

# Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul



2018 - 2028

**Governo do Rio Grande do Sul  
Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho,  
Justiça e Direitos Humanos**

**Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do  
Adolescente do Rio Grande do Sul- 2018-2028**

**Porto Alegre, julho de 2018**

## **Capa e ilustrações**

**Comitê de Participação de Adolescentes (CPA) do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDICA)**

Flávia Gabriela Trindade Pocai

Júlia Silva de Almeida

Luciano Matheus Simões

Maicon Wiliam Camargo Winck

Renata Wagner

**Assessoria de Comunicação da Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos**

Jaquelline Titello da Silva

**Governo do Rio Grande do Sul**

José Ivo Sartori

**Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos**

Maria Helena Sartori

**Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão**

Josué de Souza Barbosa

**Secretaria de Estado da Educação**

Ronald Krummenauer

**Secretaria Estadual da Saúde**

Francisco Antônio Zancan Paz

**Secretaria da Segurança Pública**

Cezar Augusto Schirmer

**Secretaria da Cultura, Turismo, Esporte e Lazer**

Victor Hugo Alves da Silva

**Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDICA/RS**

Lúcia Flesch

**Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Rio Grande do Sul – FASE**

Robson Luis Zinn

**Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul – FUNDAÇÃO PROTEÇÃO**

José Luis Barbosa Gonçalves

**Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e Pessoas com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul – FADERS**

Roque Noli Bakof

## **Comissão Intersetorial responsável pela elaboração técnica do PDDHCA RS 2018-2028**

### **Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos**

Adriana Costa de Souza – Coordenadora de Políticas para a Criança e o Adolescente em 2016

Maria da Graça Gomes Paiva - Coordenadora de Políticas para a Criança e o Adolescente em 2017

Juçara Lucilia Caovilla Vendrusculo - Coordenadora de Políticas para a Criança e o Adolescente em 2018

Juliana Assis de Azevedo

Mariele Aparecida Diotti

Laurene Paim Cardoso

Gabriela Alberton Pestano

Rodrigo Miliszewski Dichuta (revisão)

### **Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão**

Fernanda Costa Corezola

Silvia Leticia Lorenzetti

### **Secretaria de Estado da Educação**

Andrea Silva de Fraga

Mara Maria Valandro

### **Secretaria Estadual da Saúde**

Ana Luiza Tonietto Lovato

Carolina de Vasconcellos Drügg

Fulvia Helena Campoprese Schuster

Rosângela Barbiani

### **Secretaria da Segurança Pública**

Sonia Maria Dall'Igna

### **Secretaria da Cultura, Turismo, Esporte e Lazer**

Leoveral Soares

### **Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDICA/RS**

Marta Nileni Alves Gomes (Presidente 2016)

Lúcia Flesch (Presidente 2017)

Lisiane Costa dos Santos

Neusa Maria Brasil

### **Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Rio Grande do Sul – FASE**

Eliane Teresinha Monbach

Fernanda Ascolese de Lima

### **Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul – FUNDAÇÃO PROTEÇÃO**

Ariane Rey Konzen

Vitiana Witt

### **Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e Pessoas com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul –**

## **FADERS**

Eloide Marconi

Kaici Marcondes de Carvalho

### **Assessoria Técnica da Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser**

Rafael Bernardini Santos (Coordenação, Organização, Redação, Tabulação e Revisão)

Carina Ribas Furstenau (Organização, Redação, Tabulação e Revisão)

Marcos Vinício Wink Junior (Redação, Tabulação e Revisão)

Marilene Dias Bandeira (Redação, Tabulação e Revisão)

Marilyn Agranonik (Redação, Tabulação e Revisão)

Renan Xavier Cortes (Redação, Tabulação e Revisão)

Lívio Luiz Soares de Oliveira (Redação e Revisão)

André Luiz Leite Chaves (Revisão)

Thomas Hyeono Kang (Revisão)

## **Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul – CEDICA RS**

### **Composição no ato da aprovação do Plano Decenal – 26/06/2018**

Lúcia Flesch – presidente

Mara Maria Valandro – Vice-presidente

### **Representantes Governamentais**

#### **BM – Brigada Militar**

Clarisse Heck

Cinthia Rachel da Silva Drews

#### **DPE – Defensoria Pública do Estado**

Jonas Scain Faremzena

Francielle Bertani

#### **FADERS - Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e Pessoas com Altas Habilidades no RS**

Eloide Marconi

Kaici Marcondes de Carvalho

#### **FASE – Fundação de Atendimento Sócio Educativo**

Marta Nileni Alves Gomes

Uilian da Cunha Barra

#### **FPE – Fundação de Proteção Especial**

Elisandra Nunes Moreira

Janaína Fontes de Oliveira

#### **Polícia Civil – DECA**

Sonia Maria Dall'Igna

Ivonete Carvalho

#### **PGE – Procuradoria Geral do Estado**

Josiana Dourado Castro

Elisa Berton Eidt

#### **SDSTJDH – Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos**

Juçara Lucília Caovilla Vendrusculo

Irany Bernardes de Souza

#### **SEDACTEL – Secretaria da Cultura, Turismo, Esporte e Lazer**

Fernanda Makvitz Rieger

Denise Raquel Gress

**SEDUC – Secretaria de Educação**

Mara Maria Valandro  
Iara Terezinha Rodrigues de Almeida

**SES – Secretaria Estadual da Saúde**

Rosângela Machado Moreira  
Luciane de Almeida Pujol

**Representantes não-governamentais**

**AMENCAR – Associação de Apoio à Criança e do Adolescente**

Charles Roberto Pranke – Titular  
Nélio Schneider – Suplente

**ACPM – Federação das Associações e Círculos de Pais e Mestres do RS**

Marco Antônio Rodrigues Paschoal – Titular  
Elser Ernani Pedroso Quintana – Suplente

**FEAPAES - Federação das APAES do RS**

Vinicius Garcia Culasso - Titular  
Marcelo da Silva - Suplente

**FERGS – Federação Espírita do RS**

Vera Teixeira Leite Borges - Titular  
Eraci Pacheco de Souza - Titular

**ILEM - Instituto Leonardo Murialdo**

Edilene Souza Santos - Titular  
Valmir Chiarello - Suplente

**OAB – Ordem dos Advogados do Brasil/ Conselho Seccional do RS**

Letícia da Silva Magalhães - Titular  
Andrea Teixeira da Rosa - Suplente

**PACRI – Pastoral da Criança do RS**

Bernadete Perinazzo - Titular  
Patrícia Gautério Dias - Suplente

**Pastoral do Menor – CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil  
Regional Sul 3**

Mariza Silveira Alberton - Titular  
Eloi Gallon - Suplente

**SEC - Sociedade Educação e Caridade**

Maria Bernardete Macarini – Titular  
Cristiane Laurentino Lessa - Suplente



**UBEA – União Brasileira de Educação e Assistência**

Lisiane Costa dos Santos - Titular

Luciano da Rosa Barrachini - Suplente

**USBEE – União Sul Brasileira de Educação e Ensino**

Lúcia Flesch - Titular

Carlos Alberto Mariani - Suplente

## **Créditos**

### **Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos**

Equipe Técnica de apoio à elaboração do Plano Decenal

Juçara L. Caovilla Vandrúsculo

Juliana Assis de Azevedo

Mariele Aparecida Diotti

Rodrigo Miliszewski Dichuta

## **Lista de siglas**

ACONTURS – Associação dos Conselheiros e Ex-Conselheiros Tutelares do Rio Grande do Sul  
CCDH – Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul  
CEDICA/RS - Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente  
CIPAVE – Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Violência Escolar  
CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente  
COREDE – Conselho Regional de Desenvolvimento  
DECA – Departamento Estadual da Criança e do Adolescente  
DPE - Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul  
DOE – Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul  
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente  
FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar Menor  
FEE - Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser  
FDCA - Fórum Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do RS  
FECA - Fundo Estadual da Criança e do Adolescente  
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor  
MPE – Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul  
OCA - Orçamento da Criança e Adolescente  
PDDHCA RS - Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente do Estado do Rio Grande do Sul 2018-2028  
PEE - Plano Estadual de Educação  
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil  
PJ – Poder Judiciário  
PL – Projeto de Lei Estadual  
PPA -Plano Plurianual  
PROCERGS - Companhia de Processamento de Dados do Estado do Rio Grande do Sul  
SDSTJDH – Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos do Rio Grande do Sul  
SES – Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul  
SEDUC – Secretaria Estadual de Educação do Rio Grande do Sul  
SEPLAN – Secretaria de Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional  
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo  
SISPLAG - Sistema de Elaboração, Acompanhamento e Revisão do PPA  
SPGG – Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do Rio Grande do Sul  
SSP - Secretaria Estadual da Segurança Pública  
SUAS – Sistema único de Assistência Social

## Sumário

Lista de siglas.....	11
Sumário.....	12
Apresentação.....	15
Introdução.....	17
1 Marco histórico e legal das políticas para crianças e adolescentes.....	20
1.1 Do fim do Século XX à Doutrina da Situação Irregular.....	20
1.2 O Advento da Doutrina da Proteção Integral e o Estatuto da Criança e do Adolescente.....	22
1.3 O Rio Grande do Sul e o cenário pós Estatuto da Criança e do Adolescente.....	25
2 Metodologia da elaboração do Plano Estadual.....	29
2.1 A Participação de crianças e adolescentes na construção do Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente do RS.....	38
2.1.1 Organização do trabalho:.....	40
3 Princípios, Eixos, Diretrizes e Objetivos Estratégicos.....	44
3.1 Princípios da Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes.....	44
3.2 Eixos, Diretrizes e Objetivos Estratégicos do Plano Estadual.....	46
3.2.1 EIXO 1 – Promoção dos direitos de crianças e adolescentes.....	46
3.2.2 EIXO 2 - Proteção e defesa dos direitos.....	49
3.2.3 EIXO 3 – Protagonismo e participação de crianças e adolescentes.....	52
3.2.4 EIXO 4 – Controle social da efetivação dos direitos.....	52
3.2.5 EIXO 5 – Gestão da política estadual dos direitos humanos de crianças e adolescentes e do Plano Decenal dos Direitos Humanos das Crianças e Adolescentes do Rio Grande do Sul.....	53
4 Diagnóstico da Situação das Crianças e Adolescentes no Rio Grande do Sul.....	56
4.1 Introdução.....	56
4.2 Demografia e Renda.....	57
4.2.1 População do Rio Grande do Sul.....	58
4.2.2 Pobreza e Vulnerabilidade.....	76
4.3 Saúde.....	81
4.3.1 Perfil epidemiológico.....	82
4.3.2 Morbidade.....	90

4.3.3	Mortalidade .....	101
4.3.4	Rede de Atenção Psicossocial .....	135
4.4	Educação .....	142
4.4.1	Taxa Bruta de Matrícula.....	142
4.4.2	Taxa Líquida de Matrícula .....	143
4.4.3	Matrículas na Educação Especial.....	144
4.4.4	Alunos por Turma .....	145
4.4.5	Taxa de Distorção Idade-Série/Taxa de Abandono .....	146
4.4.6	Formação dos Professores.....	147
4.4.7	Infraestrutura Escolar.....	149
4.4.8	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb).....	149
4.4.9	Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) .....	150
4.4.10	Cursos Profissionalizantes.....	152
4.5	Segurança.....	153
4.5.1	Homicídios envolvendo Crianças e Adolescentes .....	154
4.5.2	Delegacias Especializadas para Crianças e Adolescentes.....	162
4.5.3	Crianças e Adolescentes Desaparecidos .....	163
4.5.4	Crianças em Presídios Femininos com a Mãe.....	164
4.5.5	Crianças e Adolescentes Protegidos pelo Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM).....	165
4.6	Socioeducação .....	166
4.7	Violação de Direitos .....	191
4.7.1	Notificações Compulsórias .....	192
4.7.2	Registros Mensais de Atendimento (CREAS).....	209
4.7.3	Trabalho Infantil .....	215
4.8	Acolhimento Institucional .....	219
4.9	Protagonismo e Participação de Adolescentes.....	230
4.10	Considerações Finais.....	234
5	Plano de Ações .....	240
5.1	Eixo 1 – Promoção dos direitos de crianças e adolescentes .....	240
5.2	Eixo 2 - Proteção e defesa dos direitos.....	256
5.3	Eixo 3 - Protagonismo e participação de crianças e adolescentes ....	286
5.4	Eixo 4 - Controle social da efetivação dos direitos.....	282

5.5 Eixo 5 - Gestão da política estadual dos direitos humanos de crianças e adolescentes e do Plano Decenal dos Direitos Humanos das Crianças e Adolescentes do Rio Grande do Sul .....	285
6 Sistema de gestão, monitoramento e avaliação.....	296
6.1 Sistema de gestão .....	296
6.1.1 Estrutura de gestão, funções e sistemática de funcionamento .....	300
6.1. 2 Monitoramento e avaliação do PDDHCA RS .....	304
Referências .....	307

## **Apresentação**

O Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul (PDDHCA RS) constitui-se em um documento político-institucional, de natureza interfederativa, intersetorial e transversal que agrega, na sua formulação e implementação, órgãos governamentais com diferentes especificidades e missões institucionais e organizações da sociedade civil rio-grandense.

Na sua essência, representa a consolidação de uma política intersetorial de longo prazo, na qual o eixo central são os direitos humanos de crianças e de adolescentes – uma iniciativa pioneira em nosso Estado.

Este documento tem como finalidade subsidiar a implementação de políticas públicas que efetivamente garantam os direitos humanos de crianças e adolescentes no que se refere à melhoria da qualidade de vida desta população – para os próximos dez anos; ou seja, de 2018 a 2028 – o que irá demandar das futuras gestões estaduais e municipais a adequação nas metodologias e nos mecanismos de planejamento de ações finalísticas com foco nesta temática.

A Resolução nº 152/2016 do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDICA), que segue a diretriz nacional do CONANDA, formaliza a “*delegação de competências para discussão, elaboração, acompanhamento e deliberação do PDDHCA*” e subsidia o Decreto nº 53.139/2016, que institui a Comissão Intersetorial, responsável pela elaboração do PDDHCA RS, composta por representantes de diversos órgãos e instituições da atual Administração Pública Estadual (Secretarias e Fundações).

