gini da renda domiciliar per capita – São Paulo. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginisp.def>. Acesso em 6 de setembro de 2017.

Mortalidade Infantil. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-16-mil-criancas-morrem-diariamente-revela-novo-relatorio-sobre-mortalidade-infantil1>. Acesso em 21 de julho de 2017.

Mortalidade Infantil. Disponível em: <http://brasilecola.uol.com.br/brasil/mortalidade-infantil-no-brasil.htm>. Acesso em 20 de junho de 2017.

Mortalidade Infantil. <http://www.valor.com.br/brasil/4794309/mortalidade-infantil-e-menor-em-11-anos-aponta-ibge>. Acesso em 6 de setembro de 2017.

Ministério Público do Estado de São Paulo, Guia Prático: O direito de todos à educação - Diálogo com os Promotores de Justiça do Estado de SP, 2012. Disponível: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/home/banco_imagens/livdefictre270511_07062011.pdf.
ONU, UNICEF, 2012, p.11; GREGORI, Filomena, 2000.

População Indígena. Os indígenas no Censo Demográfico 2010 - Disponível em: www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf
<http://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>. Acesso em 05 de setembro de 2017.

Redução da mortalidade infantil – Meta da ONU –
<http://www.portalfederativo.gov.br/noticias/destaques/meta-da-onu-de-reduzir-a-mortalidade-infantil-e-superada-em-niveis-nacional-e-municipais>. Acesso em 6 de setembro de 2017.

Presidência da República. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm.

Protection and promotion of the rights of children working and/or living on the street, UNICEF, Aviva, 2011. Disponível em: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/Study/OHCHRBrochureStreetChildren.pdf>.

Relatório (Índice de Vulnerabilidade Juvenil à violência e desigualdade racial, 2014). Disponível em: http://www.unesco.org/new/pt/brasil/about-this-office/single-view/news/new_index_shows_vulnerability_of_youth_violence_in_brazil.

Saneamento é Saúde. <http://www.tratabrasil.org.br>. Acesso em 15 de junho de 2017.

Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010.

Sistema da Saúde – SUS. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9518-siasi>. Acesso em 5 de setembro de 2017.

Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/mortalidade-infantil/>: acesso em 21-06-2017

UNESCO, 2010, p. 293, Políticas Sociais para o Desenvolvimento
REGRAS MÍNIMAS DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ADMINISTRAÇÃO
DA JUSTIÇA, DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE
(REGRAS DE BEIJING) - http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex47.htm - consulta em 29/10/2017.

População Total - IBGE 2016 - <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/estimapop/tabelas>

População de 0 a 19 anos (%) - <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/estimapop/tabelas>

População Indígena com percentuais das CAs - IBGE 2010 - <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-caracteristicas-gerais-dos-indigenas>

Abastecimento de Água - <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Atendimento de esgoto sanitário - <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Serviço de coleta de lixo - <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Participação da Agropecuária - <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Participação dos Serviços - <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Participação da Indústria - <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Rendimento Médio do Total de Empregos Formais (R\$) - <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Crianças e adolescentes em situação de extrema pobreza de 0 a 17 anos (%) - <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/tabelas/index.php#>

Índice de Gini – IBGE, 1991, 2000 e 2010 <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/series-temporais/series-temporais/> (1991/2000)

<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/amostra-trabalho-e-rendimento> (2010)

Taxa de Mortalidade Infantil (< de 1 ano) - <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Taxa de Mortalidade na Infância (< de 5 anos) - <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Nascimentos de Baixo Peso - <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Mães Adolescentes (com menos de 18 anos) - <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Trabalho Infantil por faixa etária - IBGE 2010 -

<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/amostra-trabalho-infantil>

Distorção idade-série, anos finais do EF - (INEP, 2016) - <http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>

Distorção Idade-Série/Total Ensino Médio - (INEP: 2016) -<http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>

Crianças com Deficiência Fora da Escola – Faixa Etária de 5 a 9 anos -(%)<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/amostra-caracteristicas-gerais-da-populacao-religiao-e-deficiencia>

Crianças e Adolescentes com Deficiência Fora da Escola – Faixa Etária de 10 a 14 anos (%) -<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/amostra-caracteristicas-gerais-da-populacao-religiao-e-deficiencia>

Crianças e Adolescentes com Deficiência Fora da Escola – Faixa Etária de 0 a 4 anos (%) -<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/amostra-caracteristicas-gerais-da-populacao-religiao-e-deficiencia>

Crianças e Adolescentes com Deficiência Fora da Escola – Faixa Etária de 15 a 19 anos -<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/amostra-caracteristicas-gerais-da-populacao-religiao-e-deficiencia>

PBF - Beneficiários do PBF de 0 a 17 anos (%) (elaborado a partir dos dados de população de 0 a 17 anos (IBGE) e o total de beneficiários desta faixa etária do PBF (MDS) <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/tabelas/index.php#>

Beneficiários do BPC de 0 a 18 anos, em relação às crianças e adolescentes com deficiência (%) - informação compartilhada pela SEDS com base no sistema do MDS