A Comissão iniciou suas reuniões em agosto de 2016 e estabeleceu uma agenda de trabalho que foi reestruturada a partir de março de 2017, sob nova coordenação, com um cronograma que incluiu, além das reuniões ordinárias quinzenais, a organização e realização de três oficinas que antecederam o chamamento público para sua apresentação formal e posterior aprovação pelo CEDICA. A primeira oficina, em 11 e 12 de julho de 2017, foi de imersão, com duração de dois dias para o primeiro alinhamento das ações. A segunda, realizada no dia 27 de setembro de 2017, foi de escuta qualificada

das crianças e adolescentes entre 10 e 17 anos sobre suas necessidades e demandas para serem incluídas no documento. A terceira oficina, que ocorreu em 6 de outubro de 2017, teve como foco a apresentação e consulta sobre a versão preliminar de todo o documento junto aos órgãos e entes da sociedade civil que compõem o Sistema de Garantias de Direitos das Crianças e Adolescentes para uma nova escuta qualificada sobre sugestões/alterações a serem incluídas ao texto.

O PDDHCA RS está organizado em seis capítulos: Marco Legal e Normativo; Metodologia, Princípios, Eixos Norteadores; Diretrizes e Objetivos Estratégicos; Diagnóstico da Situação das Crianças e dos Adolescentes no Rio Grande do Sul; Plano de Ações; Sistema de Gestão, Monitoramento e Avaliação. No total, são 13 diretrizes que foram agrupadas em cinco grandes eixos temáticos.

O diagnóstico da situação das crianças e dos adolescentes em nosso Estado foi o mapeamento social proposto pelo Departamento de Direitos Humanos e Cidadania (DDHC) da Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos (SDSTJDH), tendo como parceiro a Fundação Estadual de Economia e Estatística (FEE). A Coordenadoria de Políticas para a Criança e o Adolescente do DDHC ficou responsável pela Coordenação da Comissão Intersetorial, desde a sua constituição até a finalização de todas as etapas de elaboração do atual Plano.

O pioneirismo desta proposta irá não só possibilitar a delimitação das principais questões a serem enfrentadas pelo Estado e pela sociedade sul-riograndense nos próximos dez anos, como também – e, principalmente – consolidar programas, projetos e ações intersetoriais com foco na garantia da efetivação dos direitos humanos de crianças e adolescentes gaúchos.



## Introdução

O Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e de Adolescentes do Estado do Rio Grande do Sul 2018-2028 (PDDHCA RS) foi elaborado em consonância com a Resolução nº 171/2014 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que estabeleceu os *“parâmetros para discussão, formulação e deliberação dos planos decenais dos direitos humanos de crianças e adolescentes de âmbito estadual, distrital e municipal, em conformidade com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e com os eixos e objetivos estratégicos do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes”*.

Aprovado em assembleia do CONANDA no mês de abril de 2011, o Plano Decenal Nacional prevê as diretrizes da Política Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente para os próximos dez anos no Brasil, orienta e cobra do poder público, no âmbito federal, a implementação de políticas que efetivamente garantam os direitos desta parcela da população. Esse Plano é estruturado em 13 diretrizes, agrupadas em cinco eixos temáticos. Cada diretriz possui objetivos estratégicos específicos, num total de 55, que servem de base para a seleção das políticas orçamentárias em nível federal.

Seguindo a diretriz Nacional, o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul (CEDICA/RS) publicou a Resolução nº 152/2016, que *“dispõe sobre delegação de competências para discussão, elaboração, acompanhamento e deliberação do Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente para o Estado do Rio Grande do Sul”*, aqui denominado PDDHCA RS 2018-2028. A efetiva construção do Plano Estadual só teve início com a publicação do Decreto nº 53.139, de 19 de julho de 2016, que instituiu a Comissão Intersetorial, composta por representantes de diversos órgãos e instituições da Administração Pública Estadual e destinada à elaboração do Plano.

Assim como no Plano Nacional, o grande desafio na elaboração do Plano Estadual foi contemplar, em um único documento, o marco situacional e as medidas que deem conta de promover os direitos de crianças e adolescentes, levando em consideração as diversidades desse grupo da

população no âmbito de todo o estado e as respectivas políticas e ações a ele destinadas.

Todo o processo de elaboração do Plano foi realizado pelos representantes dos órgãos e entidades indicados no Decreto Estadual e por servidores da Fundação de Economia e Estatística (FEE), em paralelo às demais atividades sob sua responsabilidade e sem a participação de consultorias especializadas, o que representou outro grande desafio para dar conta da amplitude, da complexidade e da profundidade que o documento requeria. Por esse motivo, e também para respeitar todas as competências previstas na Resolução nº 171/2014 do CONANDA, diversos ajustes no cronograma e no plano de trabalho inicial foram necessários. Entre essas competências destacam-se: a participação efetiva de crianças e adolescentes e dos órgãos e entidades integrantes do Sistema de Garantia de Direitos no processo final de discussão e elaboração do plano decenal; a realização de diagnóstico da situação local referente à promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente; e a submissão da minuta do plano decenal à consulta pública.

A base estratégica do PDDHCA RS é a mesma estruturada para o Plano Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, com adequações associadas às especificidades do Rio Grande do Sul. A essa estrutura (composta por Eixos, Diretrizes e Objetivos Estratégicos já definidos) foram associadas muitas das ações previstas nos planos setoriais e temáticos do Estado que se relacionam à política da infância e adolescência. Simultaneamente, foram analisadas, entre essas ações, quais delas já estavam previstas nos Programas e Ações do Plano Plurianual (PPA) vigente.

Muitas das ações previstas no Plano são decorrentes de políticas e programas nacionais com os quais o governo federal já tem responsabilidade. Desta forma, os órgãos federais responsáveis por estas políticas não estão relacionados no Plano de Ações, tendo em vista a responsabilidade da execução do Plano que é da esfera estadual. Todavia a plena e efetiva implementação deste plano requer esforço de articulação do governo estadual com os demais entes, municípios e União, para assegurar e qualificar as ações. Da mesma forma, as organizações da sociedade civil não estão relacionadas como responsáveis, porém o governo estadual reconhece a importância do seu papel e necessária parceria para a viabilização da

execução e do controle social do Plano. Além disso, dada a complexidade institucional deste Plano, é imprescindível que os outros Poderes, Judiciário e Legislativo, e Ministério Público, tanto na esfera federal quanto estadual, sejam envolvidos e tornem-se corresponsáveis na implementação das ações em âmbito estadual e local.

Para contemplar a participação efetiva de crianças e adolescentes e de integrantes do Sistema de Garantia de Direitos, foram realizadas três ações: Seminário Estadual para apresentar e debater a minuta do Plano elaborado pela Comissão Intersetorial; Oficina com outros órgãos públicos do Poder Judiciário, Poder Legislativo e outras instituições da sociedade civil e Oficina com Crianças e Adolescentes para colher sugestões e propostas ao Plano; e, por último, Consulta Pública virtual da minuta do Plano, já incorporando as revisões a partir do Seminário e da Oficina.

Assim, o documento ora apresentado é resultado desse processo de pesquisa e construção coletiva da política estadual da criança e do adolescente no Rio Grande do Sul para os próximos dez anos. Endossando o que já foi referido na introdução do documento nacional, objetiva-se que o Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul *“também se constitua em plano articulador de várias políticas setoriais, fortalecendo os postulados da universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos”*.

O PDDHCA RS está organizado em seis capítulos, além desta Introdução: Marco Legal e Normativo; Metodologia; Princípios, Eixos Norteadores, Diretrizes e Objetivos Estratégicos; Diagnóstico da Situação das Crianças e Adolescentes no Rio Grande do Sul; Plano de Ações; e Sistema de Gestão, Monitoramento e Avaliação.

## 1. MARCO HISTÓRICO E LEGAL DAS POLÍTICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O conceito de criança e adolescente e as legislações destinadas a este público sofreram inúmeras e profundas transformações ao longo da história do Brasil. Conforme RIZZINI, *“da criança, vista de forma difusa em meio à grande família e aos adultos, no século XIX e meados do XX, para a criança e ao adolescente, percebidos como protagonistas e detentores de direitos, na passagem dos séculos XX para o XXI, pode-se dizer que diversos paradigmas foram rompidos”* (RIZZINI, 2002, p. 3).

### 1.1. Do fim do Século XIX à Doutrina da Situação Irregular

No período do Brasil Império, o termo “menor” era utilizado para delimitar o limite de idade para responsabilização penal da população infanto-juvenil, estabelecido pelo Código Penal de 1830 como 14 anos. Os menores de idade eram divididos entre *“filhos de família”* ou *“órfãos”* (LODOÑO, 1991, p. 130-131). Para estes últimos foram estabelecidas algumas medidas específicas, de caráter essencialmente assistencial, oficializadas por meio de Decretos, cuja execução ficava ao encargo de instituições religiosas, subsidiadas pelos cofres públicos (RIZZINI, 2002, p.11).

São desse período também as primeiras leis que tratam *“da regulamentação do ensino primário e secundário, como, por exemplo, os Decretos N. 630, de 17 de setembro de 1851 e n. 1331-A, de 17 de fevereiro de 1854”*. O artigo 64 do Decreto 1854 estabelece *“a obrigatoriedade de ensino para todos os meninos maiores de 7 anos sem impedimento físico e moral”*. A pobreza não constituía impedimento para o acesso à escola. Entretanto, os meninos doentes e os escravos não podiam ser admitidos (RIZZINI, 2002, p.12-13).

Contudo, no fim do século XIX, paralelamente ao advento das leis abolicionistas e do Brasil República, a percepção social no que se refere às crianças teve significativas transformações. Passaram a se tornar objeto de responsabilidade e preocupação por parte do Governo e, também, de médicos higienistas.

Foi nesse contexto que se deu o aparecimento da categoria social *“menor”*, relacionada à parcela da população infanto-juvenil em situação de

pobreza e abandono moral e/ou material. Essa categorização da infância permeou a legislação e as políticas da área até a década de 1980. Assim, a palavra “menor” indicava uma parcela específica da infância e da juventude brasileira: os filhos das famílias pobres. Para o “*menor*”, de forma distinta do restante da população juvenil, criou-se uma série de estruturas de atendimento vinculadas à assistência social.

A partir de 1927, com a inauguração do primeiro estabelecimento público de atendimento aos “*menores*”, no Rio de Janeiro, e com a criação do primeiro Código de Menores da América Latina, pelo Juiz de Menor Mello Mattos, a intervenção do Estado em relação à infância e à adolescência no Brasil passou a ser mais efetiva. As ações desse período mantinham foco especial no controle social da pobreza.

Com o avanço do centralismo do Estado assistencialista, especialmente durante o período do Estado Novo, as iniciativas privadas, até então hegemônicas, foram gradativamente sendo substituídas pelos serviços públicos de atendimento. No Rio de Janeiro, em 1941, foi criada a primeira organização pública em nível nacional, para implementação de uma política de atendimento ao menor, o Serviço de Assistência a Menores (SAM). No Rio Grande do Sul, em 1945, por meio do Decreto nº 890, foi criado o Serviço Social do Menor (SESME/RS) que encampou todas as Instituições vinculadas à Sociedade Humanitária Padre Cacique, como o Asilo Santa Teresa, o de Mendicidade e o São Joaquim (RIO GRANDE DO SUL, 2002). Em 1964, o SESME/RS foi substituído pelo Departamento de Assistência Social (DEPAS).

Nesse mesmo ano, em nível nacional, foi criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), órgão federal que substituiu o SAM. Embora instituída já no contexto das diretrizes da Declaração dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 1959, na prática, a FUNABEM foi criada no espírito da Doutrina da Segurança Nacional, com rígidos códigos de disciplina dentro dos internatos.

A FUNABEM preconizava um novo modelo de atendimento, centralizando a política de assistência ao menor em nível nacional, com a aplicação de suas diretrizes nos Estados por meio das Fundações Estaduais (FEBEMs). No Rio Grande do Sul, a FEBEM/RS foi criada através da Lei nº 5.147 de 17 de janeiro de 1969, em substituição e herdando a estrutura do

DEPAS. O prédio do Asilo São Joaquim foi transformado em sede administrativa da FEBEM/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Em termos de legislação, o Código de Menores de 1979 (Lei 6.667, de 10 de outubro de 1979) consolidou a doutrina jurídica da Situação Irregular, abrangendo os menores privados das condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, vítimas de maus tratos, em perigo moral, privados da presença de pais ou responsáveis, com desvio de conduta ou por prática de infração penal (RIZZINI, 2002, p.71).

O cenário político vivido nessa época influenciou o aprofundamento e a consolidação de um movimento que levou a grandes alterações paradigmáticas na concepção das políticas voltadas a este público. Segundo RIZZINI (2002), universalmente, considerando que todas as determinações foram acordadas em convenções internacionais pelos países signatários, os indivíduos foram inseridos no paradigma de direitos humanos, que norteou os movimentos sociais e as mudanças na legislação a partir da redemocratização.

## **1.2. O Advento da Doutrina da Proteção Integral e o Estatuto da Criança e do Adolescente**

As concepções relativas à infância e à adolescência começaram a sofrer modificações a partir das convenções internacionais sobre o tema, as quais apontavam para a Doutrina da Proteção Integral. Pela primeira vez na nossa história, crianças e adolescentes foram considerados sujeitos de direitos e, por estarem em condição peculiar de desenvolvimento, mercedores de prioridade absoluta.

No Brasil, a Constituição de 1988 retrata essa mudança de concepção no artigo 227, definindo que

é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, 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 a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Esse artigo foi regulamentado pela Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), estabelecendo um novo paradigma: crianças e adolescentes, de menores em

situação irregular, passaram à condição de cidadãos, com os mesmos direitos e com a condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, garantindo-lhes proteção especial e integral.

O ECA definiu uma nova concepção, organização e gestão das políticas para infância e adolescência, preconizando a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização da atenção direta, da articulação dos diferentes segmentos da sociedade, das diferentes políticas e da participação popular no processo decisório e de gerenciamento das ações. Instituiu o Sistema de Garantia e Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGPDCA), que

incorpora tanto os direitos universais de todas as crianças e adolescentes brasileiros quanto à proteção especial para aqueles que foram ameaçados ou já tiveram seus direitos violados. Do ponto de vista organizacional, o sistema prevê a integração de um conjunto de atores, instrumentos e institucionalidades com atribuições definidas no ECA. No tocante à gestão, o SGPDCA se orienta pelo pacto federativo, com atribuições descentralizadas e definidas aos três entes governamentais, e pelo princípio da participação social, com a instituição de espaços de diálogos, os conselhos de direitos, para deliberação de políticas com a participação da sociedade civil. Dessa forma, para a efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes, são fundamentais o diálogo e a interlocução entre o SGPDCA, o Sistema de Justiça e de Segurança Pública e os demais sistemas de políticas públicas, como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outros (BRASIL, 2016).

Nesse cenário, surgem os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos Tutelares, que são órgãos centrais do sistema de garantia de direitos. Os Conselhos de Direitos são instâncias de deliberação e controle da política de atendimento a esse segmento da população nos três níveis de atuação – municipal, estadual e nacional. Enquanto que os Conselhos Tutelares, em atuação municipalizada, permanente e autônoma, são encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos na lei, conforme prevê o ECA.

Em nível nacional, a Lei nº 8.242/1991 criou o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). No mesmo ano, foi lançado o Pacto pela Infância, pelo fim da violência e melhor qualidade do ensino. Em 1994, aconteceu a primeira Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, tendo como temas centrais o processo de implementação do ECA e a implementação do Pacto pela Infância (BRASIL, 2016, p.7).

Na perspectiva de dar efetividade aos princípios da integração e da intersectorialidade entre as políticas públicas previstos na Constituição, no ECA e no SGPDCA, gradativamente foram sendo criadas leis, planos e serviços, especialmente nas áreas de saúde, educação e assistência social, buscando a universalização do acesso e a garantia dos direitos assegurados em lei. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, com a ampliação do acesso à atenção básica, teve impacto significativo sobre a situação de saúde de crianças e adolescentes em todo o país.

Na área da educação, em 1993, foi apresentado o Plano Decenal de Educação para Todos, cuja concepção e objetivos foram incorporados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), aprovada em 1996. A LDB foi alterada em 2007, por meio da Lei nº 11.527, e passou a determinar “*a inclusão obrigatória, no currículo do ensino fundamental, de conteúdos que tratem dos direitos das crianças e dos adolescentes, tendo o ECA como diretriz*” (BRASIL, 2016, p.51).

No ano de 2008, foi instituída a Política Nacional de Educação Especial, na perspectiva da Educação Inclusiva, orientando o desenvolvimento de sistemas escolares mais inclusivos e tolerantes à diversidade humana e reforçando o papel da escola na superação da lógica da exclusão. Em 2014, por meio da Lei nº 13.005 foi aprovado o Plano Nacional de Educação, que define os objetivos e metas para o ensino em todos os níveis para o período de 2014 a 2024.

No âmbito da Assistência Social, no ano de 1993, foi promulgada a Lei Orgânica de Assistência Social, que trazia entre seus objetivos primeiros a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e o amparo às crianças e adolescentes carentes. Já o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), instituído pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004, foi regulamentado em 2011, com a aprovação da Lei nº 12.435, modificando a Lei Orgânica da Assistência Social. O SUAS está organizado na perspectiva de um sistema público que organiza os serviços de assistência social no País, com um modelo de gestão participativa, descentralizada e não contributiva, padronizando a oferta dos serviços socioassistenciais de forma continuada e universal.

No tocante aos adolescentes em conflito com a lei, o Estatuto da Criança e do Adolescente introduziu uma legislação processual especializada no âmbito



da Justiça da Infância e Juventude. Em 2012, por meio da Lei nº 12.594, foi instituído o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), que determina as competências da União, Estados e Municípios na execução das Medidas Socioeducativas de Meio Aberto e de Privação e Restrição de Liberdade. Também regulamenta as atribuições do Sistema de Justiça e das políticas setoriais básicas (Assistência Social, Saúde, Educação, Cultura, entre outras) no atendimento aos adolescentes que cometeram atos infracionais, na perspectiva do Sistema de Garantia de Direitos.

Em 2014, por meio da Resolução nº 18 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), foram estabelecidos novos critérios de cofinanciamento federal para a execução das medidas socioeducativas em meio aberto,

*dispondo também sobre diretrizes e competências dos entes federados, para o fortalecimento e a consolidação da articulação entre o Sistema Único de Assistência Social – SUAS e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE (BRASIL, 2016, p.110).*

### **1.3. O Rio Grande do Sul no cenário pós Estatuto da Criança e do Adolescente**

No Rio Grande do Sul, os primeiros anos da década de 1990 foram de apropriação da nova legislação e de início das ações, visando à especialização do atendimento a crianças e adolescentes. Em 11 de janeiro de 1991, por meio da Lei nº 6.787, o município de Porto Alegre instituiu a política de atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente, estabelecendo o Fórum Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Conselho Tutelar e o Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente como órgãos e instrumento da política de atendimento dos Direitos da Criança no município. Com isso, Porto Alegre foi a primeira capital brasileira a implantar o Conselho Tutelar, que efetivamente entrou em funcionamento a partir de agosto de 1992 (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 1991; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2005).

Em âmbito estadual, no mês de fevereiro de 1993, a Lei nº 9.831 instituiu o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente e autorizou a criação do Fundo para a Criança e o Adolescente, sendo atualizada

pela Lei nº 12.484 de 2006. Já a Lei nº 13.906, de janeiro de 2012, estabeleceu as condições mínimas para as atividades dos Conselhos Tutelares no Rio Grande do Sul.

Ainda como parte do processo de adequação à nova legislação, também em 1993, por meio da Lei Estadual nº 9.896, foram criados 10 Juizados Regionais da Infância e Juventude, tendo como sede os municípios de Porto Alegre, Caxias do Sul, Santa Maria, Novo Hamburgo, Osório, Santa Cruz do Sul, Passo Fundo, Pelotas, Santo Ângelo e Uruguaiana.

A Resolução nº 01/94 do CEDICA/RS definiu a política de atendimento ao adolescente privado de liberdade, determinando como competência do *“Poder Executivo Estadual criar, instalar e manter os programas de atendimento em regime de internação e de semiliberdade, destinados ao atendimento do adolescente autor de ato infracional, privado de liberdade”*. Também dispõe sobre a instalação desses programas, devendo ser de forma regionalizada nos municípios sede dos Juizados da Infância e Juventude.

Nesse período, a FEBEM–RS iniciou as primeiras ações de reordenamento,

alguns institutos passam a atender exclusivamente os adolescentes autores de ato infracional, encaminhados pelo Juizado da Infância e da Juventude, enquanto outros passam a atender exclusivamente crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social encaminhados pelos recém criados Conselhos Tutelares e também pelos Juizados da Infância e da Juventude (JARDIM e SHUCH, 1999).

O processo de reordenamento seguiu com a municipalização dos abrigos de acolhimento e o início da regionalização do atendimento para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de privação de liberdade. Foram construídas seis novas unidades de internação nos municípios de Porto Alegre, Caxias do Sul, Santo Ângelo, Santa Maria, Pelotas e Uruguaiana. Todas essas unidades foram inauguradas em 1998.

Somente em dezembro de 1999, ocorreu a separação administrativa entre a área de proteção especial (abrigos de acolhimento) e a área do ato infracional. Já a efetivação do processo de reordenamento institucional ocorreu em 28 de maio de 2002, por meio da Lei Estadual nº 11.800, que dispõe sobre a execução de medidas socioeducativas de internação e de semiliberdade e autorizou a criar a Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul. A partir daquele momento, estava extinta a FEBEM/RS, sendo a Fundação de

Atendimento Socioeducativo (FASE), regulamentada pelo Decreto nº 41.664, de 06 de junho de 2002, herdeira das suas estruturas físicas e de recursos humanos e responsável pela execução das medidas socioeducativas de internação e semiliberdade aplicadas pelos Juízes da Infância e Juventude a adolescentes autores de atos infracionais.

Neste mesmo ano, em continuidade ao processo de regionalização do atendimento socioeducativo, foi inaugurado, com nova concepção arquitetônica, o Centro de Atendimento Socioeducativo de Passo Fundo. Também foi publicado o Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e Semiliberdade do Rio Grande do Sul (PEMSEIS). Em 2004, foi inaugurado o Centro de Atendimento Socioeducativo de Novo Hamburgo.

Em janeiro de 2009, por meio da Lei Estadual nº 13.122, foi instituído o Programa RS Socioeducativo, com a *“finalidade de auxiliar a inserção familiar, educacional, sanitária, profissional, cultural, esportiva e ocupacional do adolescente e do jovem adulto”*, autorizando o poder executivo *“a criar e a regulamentar a prestação de apoio financeiro aos adolescentes e aos jovens adultos egressos das medidas privativas de liberdade, de internação e de semiliberdade”*. A norma foi atualizada, em agosto de 2013, pela Lei nº 14.228, passando a denominar-se Programa de Oportunidades e Direitos (POD) Socioeducativo.

Na área da Segurança Pública, a Lei Estadual nº 10.994, de 18 de agosto de 1997 (atualizada pela Lei nº 14.768, de 23 de novembro de 2015), instituiu o Departamento Estadual da Criança e do Adolescente (DECA), regulamentado pelo Decreto Estadual nº 41.049, de 17 de setembro de 2001. Conforme o art. 1º do Decreto supramencionado, compete ao DECA:

coordenar, fiscalizar, executar e supervisionar as atividades de polícia judiciária e de investigações no território do Estado do Rio Grande do Sul, referentes aos atos infracionais praticados por adolescentes, bem como apurar as infrações penais em que estes e crianças sejam sujeitos passivos de delitos, providenciando no auxílio e encaminhamento previstos na legislação própria e possibilitando o efetivo entrosamento entre os órgãos e entidades ligadas à proteção da criança e do adolescente, de acordo com o que estabelece a Lei Federal nº 8.069/90 (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p.21-22).

No mesmo ano, por meio do Decreto nº 41.049/2001, foram criadas Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente em cidades do interior do Estado, a fim de apurar os atos infracionais atribuídos a adolescentes na forma

da legislação própria, ocorridos em sua circunscrição, bem como apurar as infrações penais em que a criança e/ou o adolescente sejam vítimas. As Delegacias previstas nesse Decreto estão localizadas nos municípios de Cachoeira do Sul, Canoas, Carazinho, Caxias do Sul, Passo Fundo, Pelotas, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santo Ângelo, São Luiz Gonzaga, Vacaria e Uruguaiana, estando subordinadas técnica e operacionalmente ao DECA (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p.21-22).

A Lei nº 11.642, de junho de 2001, estabeleceu o dia 17 de maio como o dia Estadual de luta contra a violência e a exploração sexual de crianças e adolescentes. Em 2005, a Lei nº 12.296 instituiu o Programa Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil, voltado ao desenvolvimento de ações articuladas, intersetoriais e descentralizadas destinadas ao implemento de atividades preventivas e de assistência especializada dirigidas a crianças, adolescentes e famílias vítimas de violência sexual infanto-juvenil. Complementarmente, a Lei nº 14.747 criou o Comitê Permanente de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no Estado do Rio Grande do Sul.

Na questão da primeira infância, no ano de 2003, foi criado o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), regulamentado pela Lei nº 12.544, de 2006. O PIM tem a finalidade de *“promover o desenvolvimento integral da criança, desde a gestação até os cinco anos de idade”* – a partir de sua cultura e experiências – *“com ênfase na faixa etária de zero a três anos”*, o que complementa a ação *“da família e da comunidade”*. Estabelecia que o Programa seria implementado pelo Estado, em parceria com os municípios ou organizações não-governamentais. A Lei nº 14.594, de agosto de 2014, introduziu modificações no PIM. Especificamente para as crianças menores de um ano, a Lei nº 13.996/2012 instituiu o dia 21 de junho como de prevenção à morte súbita em crianças menores de um ano de idade e a campanha de redução da mortalidade infantil.

Na perspectiva de fortalecer ações conjuntas e preventivas de segurança nos ambientes escolares, já no ano 2000, a Lei nº 11.444 criou a campanha estadual permanente de combate à violência nas instituições de ensino, públicas e privadas do Estado. Também com o objetivo, entre outros, de reduzir a violência nos espaços escolares, a Lei nº 13.474, de 2010, trata sobre o combate da prática de *bullying* por instituições de ensino e de educação

infantil, públicas e privadas. Já a Lei nº 14.030, de 26 de junho de 2012, dispõe sobre as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Violência Escolar – CIPAVE – no âmbito da rede de ensino público estadual do Rio Grande do Sul.

Em junho de 2015, a Lei nº 14.705 instituiu o Plano Estadual de Educação (PEE), em cumprimento ao Plano Nacional de Educação (Lei Federal nº 13.005/2014), com vigência de 10 anos, prevendo as metas a serem cumpridas pelo Estado e municípios, que deverão atuar em regime de colaboração visando ao alcance das metas e à implementação das estratégias objeto deste Plano.

Quanto à adoção, a Lei Estadual nº 14.699, de 2015, constitui a autoridade central no Rio Grande do Sul para fins de adoção, composta por seis membros: o Corregedor Geral de Justiça, um Juiz-Corregedor, dois Desembargadores, um membro do Ministério Público e um Membro da Defensoria Pública.

No ano de 2016, por meio da Lei nº 14.842, foi instituída a Política Estadual de Direitos Humanos e Assistência a Filhos de Pais Privados de Liberdade ou submetidos à medida socioeducativa de internação nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta política engloba serviços de Saúde, Assistência Social, Educação, Segurança Pública, Justiça e Direitos Humanos, sendo oferecida por meio da rede de serviços públicos já instalada.

## **2. METODOLOGIA DA ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL**

A construção do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e de Adolescentes do Estado do Rio Grande do Sul (PDDHCA RS) teve início com a publicação do Decreto nº 53.139, de 19 de julho de 2016, que instituiu a Comissão Intersetorial destinada à elaboração do Plano.

O PDDHCA RS é um plano interinstitucional, intersetorial, com participação e controle social, interfederativo e de execução no longo prazo.

Trata-se de um plano interinstitucional porque agrega na sua formulação e implementação órgãos governamentais com diferentes especificidades e missões institucionais e instituições da sociedade civil. É intersetorial porque envolve áreas como saúde, educação, assistência social, justiça e direitos humanos, segurança, segurança alimentar, entre outras, que requerem,

obrigatoriamente, a identificação e o estabelecimento de conexões e interfaces entre suas ações e dimensões. É um plano que requer ampla participação e controle social porque a sociedade brasileira e as numerosas organizações sociais envolvidas com os direitos das crianças e adolescentes exigem transparência nas decisões e efetividade das políticas públicas relacionadas a estes segmentos. A característica interfederativa está tanto na sua conexão com o Plano Nacional e as instituições federais que compartilham atribuições para atender aos direitos das crianças e adolescentes no Brasil, quanto em muitas interfaces e interdependência dos municípios que são executores de muitas políticas e programas contidos no Plano Estadual. A cooperação federativa deve se traduzir em um compromisso de parceria formal de todos os entes federados para identificar situações de descumprimento dos direitos, assim como para resolver muitos problemas que requerem uma ação em rede. E, por fim, este é um plano de longo prazo, de dez anos, porque os resultados esperados não são observados no curto prazo e obrigam a uma adequação nas metodologias e mecanismos de planejamento e de gestão que, via de regra, são de curto prazo ou no máximo quadrienais e não são interconectados.

Por estas razões, o Governo indicou que diversas Secretarias e órgãos participassem da elaboração do plano e, ainda durante sua construção, outras instituições, não diretamente vinculadas ao Poder Executivo, foram gradativamente se inserindo no processo.

O processo de elaboração ocorreu, sinteticamente, conforme as seguintes etapas:

1. Planejamento das ações (mapeamento e revisão das ações planejadas e em curso);
2. Elaboração do diagnóstico da realidade das crianças e adolescentes do Estado;
3. Elaboração do sistema de gestão, acompanhamento, monitoramento e avaliação de impacto;
4. Planejamento de ações com participação de organizações da sociedade civil e de outros órgãos públicos.

Na primeira etapa (planejamento das ações), a Comissão Intersetorial estabeleceu quatro diretrizes metodológicas.

A primeira diretriz dispõe que a base estratégica do PDDHCA RS seria a mesma construída para orientar o Plano Nacional dos Direitos Humanos das Crianças e dos Adolescentes, porém com adequações associadas às especificidades do Rio Grande do Sul. A base estratégica nacional é composta de Princípios, Eixos estratégicos, Diretrizes e Objetivos e traz a vantagem de sintetizar um amplo conjunto de consensos teóricos e sociais e contemplar a diversidade de perspectivas setoriais, institucionais e interfederativas. Esta estratégia, depois de ser submetida à consulta pública em outubro de 2010, foi aprovada pelo CONANDA em 2011 e pela 9ª Conferência Nacional dos Direitos Humanos das Crianças e Adolescentes em julho de 2012.

O Plano Estadual, então, fixou 5 Eixos que abordam as grandes áreas: promoção dos direitos, proteção e defesa aos direitos, protagonismo e participação de crianças e adolescentes, controle social da efetivação dos direitos e gestão do Plano Estadual. As Diretrizes são relacionadas a cada Eixo e os Objetivos Estratégicos são relacionados a cada Diretriz, conformando um amplo espectro de dimensões que precisam ser enfrentadas para assegurar os direitos humanos das crianças e adolescentes do Rio Grande do Sul.

Essa definição é convergente com a orientação de planejamento governamental utilizada no Plano Plurianual 2016-2019 do Rio Grande do Sul, que considera como muito relevante e eficiente empreender esforços de integração dos planejamentos já realizados (SEPLAN, 2015, p.15).

Dessa forma, a 2ª diretriz metodológica para a construção do Plano Decenal é a análise e consideração dos programas e ações do PPA vigente e recentemente confeccionado. Os órgãos analisaram e selecionaram, nos Programas do PPA 2016-2019, as ações que têm vínculo com a temática dos direitos humanos das crianças e adolescentes e deveriam compor o Plano Decenal.

Essa diretriz respeita a ideia de que as políticas, programas e ações já estabelecidos pelos diferentes órgãos foram antecedidos de debate e sínteses teóricas e metodológicas, além da indispensável dotação orçamentária e financeira. O PPA também traz consigo a legitimidade social e política do debate realizado junto aos COREDES e à Assembleia Legislativa que o aprova. Ademais, tomando “o PPA como peça central, guardando métodos, nomenclaturas e sistemas comuns ou compartilhados” (SEPLAN, 2015, p.15),

há uma otimização de esforços e uma construção de identidades político-institucionais entre os órgãos e setores governamentais envolvidos.

Na mesma perspectiva, definiu-se como 3ª diretriz metodológica a análise e a consideração dos planos setoriais de cada área envolvida no PDDHCA RS. Foram, então, consultados: Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo do RS: Diretrizes e Eixos Operativos para o SINASE, publicado no DOE em 01/07/2016 e aprovado pela Resolução do CEDICA nº 154/2016; Plano de Segurança Alimentar e Nutricional do RS – 2015; Plano Estadual de Educação do Rio Grande do Sul 2014-2024, sancionado em junho de 2015; Plano Estadual de Assistência Social, que está em elaboração; Plano Estadual de Enfrentamento ao Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador do RS, aprovado pelo Conselho Estadual de Assistência Social em 2014; Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes, que está em elaboração; e Plano Estadual de Convivência Familiar e Comunitária – 2012, em fase de validação.

Os órgãos analisaram e selecionaram, nos Planos setoriais afins, as ações vinculadas à temática dos direitos das crianças e adolescentes e que deveriam compor o Plano Decenal. Essa diretriz transposta para um Plano desta magnitude também é respaldada pelos responsáveis pelo planejamento governamental no Estado, quando este recomenda que *“o desenho dos programas deverá respeitar a existência de planos e políticas setoriais, devendo as estratégias e metas neles fixadas servir como orientadoras dos indicadores de programas e metas das ações ou iniciativas”* (SEPLAN, 2015, p.15).

Cabe registrar, ainda, que os Planos setoriais têm diferentes temporalidades, sendo alguns decenais. Neste sentido, buscou-se a melhor convergência temporal possível, definindo as ações que são continuadas, as que devem ocorrer em ano específico (anuais), aquelas que estão no PPA 2016-2019 e aquelas que ultrapassam este PPA vigente porque requerem mais tempo de consolidação e desenvolvimento. Desta forma, o Plano Decenal pode servir de importante diretriz para o planejamento futuro das políticas públicas que devem constar nos próximos PPAs.

Por fim, a quarta diretriz foi para que os órgãos identificassem e propusessem ações que pudessem não constar nos planos já elaborados e



que, ainda assim, fossem necessários para atingirem-se os objetivos definidos. Todas as ações deviam ser classificadas conforme os Eixos, as Diretrizes e os Objetivos Estratégicos. Além disso, deveriam ser estabelecidos os prazos de execução e as metas, em conformidade com o PPA 2016-2019 (preferencialmente).

Todavia, durante a realização da 1ª Oficina, foi sugerida a análise das resoluções e deliberações da 9ª Conferência Estadual e 10ª Conferência Nacional dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente no Plano de ações formulado. Esta se tornou a 5ª diretriz, e o CEDICA, por meio de sua Comissão de Legislação e Normas, realizou este trabalho de análise.

No início do planejamento das ações, a Comissão não dispunha de um documento de diagnóstico específico da realidade das crianças e adolescentes para subsidiá-lo. Desta forma, para fins operacionais, definiu-se que o trabalho se daria em dois momentos. Um primeiro momento que foi denominado Mapeamento de ações pelos órgãos participantes, e um segundo momento que seria a revisão das ações propostas à luz do Diagnóstico que foi elaborado.

Na segunda etapa, a Fundação de Economia e Estatística (FEE) aceitou o desafio de elaborar o diagnóstico da complexa realidade em que vivem as crianças e adolescentes do Rio Grande do Sul, muitos dos quais em situação-limite ou em ameaça real a seus direitos humanos mais básicos.

A FEE, graciosamente, passou a identificar e a sistematizar informações disponíveis em documentos e bancos de dados públicos e nos mais diferentes órgãos, conforme sugestão de indicadores e variáveis apresentada pelo CEDICA e referendada pela Comissão Intersetorial.

Para o trabalho de coleta de dados não disponíveis em bancos públicos, foram mobilizados todos os órgãos integrantes da Comissão e outros, como o Poder Judiciário. A FEE também coordenou reuniões com os órgãos e com a Comissão Intersetorial tanto para especificar alguns indicadores e variáveis, quanto para analisar a melhor forma de interpretá-los.

Durante o processo de construção do Plano, identificou-se a necessidade de engajar outros atores institucionais que têm responsabilidades e ações relacionadas à defesa e à promoção dos direitos das crianças e adolescentes, como o Ministério Público Estadual, o Poder Judiciário, o Conselho Estadual de Educação e outros. Este engajamento se deu num momento posterior, mais especificamente na 3ª Oficina de elaboração do Plano

no dia 29 de setembro de 2017. Participaram 27 crianças e adolescentes das seguintes instituições: Fórum do Adolescente de São Leopoldo, Quilombo dos Alpes, Projeto POD (Curso de Gastronomia Empreendedora para egressos da FASE), Colégio Pão dos Pobres, Escola Estadual Olimtho, Instituto Leonardo Murialdo, FASE, Fundação Proteção, Pesca profissional Artesanal, Conselho Estadual dos Povos Indígenas (Comunidade Guarani) e RENAPs.

Na terceira etapa, foi elaborado o sistema de gestão, acompanhamento, monitoramento e de avaliação. As especificações deste sistema são apresentadas neste Plano em capítulo próprio. Esta etapa, temporalmente, coincidiu com a segunda, pois foi realizada concomitantemente para viabilizar a análise conjunta por parte dos atores envolvidos.

Como método para articular as etapas de planejamento de ações, diagnóstico e sistema de gestão, acompanhamento, monitoramento e avaliação, foi realizada uma Oficina com todos os órgãos e representantes do CEDICA. Nesta Oficina, foi apresentado e discutido cada um dos documentos preliminares. Foi realizada uma análise coletiva intersetorial e interinstitucional, com vistas a um realinhamento das ações entre si e em acordo com o diagnóstico. Esta inversão da lógica habitual, de primeiro diagnosticar para depois planejar, acabou por trazer alguns benefícios. Um destes benefícios foi incentivar os órgãos a revisitarem as políticas, programas e ações já previstos e em andamento e os analisarem sob uma ótica de resultados mais ampla e de longo prazo. Desta forma, pretendeu-se que uma leitura transversal, na perspectiva interinstitucional e intersetorial, tenha permitido superar alguns limites, como sobreposição ou sobreposição de ações, e, ao mesmo tempo, identificar as áreas e as ações que requerem maior articulação governamental e de gestão.

Somente depois deste momento, que foi a Oficina ocorrida em Porto Alegre, nos dias 11 e 12 de julho de 2017, consideramos dispor da primeira versão do Plano. Esta foi, então, apresentada e discutida na 2ª Oficina com os integrantes do CEDICA, representantes de outros órgãos públicos do Poder Judiciário, do Poder Legislativo e do Ministério Público, além de instituições de ensino e de pesquisa e instituições não governamentais voltadas à proteção e defesa e ao conhecimento sobre as crianças e adolescentes do Rio Grande do Sul. Então, uma nova versão, já agregando as contribuições advindas, foi levada ao conhecimento de crianças e adolescentes numa 3ª Oficina que foi

organizada com uma dinâmica metodológica adequada às suas especificidades. Essa Oficina ocorreu no dia 27 de setembro, na Fundação Pão dos Pobres Santo Antônio, em Porto Alegre, com a presença de crianças e adolescentes.

O conhecimento público mais amplo foi dado quando da submissão à Consulta Pública, cujas contribuições levaram às novas adequações. Foram recepcionadas contribuições acatadas pela Comissão Intersetorial e acrescentadas ao Plano Decenal.

Por fim, a quarta e última etapa começou no processo de planejamento e diagnóstico, se considerarmos a participação do CEDICA na 1ª Oficina. Porém, uma análise mais acurada e uma manifestação formal por este Conselho, com vistas à aprovação do Plano Decenal, somente foi realizada depois do envio oficial da 1ª versão do Plano Decenal ao Conselho Estadual dos Direitos das Crianças e Adolescentes em novembro de 2017. Deste modo, o PDDHCA RS foi submetido a vários crivos institucionais e sociais. Após aprovação do CEDICA e manifestação do Governador, o Plano estava concluído e em condições de ser enviado ao Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes. Todavia, como estratégia de sustentabilidade social e política do referido Plano Decenal e por suas características e complexidade, houve proposição de transformá-lo em Projeto de Lei e de submetê-lo ao Legislativo gaúcho. Este processo deve ocorrer ainda no exercício de 2018.

Com vistas a uma sistematização do trabalho desenvolvido, descrevemos o conjunto de atividades realizadas em cada etapa previamente citada.

<b>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA ELABORAÇÃO DO PDDHCARS 2018-2028</b>
<b>1ª ETAPA: Planejamento de ações pela Comissão Intersetorial</b>
Definições metodológicas;
Discussão e validação dos princípios, dos eixos, das diretrizes, dos objetivos estratégicos, e das ações planejadas e em curso por eixo;
Reuniões para mapeamento de ações existentes junto com todos os órgãos;
Preenchimento de planilha com dados pelos órgãos;
Consulta às comissões elaboradoras dos planos temáticos de direitos: Primeira Infância;

Convivência Familiar e Comunitária; Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador; e Enfrentamento à Violência Sexual e o Socioeducação;
Oficina de apresentação da 1ª versão do Plano com diagnóstico, alinhamento de ações e sistema de gestão;
Análise pelos órgãos e adequação em relação ao diagnóstico.
<b>2ª ETAPA: Elaboração do diagnóstico da realidade das crianças e adolescentes do Estado pela FEE</b>
Levantamento da necessidade de indicadores por eixos;
Identificação de bases de dados disponíveis;
Avaliação dos dados com órgãos envolvidos/identificados;
Coleta dos dados com órgãos envolvidos/identificados;
Definição do quadro de indicadores, dos dados coletados, das fontes de informação;
Tabulação dos dados;
Descrição e análise dos dados;
Organização e escrita do diagnóstico;
Revisão final do Plano;
Entrega do diagnóstico pela FEE;
<b>3ª ETAPA: Elaboração do sistema de gestão, acompanhamento, monitoramento e avaliação de impacto</b>
Elaboração de proposta do modelo de gestão (coordenação e articulação entre os órgãos executores);
Elaboração de proposta da forma de acompanhamento governamental e social e dos indicadores de resultado;
Elaboração de proposta da forma de monitoramento e avaliação de impacto;
Apresentação e definição da sistemática na Oficina;
<b>4ª ETAPA: Planejamento de ações com participação de organizações da sociedade civil e de órgãos públicos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, aprovação do Plano e elaboração do PL</b>
2ª Oficina com representantes de crianças e adolescentes;
3ª Oficina com a participação das instituições: MPE, PJ, DPE, CCDH, Fórum DCA, Conselhos de Direitos, ACONTURS, Conselho Estadual de Educação, Conselho Estadual de Saúde e outros;
Revisão final do Plano pela Comissão Intersetorial;
Consulta Pública;
Ajustes e complementações após a Consulta Pública pela Comissão Intersetorial;

Envio ao CEDICA para análise pelas Comissões
Plenárias do CEDICA para discussão do plano;
Ajustes e complementações pelo CEDICA em plenárias;
Aprovação do Plano Decenal pelo CEDICA;
Manifestação do Governador/Elaboração do Projeto de Lei;
Envio ao Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes (CONANDA);
Acompanhamento do PL na Assembleia Legislativa.

Ao concluir este marco metodológico, talvez caiba uma reflexão do processo. Podemos dizer que, se, em muitos momentos, o país e o Rio Grande do Sul padeciam de falta de processos e instrumentos de planejamento, nos últimos anos, percebemos que estes esforços foram retomados. Porém, um dos desafios que persistem é o de avançar na qualidade da gestão pública para aumentar a efetividade dos resultados que a implementação das políticas públicas deve gerar.

Mais uma vez, nos reportamos às orientações do Estado quando trata a elaboração de planos de ação pública, tal como é este Plano Decenal. Estas recomendam que um plano como esse seja tratado como um *“instrumento valioso para a gestão governamental e para a avaliação de seus resultados e como meio de prestação de contas à sociedade”* (SEPLAN, 2015, p.15). Dito de outro modo, o processo de planejamento é um passo imprescindível e deve estar articulado com o processo de implementação e avaliação das políticas, que são contínuos e, de algum modo, se retroalimentam. Um plano com as características de interinstitucionalidade, intersetorialidade, com participação e controle social, interfederativo e de execução no longo prazo é, em si, complexo. Este plano deve ensejar momentos de avaliação externa, pela sociedade, e interna, pelos órgãos governamentais, e pode se constituir num instrumento valioso para estimular a própria avaliação.

## 2.1. Participação de crianças e adolescentes na construção do Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente do RS

Peço desculpa por alguns erros, né, inclusive, mas vamo lá. E aí meus parceiros. Chegamos aqui pra mudar o mundo inteiro, o futuro teremos melhorado, mas não basta apenas falar. Todo mundo fala que somos o futuro, mas na real somos o presente (...) Precisamos ter atitudes, precisamos mudar, parar de reclamar e começar a lutar (...) **TUDO MUDA, QUANDO VOCÊ MUDA. TUDO MUDA, QUANDO VOCÊ MUDA...**

A participação de crianças e adolescentes na formulação de políticas públicas no Brasil não é novidade. O ECA, em 1990, inseriu a obrigatoriedade do consentimento e da participação de crianças e adolescentes, por meios apropriados, na implementação de medidas de promoção ou proteção de seus direitos<sup>1</sup>. Além disso, no segmento dos direitos de crianças e adolescentes, em 2001, ocorreu a realização da 1ª Conferência Nacional dos Adolescentes, com espaço e metodologia próprios.

Conforme previsto pelo CEDICA, atendendo à Resolução nº 171/2014 do CONANDA, é importante viabilizar e organizar a participação de crianças e adolescentes no processo de construção do Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul.

Todavia, a reivindicação dos adolescentes de participar como delegados das Conferências Nacionais de Direitos Humanos da Criança e do Adolescente junto com os jovens e os adultos permaneceu em aberto. Na 5ª Conferência Nacional, em 2003, o CONANDA finalmente incorporou esta ideia<sup>2</sup> e na 8ª Conferência essa delegação já representou um 1/3 do total de delegados<sup>3</sup>. Nas 9ª e 10ª Conferências Nacionais, representantes desses segmentos tiveram participação tanto na preparação quanto nas conferências como delegados. Também merece destaque a participação de adolescentes no 3º Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual realizado no Brasil, em 2008,

---

<sup>1</sup> ECA, art. 45, § 2º; art. 48, parágrafo único; art. 51, § 1º, III e ECA, art. 100, parágrafo único, XII, na redação dada pela Lei 12.010, de 2009.

<sup>2</sup><http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/cc/3/crianca/conferencias.htm> Acesso em 18/10/2017.

<sup>3</sup>CONANDA. Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 – 2020. Brasília 2010.

onde mais de 280 adolescentes tiveram participação efetiva enquanto representantes de 05 continentes.

Além disso, em outras áreas de políticas públicas como a ambiental, a participação de crianças e adolescentes vem sendo fomentada no Brasil há muitos anos. A 1ª Conferência Nacional Infanto-juvenil pelo Meio Ambiente (CNIJMA) foi realizada em 2003, com o objetivo de incentivar a mobilização e a ação sobre a dimensão política e social da questão ambiental, bem como a sua inserção e apropriação pelos sistemas de ensino nas dimensões de gestão, currículo e infraestrutura das unidades escolares. Mais recentemente, em março de 2016, a promulgação da Lei nº 13.257/2016, Marco Legal da Primeira Infância, amplia e especifica a necessidade de incluir a primeira infância na formulação de políticas.

Este referencial subsidiou a participação de crianças de 0 a 6 anos no Programa Primeira Infância Melhor e Programa Criança Feliz, conforme recomendação da Rede Nacional Primeira Infância (RNPI)<sup>4</sup>.

Ainda assim, a promoção da participação democrática, com representatividade da diversidade social de crianças e adolescentes de forma efetiva, ainda precisa ser ampliada e qualificada e, nesse sentido, mantém-se como um desafio a ser enfrentado com criatividade e respeito.

No Plano Decenal Estadual, assim como no Plano Decenal Nacional, o protagonismo e a participação de crianças e adolescentes foram estabelecidos como um Eixo estruturante de três objetivos estratégicos e desafiam os gestores públicos e as organizações do Sistema de Garantia de Direitos a assegurar esta participação de forma ativa e plena. Por isso, faz-se necessário que sejam criados mecanismos de participação de crianças e adolescentes nas instâncias de gestão e controle social das políticas e programas que compõem o Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente, tal como o CEDICA.

Nesta perspectiva, a Comissão Intersetorial de elaboração do PDDHCARS definiu pela realização de uma Oficina com representantes de crianças e adolescentes para apresentar o Plano e colher suas percepções sobre o tema. Foi definido que seriam convidados crianças e adolescentes, a partir de 11 anos de idade, vinculados a um conjunto de instituições como

---

<sup>4</sup> Rede Nacional Primeira Infância. Guia para elaboração do plano municipal pela primeira infância. 2. ed. – Rio de Janeiro: Centro de Criação de Imagem Popular – CECIP, 2017.

FASE, Fundação Proteção, Programa de Oportunidades e Direitos, Fórum de Adolescentes de São Leopoldo, Fundação Pão dos Pobres, Fórum de Adolescentes contra Violência Sexual, União Gaúcha dos Estudantes Secundaristas, Instituto Leonardo Murialdo e a Associação Protetora da Infância e indicações dos Conselhos de Direitos, como o Conselho Estadual dos Povos Indígenas, o Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Conselho Estadual de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra, Conselho Estadual de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais, Conselho Estadual de Assistência Social e pela Secretaria de Desenvolvimento Rural e Cooperativismo. Um grupo de trabalho do CEDICA ficou responsável por construir a metodologia e coordenar a Oficina e a Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos apoiou com a organização e logística. A Oficina contou com a participação de 33 adolescentes e jovens.

### **2.1.1. Organização do trabalho**

Em um primeiro momento, os adolescentes participaram de um esquete onde foram apresentadas as principais informações sobre a realidade socioeconômica das crianças e adolescentes do Rio Grande do Sul, que compõem o Diagnóstico elaborado pela FEE, apresentado pelos conselheiros do CEDICA Joel Dumke e Mara Maria Valandro e a técnica da FEE Carina Furstenau. Em um segundo momento, duas rodas de conversa motivaram os adolescentes a tratar das seguintes questões:

- 1) *O que tem de bom na minha cidade/estado?*
- 2) *O que tem de ruim na minha cidade/estado?*
- 3) *O que queremos mudar na minha cidade/estado para um futuro bem próximo, daqui a 10 anos?*

Os adolescentes presentes identificaram **positivamente** que estão “*presentes na política, nas manifestações*”; que existem “*instituições sociais em nossas cidades*”; “*cursos profissionalizantes, passeios, acompanhamento pelas instituições*”; que existem “*escolas*”, “*bibliotecas*”, “*casas abrigo*”; equipamentos urbanos como “*praças públicas*”, “*museu do trem, espaços culturais, pontos turísticos*”; “*Usina do Gasômetro*”; “*Batalha de Rap*”.



Porém, percebem que, *“nem todos têm acesso ao que é bom”* e que, aqueles *“que moram nos extremos não têm condições para tal”*.

Por isso apontaram o que *não é bom* em termos da promoção universal dos direitos: *“faltam vagas nas escolas”; “falta atendimento de qualidade na saúde”; “difícil entrar no mercado de trabalho sem experiência – faltam cursos”; “o parcelamento dos salários dos professores”; “a privação de conhecimento: para não saberem seus direitos”*.

O tema da **insegurança pública** foi muito destacado incluindo a solicitação de respeito pelos órgãos de segurança: *“segurança está precária. Insegurança muito presente na sociedade”; “Tráfico”; “crime organizado”; “impunidade”; “injustiça”; “falta cadeia”; “Somos sufocados pela insegurança e por não poder sair de casa. Não dá pra curtir a vida”; “não quero ficar em casa, trancado, pensando que ali estou seguro. Não é correto, mas às vezes agimos da mesma forma como somos tratados”; “presos são os pobres e negros”; “nos protestos são atingidos com balas de borracha”; “polícia bate”*.

Destacaram ainda os **preconceitos sociais, étnicos, raciais, e de gênero**: *“os negros sofrem preconceitos pelas autoridades”; “no papel, os indígenas tem direito auxílio saúde. Na realidade, não funciona. Tem pouca terra e o Estado quer tomar na marra. Isso gera muita violência”; “no morro não tem oportunidades”; “aqueles que têm dinheiro são contaminados, diferente daqueles que nascem nas favelas: estes pensam também pelo outro”; “discrepância entre salários”; “ninguém deve tocar no corpo do outro sem consentimento, independente da roupa que está usando: Meu corpo, minhas regras”; “machismo: homens veem as mulheres como objetos sexuais”; “aqueles que não têm como comprar, roubam para, entre outras questões, vestirem-se como dita a moda: se a pessoa não está usando um tênis da Nike, os demais nem olham para ela”; “somos julgados pelo que temos”; “na sociedade tem que andar igual, ou melhor, caso contrário, sofre bullying.”*

Os participantes da oficina apontaram **problemas no sistema político** do país: *“a má gestão do governo prejudica tudo: saúde, educação, segurança. As autoridades são os bandidos”; “governo está prejudicando tudo”; “maiores ladrões são os políticos (corrupção)”,* e afirmam que há dificuldades para sua participação e manifestação: *“Não tem (eles) espaço para expressar-se”*.

Em termos de **políticas de proteção** destacaram: as *“diferenças sociais acentuadas: pessoas que moram na vila não têm acesso (às instituições de*

proteção)”; é uma “*minoría (que) entra nas instituições. Não tem vaga para todos (desigualdade)*” e que “*nos bairros as pessoas fazem para as pessoas: não é o Estado que proporciona*”; “*as pessoas não nascem más (é a vivência com o que não é bom que as torna)*”.

Outras proposições também foram apresentadas: ampliar as vagas do Instituto Leonardo Murialdo, ampliar instituições como a Fundação Pão dos Pobres, porque estas possibilitam o acesso à escola, com o fornecimento de passagens e criar espaços para manifestação e expressão dos adolescentes.

Durante as rodas de conversa, foi possível perceber que eles têm clareza de que **podem ser protagonistas**: “*As mudanças devem começar em nós, refletir nos outros, as nossas ações. Somos o futuro. Mas quem é o nosso presente?*”; “*mudar as pessoas pra mudar a sociedade. Nós precisamos mudar o presente, para mudar o futuro. Preciso correr atrás do que eu quero mudar*”; “*pensar diferente: pensar em todos e não cada um por si*”; “*não é legal quebrar os bens públicos nos protestos. Mas é necessário lutar, estudar, criar novas instituições*”; “*cada um fazer sua parte*”, mas querem “*fazer a diferença*”; “*perde-se lutas, porém não a guerra*”.

O Rap e a rima que criaram e que estão transcritos a seguir, expressam a consciência daqueles adolescentes sobre a realidade que vivenciam, mas também o desejo de mudança e uma positiva perspectiva quanto ao futuro:

### **Rap**

Eaiiiii meus parceiros chegamos aqui pra mudar o mundo inteiro.  
 O futuro queremos melhorar, mas não basta apenas falar.  
 Todo mundo fala que somos o futuro mas na real somos o presente.  
 Precisamos mudar nossos conceitos, pensar no agora que daí temos o jeito.  
 Minha cidade tem violência, tem drogas e tem morte.  
 Precisamos sair de nossas casas e ir a luta.  
 Mas acima de tudo precisamos do apoio do mundo.  
 Minha cidade tem lugares de lazer mas não sei o fazer se eu cuidou ou destruo, pois essa é a nossa realidade.  
 Precisamos ter atitudes.  
 Precisamos mudar  
 Parar de reclamar e começar a lutar.  
 Pois temos direitos basta serem cumpridos.  
 Tudo muda, quando você muda.  
 Tudo muda, quando você muda.”

### **Rima (Carlos e Chaia)**

Fui pra cidade...  
 Falta de oportunidade!  
 Cabeças pensantes que transparecem humildade...  
 A condição que gera necessidade...  
 Nos explicam tanta coisa,  
 mas não sabemos da metade!  
 Também o fato de não sabermos nossos direitos,  
 convivendo num ambiente hostil,  
 com muita falta de respeito...  
 e que nos oferecem muito pouco pra nós...  
 e nos impõe mazelas pra calar nossa voz!

Ao final, foram escolhidos adolescentes para participar da Oficina interinstitucional que analisaria o Plano Decenal. Todavia, nenhum deles acabou por se fazer presente, considerando o período letivo.

O registro detalhado dessa oficina cumpre um objetivo de evidenciar um esforço inicial de inserir a efetiva participação de crianças e adolescentes nos processos de formulação de políticas, mas revela o desafio de qualificar as metodologias e de assegurar os meios para ampliar a participação e a representação da ampla diversidade social das crianças e adolescentes do Estado. O maior desafio aos gestores e executores do Plano Decenal é assegurar que os temas e sugestões apontadas se constituam em compromissos e sejam perseguidos, enquanto programas, projetos, serviços e ações.

Para concluir, transcrevemos a apresentação final de um dos grupos que sintetiza seus sentimentos e emoções enquanto protagonista nesse trabalho.

Bom, a gente conversou sobre vários assuntos. Só um único segundo ali muitas coisas surgiram e muitas ideias foram impostas no meio da roda, então algumas a gente escreveu ali, aleatoriamente, e nosso grupo sugeriu a gente escrever assim, daí vamos ver as palavras aí: Educação, consistência, oportunidade, atitude, justiça, paz, união, respeito, desigualdade, preconceito, investimento e dignidade. Fui para cidade, falta de oportunidade, cabeças pensantes que transparecem a humildade. Essa é a primeira frase de uma rima que nossos colegas fizeram, ele Carlos e a Chaia, e eles vão contar pra vocês agora.

(...) A gente fez uma rima. Na real, é um trequinho, uma “estrofisinha” porque não deu tempo pra fazer muita coisa. E ela me ajudou, ela já tinha umas frases prontas, daí a gente conseguiu fazer essa riminha que é assim ó...

### **3. PRINCÍPIOS, EIXOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

#### **3.1. Princípios da Política Nacional dos Direitos Humanos da Criança e Adolescente**

Neste Plano Estadual, assim como no Plano Decenal Nacional, partiu-se da concepção de que existem alguns princípios entendidos como valores universais e permanentes, valorizados e incorporados pela sociedade que devem orientar sua formulação e implementação. Estes princípios estão contidos na Política Nacional dos Direitos Humanos da Criança e Adolescente e refletem as premissas da Convenção sobre os Direitos da Criança e de outros acordos internacionais das Nações Unidas na área, da carta constitucional brasileira e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Os oito princípios da Política Nacional são transcritos integralmente tal como constam no Documento Preliminar que orientou o debate nacional sobre a política, conforme segue. *“Os dois primeiros correspondem aos princípios universais dos direitos humanos, e eles estão claramente afirmados no Título I da nossa Constituição. Os três seguintes correspondem aos direitos humanos exclusivos de crianças e adolescentes, e compõe a base da doutrina da proteção integral, presente na Constituição, na Convenção e no ECA. Ao lado destes cinco princípios substantivos, são apresentados outros três princípios, voltados para a organização da política de garantia dos direitos de crianças e adolescentes”* (CONANDA, 2010).

##### **3.1.1. Universalidade dos direitos com equidade e justiça social**

Todos os seres humanos são portadores da mesma condição de humanidade; sua igualdade é a base da universalidade dos direitos. Associar à noção de universalidade as de equidade e justiça social significa reconhecer que a universalização de direitos em um contexto de desigualdades sociais e regionais implica foco especial nos grupos mais vulneráveis.

##### **3.1.2. Igualdade e direito à diversidade**

Todo ser humano tem direito a ser respeitado e valorizado, sem sofrer discriminação de qualquer espécie. Associar a igualdade ao direito à diversidade significa reconhecer e afirmar a heterogeneidade cultural, religiosa,

de gênero e orientação sexual, físico-individual, étnico-racial e de nacionalidade, entre outras.

### **3.1.3. Proteção integral para a criança e o adolescente**

A proteção integral compreende o conjunto de direitos assegurados exclusivamente à criança e ao adolescente, em função de sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento. São direitos específicos que visam assegurar a esses grupos etários plenas condições para o seu desenvolvimento integral.

### **3.1.4. Prioridade absoluta para a criança e o adolescente**

A garantia de prioridade absoluta assegurada à criança e ao adolescente implica a sua primazia em receber socorro, proteção e cuidados, bem como a sua precedência no atendimento e preferência na formulação e execução de políticas e ainda na destinação privilegiada de recursos públicos.

### **3.1.5. Reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos**

O reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos significa compreendê-los como detentores de todos os direitos da pessoa humana, embora o exercício de alguns seja postergado. A titularidade desses direitos é plenamente compatível com a proteção integral, esta sim devida apenas a eles.

### **3.1.6. Descentralização político-administrativo**

A Constituição Federal de 1988 elevou os municípios à condição de entes federados e estabeleceu novo pacto federativo, com base na descentralização político-administrativo e na corresponsabilidade entre as três esferas de governo para a gestão e o financiamento das ações.

### **3.1.7. Participação e controle social**

A participação popular organizada na formulação e no controle das políticas públicas de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente está prevista na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente; seus espaços preferenciais de atuação são os conselhos dos direitos e o processo de conferências.

### **3.1.8. Intersetorialidade e trabalho em rede**

A organização das políticas públicas por setores ou segmentos impõe a adoção da ótica intersetorial e de trabalho em rede para compreensão e atuação sobre os problemas, o que está previsto no ECA ao estabelecer que a política será implementada por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais no âmbito da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

## **3.2. Eixos, Diretrizes e Objetivos Estratégicos do Plano Estadual**

### **3.2.1. EIXO 1 – Promoção dos direitos da criança e do adolescente**

**Diretriz 01** – Promoção da cultura do respeito e da garantia dos direitos humanos da criança e do adolescente no âmbito da família, da sociedade e do Estado, considerada as condições de pessoas com deficiência e as diversidades de gênero, orientação sexual, cultural, étnico-racial, religiosa, geracional, territorial, de nacionalidade e de opção política.

**Objetivo Estratégico 1.1** – Promover o respeito aos direitos da criança e do adolescente na sociedade, de modo a consolidar uma cultura de cidadania.

**Objetivo Estratégico 1.2** – Desenvolver ações voltadas à preservação da imagem, da identidade, observando a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento da criança e do adolescente nos meios de comunicação, conforme dispositivos do Estatuto da Criança e do Adolescente.

**Objetivo Estratégico 1.3** – Fortalecer as competências familiares em relação à proteção integral e educação em direitos humanos da criança e do adolescente no espaço de convivência familiar e Comunitária.

**Objetivo Estratégico 1.4** – Promover ações educativas e inclusivas de prevenção de violências e acidentes com a criança e o adolescentes nas famílias e nas instituições de atendimento.

**Objetivo Estratégico 1.5** – Implementar o ensino obrigatório dos direitos da criança e do adolescente com base no ECA, ampliando as ações previstas na Lei nº 11.525/07, também para a Educação Infantil, Ensino Médio e Superior. E atendendo a Resolução nº 336/2016 e o Parecer nº 126/2016 do Conselho Estadual de Educação, que fixa as diretrizes operacionais para a Educação em Direitos Humanos no Sistema Estadual de Ensino.

**Objetivo Estratégico 1.6** – Fomentar a cultura da sustentabilidade socioambiental no processo de educação em direitos humanos com crianças e adolescentes.

**Diretriz 02** – Universalização do acesso a políticas públicas de qualidade que garantam os direitos humanos da criança, do adolescente e de suas famílias e que contemplem a superação das desigualdades, afirmação da diversidade com promoção da equidade e da inclusão social.

**Objetivo Estratégico 2.1** – Priorizar a proteção integral da criança e do adolescente nas políticas de desenvolvimento econômico sustentável, inclusive com cláusulas de proteção nos contratos comerciais nacionais e internacionais.

**Objetivo Estratégico 2.2** – Erradicar a pobreza extrema e superar as iniquidades que afetam o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes e suas famílias, por meio de um conjunto articulado de ações entre poder público e sociedade, com justiça social.

**Objetivo Estratégico 2.3** – Erradicar a fome e assegurar a alimentação adequada de crianças, adolescentes, gestantes e lactantes, por meio da ampliação de políticas de segurança alimentar e nutricional.

**Objetivo Estratégico 2.4** – Ampliar o acesso de crianças e adolescentes e suas famílias aos serviços de proteção social básica e especial por meio da expansão e qualificação da política de assistência social.

**Objetivo Estratégico 2.5** – Universalizar o acesso ao registro civil e à documentação básica de crianças e adolescentes e de suas famílias.

**Objetivo Estratégico 2.6** – Priorizar e articular as ações de atenção integral a crianças de 0 a 6 anos, com base no Plano Nacional pela Primeira Infância.

**Objetivo Estratégico 2.7** – Expandir e qualificar políticas de atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias.

**Objetivo Estratégico 2.8** – Universalizar o acesso e assegurar a permanência e o sucesso de crianças e adolescentes na Educação Básica, expandindo progressivamente a oferta de educação integral, com a ampliação da jornada escolar, dos espaços e das oportunidades educacionais.

**Objetivo Estratégico 2.9** – Implementar, na Educação Básica, o ensino da cultura afro-brasileira, africana e indígena, em cumprimento das Leis nº 10.639/03 e nº 11.645/08 e a Resolução nº 0297/2009 do Conselho Estadual de Educação, que Institui normas complementares às Diretrizes Curriculares Nacionais em todas as instituições de ensino integrantes do Sistema Estadual de Ensino.

**Objetivo Estratégico 2.10** – Fomentar a interação social de crianças e adolescentes com deficiência auditiva, por meio do ensino da língua de sinais na comunidade escolar, garantido sua inclusão no currículo da educação básica.

**Objetivo Estratégico 2.11** – Promover o acesso de crianças e adolescentes às Tecnologias de Informação e Comunicação e à navegação segura na Internet, como formas de efetivar seu direito à comunicação, observando sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento.

**Objetivo Estratégico 2.12** – Consolidar a oferta de ensino profissionalizante de qualidade, integrado ao ensino médio, com fomento à



inserção no mercado de trabalho dos adolescentes a partir dos 16 anos, de acordo com a legislação vigente.

**Objetivo Estratégico 2.13** – Ampliar o acesso de adolescentes a partir de 14 anos a programas de aprendizagem profissional de acordo com a Lei nº 10.097/00.

**Objetivo Estratégico 2.14** – Universalizar o acesso de crianças e adolescentes a políticas culturais, que nas suas diversas expressões e manifestações considerem sua condição peculiar de desenvolvimento e potencial criativo.

**Objetivo Estratégico 2.15** – Universalizar o acesso de crianças e adolescentes a políticas e programas de esporte e lazer, de acordo com sua condição peculiar de desenvolvimento, assegurada a participação e a acessibilidade de pessoas com deficiências.

### **3.2.2. EIXO 2 – Proteção e defesa dos direitos**

**Diretriz 03** – Proteção especial a crianças e adolescentes com seus direitos ameaçados ou violados, consideradas as condições de pessoas com deficiência e as diversidades de gênero, orientação sexual, cultural, étnico-racial, religiosa, geracional, territorial, de nacionalidade e de opção política.

**Objetivo Estratégico 3.1** – Ampliar e articular políticas, programas, ações e serviços para a promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária com base no Plano Estadual de Convivência Familiar e Comunitária.

**Objetivo Estratégico 3.2** – Implementar políticas e programas de atenção e reabilitação de crianças e adolescentes acidentados.

**Objetivo Estratégico 3.3** – Estabelecer e implementar protocolos para a proteção de crianças e adolescentes em situação de emergências, calamidades, desastres naturais e assentamentos precários.

**Objetivo Estratégico 3.4** – Fomentar a criação de programas educativos de orientação e de atendimento a familiares, responsáveis,

cuidadores ou demais envolvidos em situações de negligência, violência psicológica, física e sexual.

**Objetivo Estratégico 3.5** – Definir diretrizes para as atividades de prevenção ao uso de drogas por crianças e adolescentes conforme a Lei nº 11.343/06, bem como ampliar, articular e qualificar as políticas sociais para prevenção e atenção a crianças e adolescentes usuários e dependente de álcool e drogas.

**Objetivo Estratégico 3.6** – Ampliar e articular políticas, programas, ações e serviços para a proteção e defesa de crianças e adolescentes identificadas em situação de trabalho infantil, com base no Plano Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil.

**Objetivo Estratégico 3.7** – Definir diretrizes e implementar políticas sociais articuladas que assegurem a proteção integral e o direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes em situação de rua.

**Objetivo Estratégico 3.8** – Aperfeiçoar instrumentos de proteção e de defesa de crianças e adolescentes para enfrentamento das ameaças ou violações de direitos facilitadas pelas Tecnologias de Informação e Comunicação.

**Objetivo Estratégico 3.9** – Ampliar e articular políticas, programas, ações e serviços para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, com base no Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil.

**Objetivo Estratégico 3.10** – Definir e implementar políticas e programas de prevenção e redução da mortalidade de crianças e adolescentes por violências, em especial por homicídio.

**Objetivo Estratégico 3.11** – Formular diretrizes e parâmetros para estruturação de redes integradas de atenção a crianças e adolescentes em situação de violências, com base nos princípios de celeridade, humanização e continuidade no atendimento.

**Objetivo Estratégico 3.12** – Ampliar e articular políticas, programas, ações e serviços para atendimento a adolescentes autores de ato infracional, a

partir da revisão do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, observadas as responsabilidades do executivo e do sistema de justiça.

**Objetivo Estratégico 3.13** – Formular diretrizes e parâmetros para estruturação de redes integradas de atendimento de crianças e adolescentes egressos do sistema socioeducativo e do acolhimento institucional.

**Objetivo Estratégico 3.14** – Implantar mecanismos de prevenção e controle da violência institucional no atendimento de crianças e adolescentes, com ênfase na erradicação da tortura.

**Diretriz 04** – Fortalecimento dos conselhos tutelares, objetivando a sua atuação qualificada.

**Objetivo Estratégico 4.1** – Aprimorar o funcionamento de conselhos tutelares em todos os municípios, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo CONANDA.

**Diretriz 05** – Universalização, em igualdade de condições, do acesso de crianças e adolescentes aos sistemas de justiça e segurança pública para a efetivação dos seus direitos.

**Objetivo Estratégico 5.1** – Articular e aprimorar os mecanismos de denúncia, notificação e investigação de violações dos direitos de crianças e adolescentes.

**Objetivo Estratégico 5.2** – Incentivar processos de aprimoramento institucional, de especialização e de regionalização dos sistemas de segurança e justiça, para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

**Objetivo Estratégico 5.3** – Fortalecer a capacidade institucional dos órgãos de responsabilização para o rompimento do ciclo de impunidade e para o enfrentamento de violações dos direitos de crianças e adolescentes.

### **3.2.3 EIXO 3 – Protagonismo e participação de crianças e adolescentes**

**Diretriz 06** – Fomento de estratégias e mecanismos que facilitem a participação organizada e a expressão livre de crianças e adolescentes, em especial sobre os assuntos a eles relacionados, considerando sua condição peculiar de desenvolvimento, pessoas com deficiência e as diversidades de gênero, orientação sexual, cultural, étnico-racial, religiosa, geracional, territorial, nacionalidade e opção política.

**Objetivo Estratégico 6.1** – Promover o protagonismo e a participação de crianças e adolescentes nos espaços de convivência e de construção da cidadania, inclusive nos processos de formulação, deliberação, monitoramento e avaliação das políticas públicas.

**Objetivo Estratégico 6.2** – Promover oportunidades de escuta de crianças e adolescentes nos serviços de atenção e em todo processo judicial e administrativo que os envolva.

**Objetivos Estratégico 6.3** – Ampliar o acesso de crianças e adolescentes, na sua diversidade, aos meios de comunicação para expressão e manifestação de suas opiniões.

### **3.2.4 EIXO 4 – Controle social da efetivação dos direitos**

**Diretriz 07** – Fortalecimento de espaços democráticos de participação e controle social, priorizando os conselhos de direitos da criança e do adolescente e assegurando seu caráter paritário, deliberativo, controlador e a natureza vinculante de suas decisões.

**Objetivo Estratégico 7.1** – Universalizar os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, qualificando suas atribuições de formular, acompanhar e avaliar as políticas públicas para crianças e adolescentes e de mobilizar a sociedade.

**Objetivo Estratégico 7.2** – Apoiar a participação da sociedade civil organizada, bem como das famílias, em fóruns, movimentos, comitês e redes, bem como sua articulação nacional e internacional para a incidência e controle

social das políticas de direitos humanos de crianças e adolescentes e dos compromissos multilaterais assumidos

### **3.2.5. EIXO 5 – Gestão da política estadual dos direitos humanos da criança e do adolescente e do Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul**

**Diretriz 08** – Fomento e aprimoramento de estratégias de gestão da Política Estadual dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente fundamentadas nos princípios da indivisibilidade dos direitos, descentralização, intersetorialidade, participação, continuidade e corresponsabilidade dos três níveis de governo.

**Objetivo Estratégico 8.1** – Estabelecer mecanismos e instâncias para a articulação, coordenação e pactuação das responsabilidades de cada esfera de governo na gestão do Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente do RS.

**Diretriz 09** – Efetivação da prioridade absoluta no ciclo e na execução orçamentária das três esferas de governo para a Política Estadual e Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente, garantindo que não haja cortes orçamentários.

**Objetivo Estratégico 9.1** – Dotar a política dos direitos humanos de crianças e adolescentes de recursos suficientes e constantes para implementação das ações do Plano Decenal, com plena execução orçamentária, fortalecendo o Orçamento da Criança e Adolescente (OCA).

**Objetivo Estratégico 9.2** – Estabelecer e implementar mecanismos de co-financiamento e de repasse de recursos do Fundo Estadual da Criança e do Adolescente (FECA) entre as três esferas de governo, na modalidade Fundo a Fundo, para as prioridades estabelecidas pelo plano decenal, de acordo com os parâmetros legais e normativos do CEDICA.

**Diretriz 10** – Qualificação permanente de profissionais para atuarem na rede de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.

**Objetivo Estratégico 10.1** – Formular e Implementar uma política de formação continuada, segundo diretrizes estabelecidas pelo CEDICA, para atuação dos operadores do sistema de garantias de direitos, que leve em conta a diversidade regional, cultural e étnico-racial.

**Diretriz 11** – Aperfeiçoamento de mecanismos e instrumentos de monitoramento e avaliação da Política Estadual e do Plano Decenal de Direitos Humanos da Criança e do Adolescente, facilitado pela articulação de sistemas de informação.

**Objetivo Estratégico 11.1** – Desenvolver metodologias e criar mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da Política Estadual e do Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente e do seu respectivo orçamento.

**Objetivo Estratégico 11.2** – Universalizar o Sistema de Informação para Infância e Adolescência - SIPIA, mediante a corresponsabilidade do poder público, em articulação com outras bases de dados nacionais e estaduais sobre crianças e adolescentes.

**Diretriz 12** – Produção de conhecimentos sobre a infância e a adolescência, aplicada ao processo de formulação de políticas públicas.

**Objetivo Estratégico 12.1** – Fomentar pesquisas no campo da promoção, proteção e defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes, com a difusão pública de seus resultados.

**Objetivo Estratégico 12.2** - Identificar, apoiar e difundir práticas inovadoras no campo da promoção, proteção e defesa dos direitos humanos da criança e do adolescente, visando o intercâmbio de experiências para o aperfeiçoamento de políticas públicas.

**Objetivo Estratégico 12.3** – Promover o intercâmbio científico, estadual, nacional e internacional, entre as instituições de ensino, pesquisa e extensão nos temas relativos a crianças e adolescentes.

**Diretriz 13** – Cooperação internacional e relações multilaterais para implementação das normativas e acordos internacionais de promoção e proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.

**Objetivo Estratégico 13.1** --Incluir cláusulas de proteção aos direitos da criança e do adolescente nos acordos multilaterais.

**Objetivo Estratégico 13.2** – Desenvolver parcerias e cooperação técnica com o Governo Federal, outros Estados e com municípios para implementação da Convenção dos Direitos da Criança e adolescente.

## 4. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO RIO GRANDE DO SUL

### 4.1. Introdução

A produção de um diagnóstico consiste, essencialmente, na realização de um estudo sobre a situação de determinada população, permitindo, assim, a delimitação das principais questões a serem enfrentadas pelo Estado e pela sociedade. O presente diagnóstico abrange as crianças e os adolescentes gaúchos, abordando-se diferentes aspectos de sua(s) realidade(s) e condições de vida com vistas a subsidiar as ações para o Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul. Para a elaboração deste estudo, a coordenação da Comissão Intersetorial destinada à elaboração do Plano Decenal gaúcho<sup>5</sup> contactou a Fundação de Economia e Estatística (FEE), em outubro de 2016. A partir de então, pesquisadores da FEE participaram sistematicamente das reuniões da Comissão, a fim de identificar os principais aspectos a serem abordados no diagnóstico<sup>6</sup>.

Com vistas a permitir o estabelecimento e a consolidação de uma política intersetorial, na qual o eixo central seja a criança e o adolescente, foram levados em consideração alguns planos setoriais, como, por exemplo, o Plano Estadual de Saúde 2016-2019, o Plano Estadual de Educação 2015-2024, o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo, entre outros. Além disso, os indicadores analisados estão correlacionados aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e, também, aos eixos e objetivos estratégicos do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes<sup>7</sup>, ambos consolidados, validados e acompanhados pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e

---

<sup>5</sup> Instituída pelo Decreto nº 53.139, de 19 de julho de 2016.

<sup>6</sup> Os representantes da Comissão entregaram aos pesquisadores da FEE uma lista preliminar dos dados necessários para a elaboração do diagnóstico. Ao longo do tempo, buscou-se consolidar os indicadores e suas respectivas fontes de dados, para a elaboração de um estudo que abordasse todos os aspectos relevantes em relação ao público-alvo do Plano.

<sup>7</sup> O Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, em nível nacional, foi organizado em cinco eixos (Promoção dos Direitos de Crianças e Adolescentes; Proteção e Defesa dos Direitos; Protagonismo e Participação de Crianças e Adolescentes; Controle Social da Efetivação dos Direitos; Gestão da Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes), distribuídos em 13 diretrizes e 55 objetivos estratégicos. Para a análise da situação local, este diagnóstico está em conformidade com os parâmetros estabelecidos pela Resolução nº 171 do Conanda, em especial no seu artigo 4º, inciso IV (Brasil, 2014b).



do Adolescente (CONANDA) e demais conselhos de direitos da área em análise, estaduais e municipais.

A definição das faixas etárias para crianças e adolescentes neste trabalho vai ao encontro do artigo segundo do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ou seja, considerou-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos (de 0 a 11 anos), e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade (de 12 a 17 anos). Em casos excepcionais, expressos em lei, aplicou-se o Estatuto às pessoas entre 18 e 21 anos de idade (Brasil, 1990). Apesar desta delimitação, ocorreram algumas variações nas classificações etárias no decorrer do diagnóstico, como em alguns dados relacionados à saúde e à segurança, oscilando de acordo com o sistema de informações utilizado e os registros administrativos enviados pelos órgãos. Nestes casos, aplicou-se a nomenclatura “pessoa e faixa etária”, ou “pessoa e idade” (por exemplo, “pessoas de 0 a 19 anos”).

Este estudo está organizado em nove seções. Após esta introdução, serão analisados dados relacionados às múltiplas dimensões que constituem a situação da infância e da adolescência no Rio Grande do Sul, como demografia e renda, saúde, educação, segurança, socioeducação, violação de direitos, acolhimento institucional e, por fim, protagonismo e participação de adolescentes.

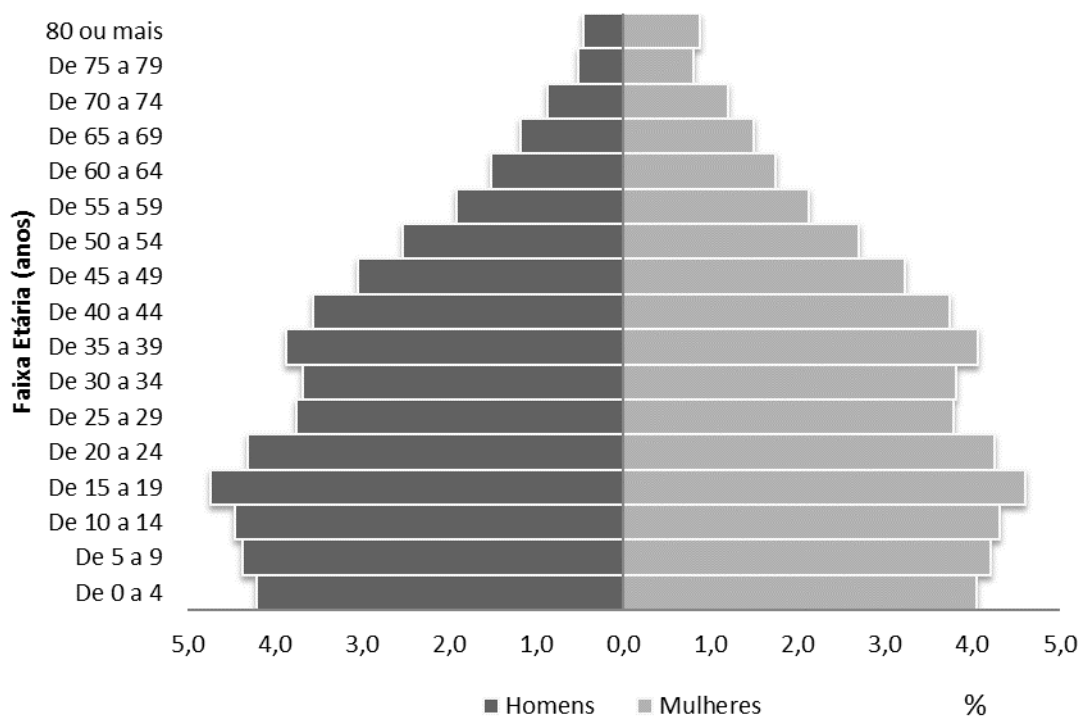
## **4.2. Demografia e Renda**

Nesta seção, serão analisados diferentes indicadores sobre demografia e renda. Em relação à demografia, serão apresentados dados sobre a população do Rio Grande do Sul, distribuídos por sexo e por grupos de idade, no período de 2001 a 2015. Na sequência, são examinadas algumas especificidades em relação à população gaúcha por faixa etária (de 0 a 17 anos), por sexo, por raça/cor e por residência (urbano/rural). Serão abordadas, também, questões referentes às crianças e aos adolescentes gaúchos com deficiência e dados relativos aos sub-registros de nascimentos no Estado. Quanto à renda, foram analisados aspectos relativos à pobreza e pobreza extrema e, encerrando a seção, questões sobre vulnerabilidade social, em especial às condições de moradia de crianças e adolescentes gaúchos.

#### 4.2.1. População do Rio Grande do Sul

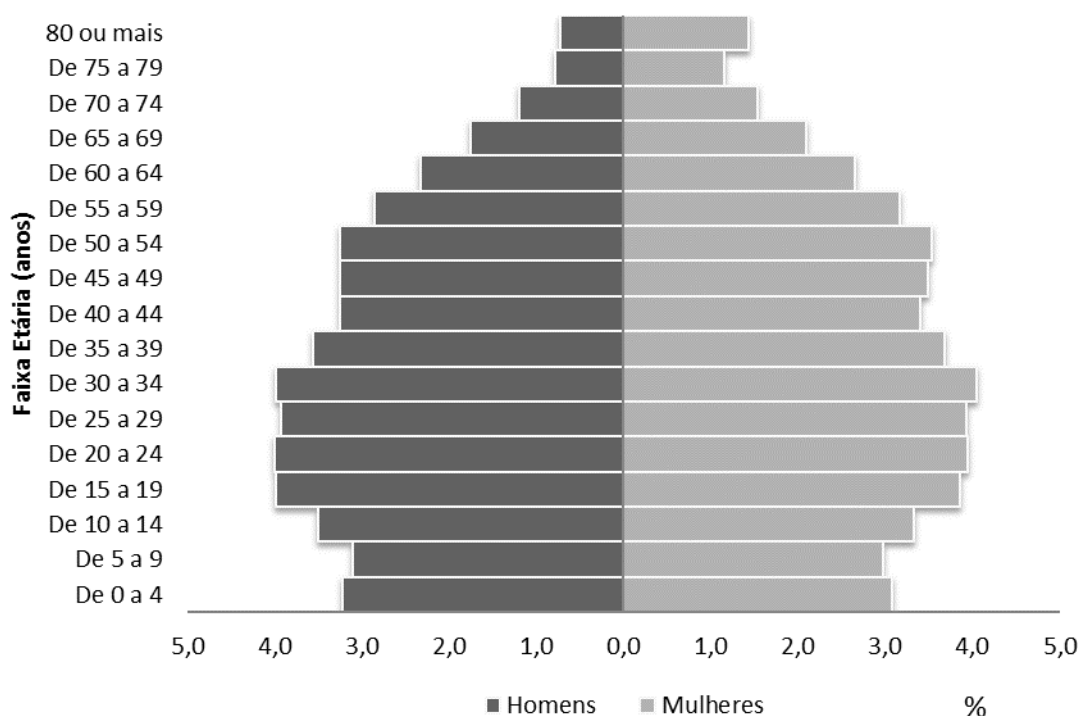
De acordo com estimativas da FEE, o Rio Grande do Sul apresentou um acréscimo de 882 mil habitantes no período de 2001 a 2015, passando de 10.365.992 para 11.247.972, tendo um crescimento de 8,5%. As pirâmides etárias revelam que a base está se estreitando, ou seja, a população jovem tem sido menos representativa, enquanto a população com mais idade está tendo uma participação maior.

Gráfico 4.2.1.1 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Rio Grande do Sul — 2001



FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

Gráfico 4.2.1.2 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Rio Grande do Sul — 2015

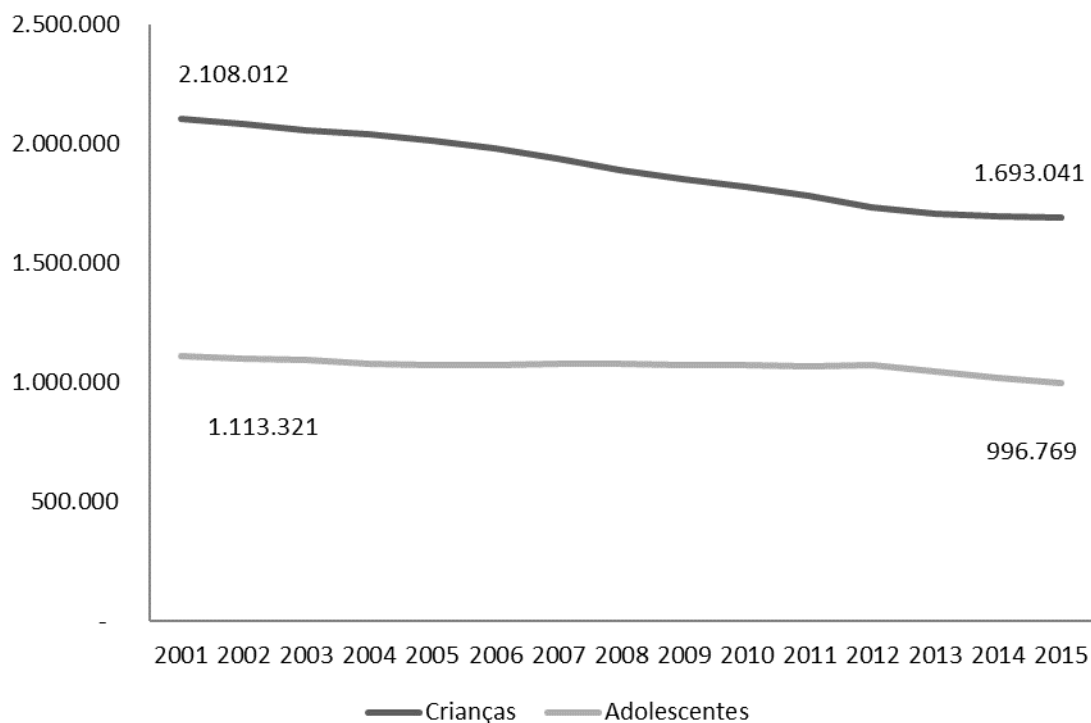


FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

#### 4.2.1.1. Faixa Etária (0 – 17 anos)

A população gaúcha está, de fato, em processo de envelhecimento: o contingente de crianças caiu 19,7%, passando de 2.108.012 em 2001 para 1.693.041 em 2015, o que representa uma redução de 415 mil crianças. O número de adolescentes também reduziu, porém em menor proporção: 10,5%, passando de 1.113.321 para 996.769 no período analisado, uma redução de 117 mil adolescentes.

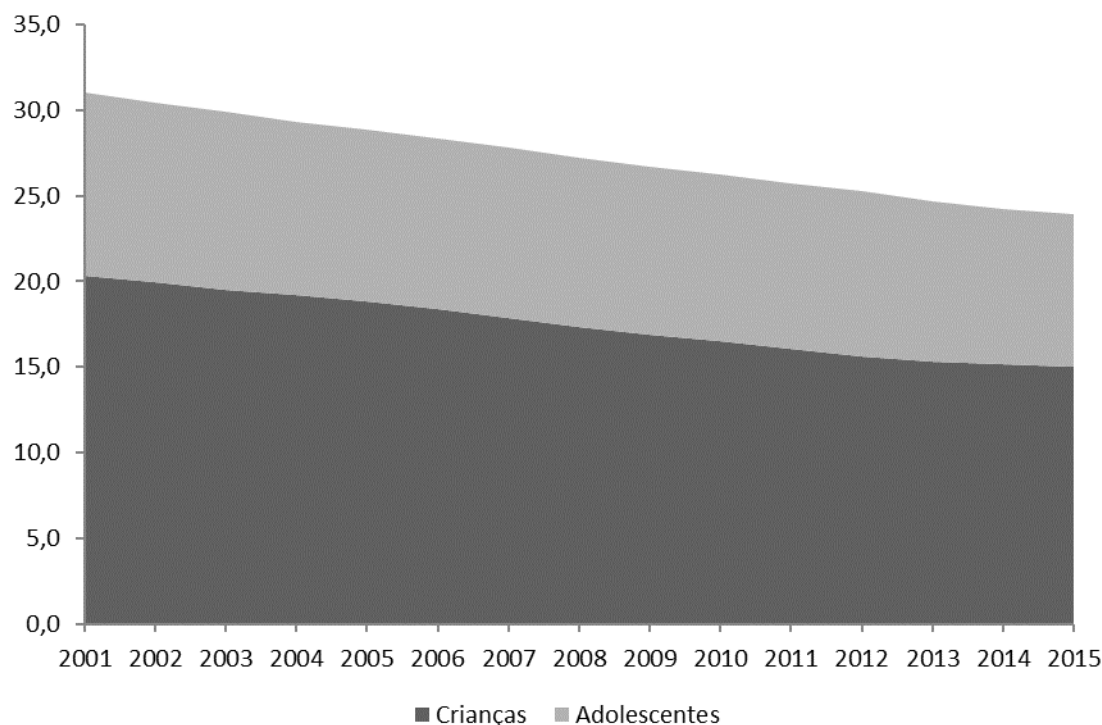
Gráfico 4.2.1.1.1 – População de crianças e adolescentes, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

A participação da população de crianças e adolescentes em relação à população total tem tendência a diminuir ao longo da série analisada: a de crianças passou de 20% para 15% enquanto que a de adolescentes passou de 11% para 9%. Essas duas faixas etárias eram pouco menos de um terço da população gaúcha em 2001, passando para cerca de um quarto em 2015.

Gráfico 4.2.1.1.2 – Proporção de crianças e adolescentes em relação à população total, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

#### 4.2.1.2 Sexo

Em 2015, a população gaúcha era composta por 51,3% de mulheres, o que representa um excedente de 300 mil em relação ao número de homens. A razão<sup>8</sup> entre o número de homens e o de mulheres da população do Estado apresentou queda no período 2001-15, passando de 96,1 para 94,8 homens para cada cem mulheres, refletindo, principalmente, a excessiva mortalidade masculina, especialmente devido a causas violentas.

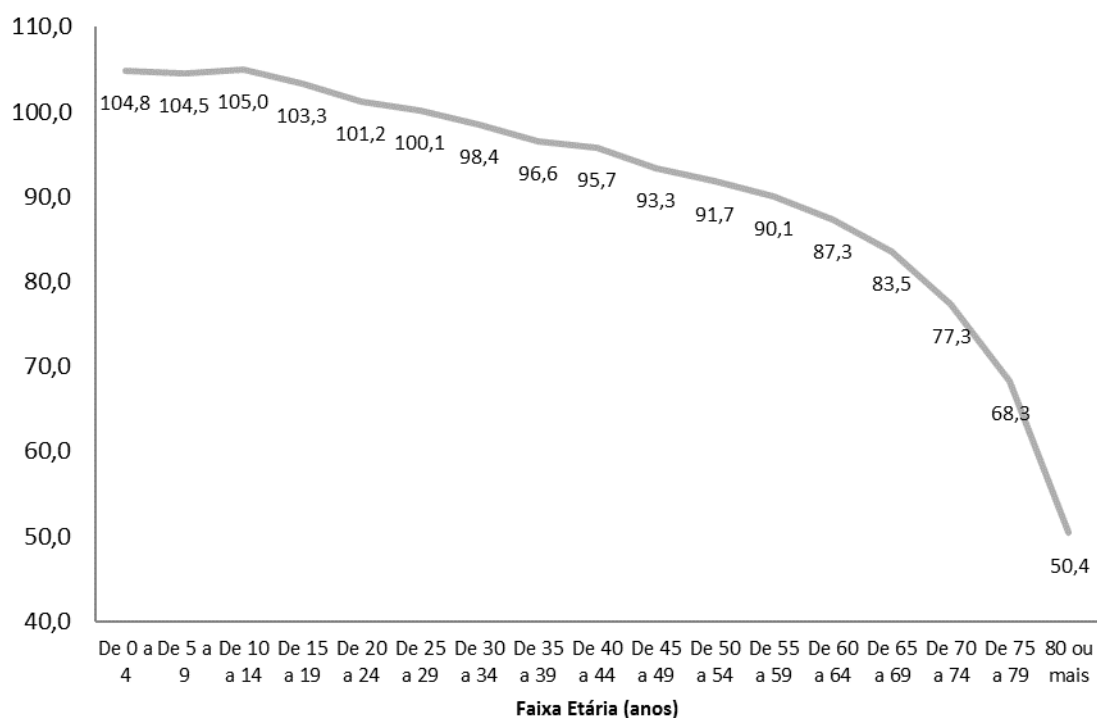
A composição da população por gênero é bastante diferenciada de acordo com a idade, conforme a análise desse indicador por faixa etária em 2015: há mais pessoas do sexo masculino na faixa até os 24 anos de idade; na faixa etária de 25 a 29, há certa igualdade entre os gêneros, mas, a partir de 30 anos, o número de mulheres já supera o de homens, aumentando a diferença

---

<sup>8</sup> A razão de sexos representa o “número de homens para cada grupo de 100 mulheres, em determinado espaço geográfico, no ano considerado”. (...) “Uma razão de 100 indica igual número de homens e mulheres. Acima de 100, predominância de homens, e abaixo, predominância de mulheres”. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa02.htm>> Acesso em: 25 ago. 2017.

com a idade. A proporção chega a ser de 50 homens para cada cem mulheres para aqueles com idade de 80 anos ou mais.

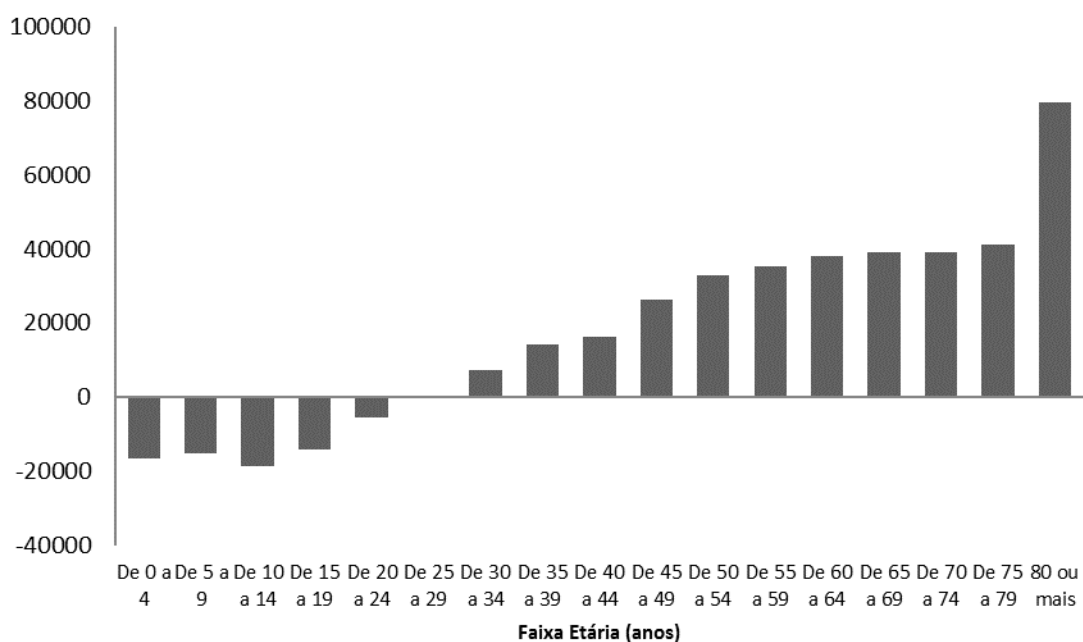
Gráfico 4.2.1.2.1 – Razão de sexo, por idade, Rio Grande do Sul — 2015



FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

De fato, o excedente feminino aumenta com a idade, chegando a ser mais de 40 mil para a população de 75 a 79 anos e de 80 mil entre a população de 80 anos ou mais.

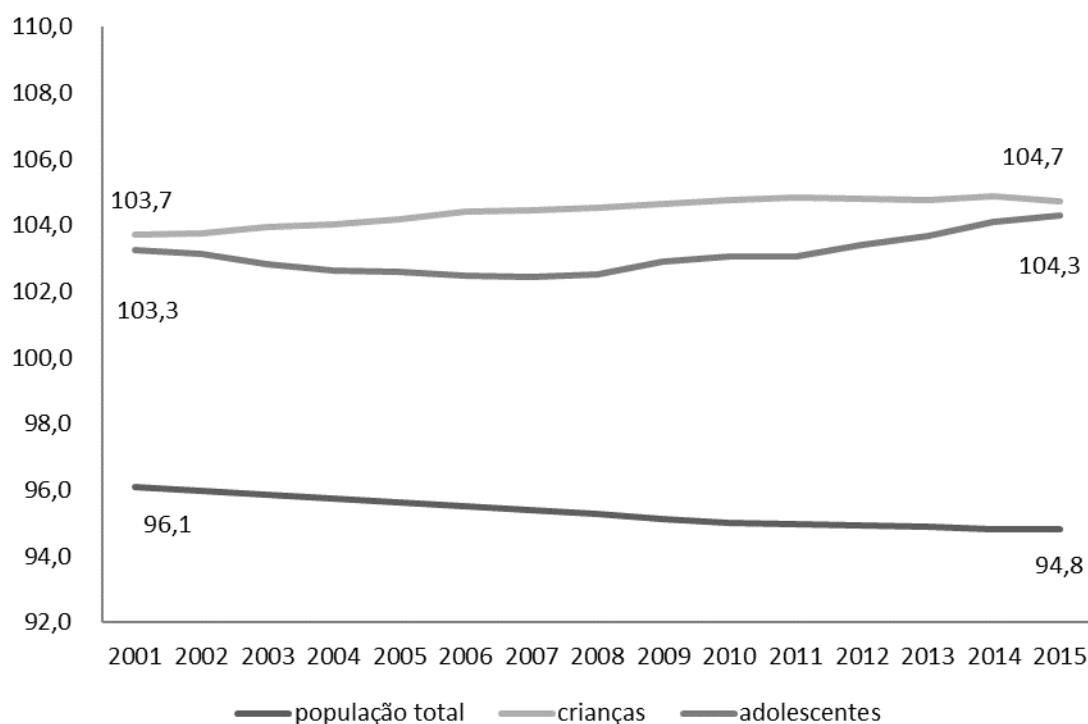
Gráfico 4.2.1.2.2 – Diferença entre a população feminina e a masculina, Rio Grande do Sul — 2015



FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

Na comparação entre as crianças e os adolescentes, nota-se que a razão entre os sexos é bastante similar: 104,7 (crianças) e 104,3 (adolescentes) do sexo masculino para cada cem do sexo feminino, em 2015, o que indica que a sobremortalidade masculina ainda não afeta a estrutura por gênero nessas faixas etárias. Ao longo do tempo, o indicador apresenta tendência de elevação no período 2001-2015.

Gráfico 4.2.1.2.3 – Razão de sexo da população total, de crianças e de adolescentes, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

#### 4.2.1.3. Raça/Cor<sup>9-10</sup>

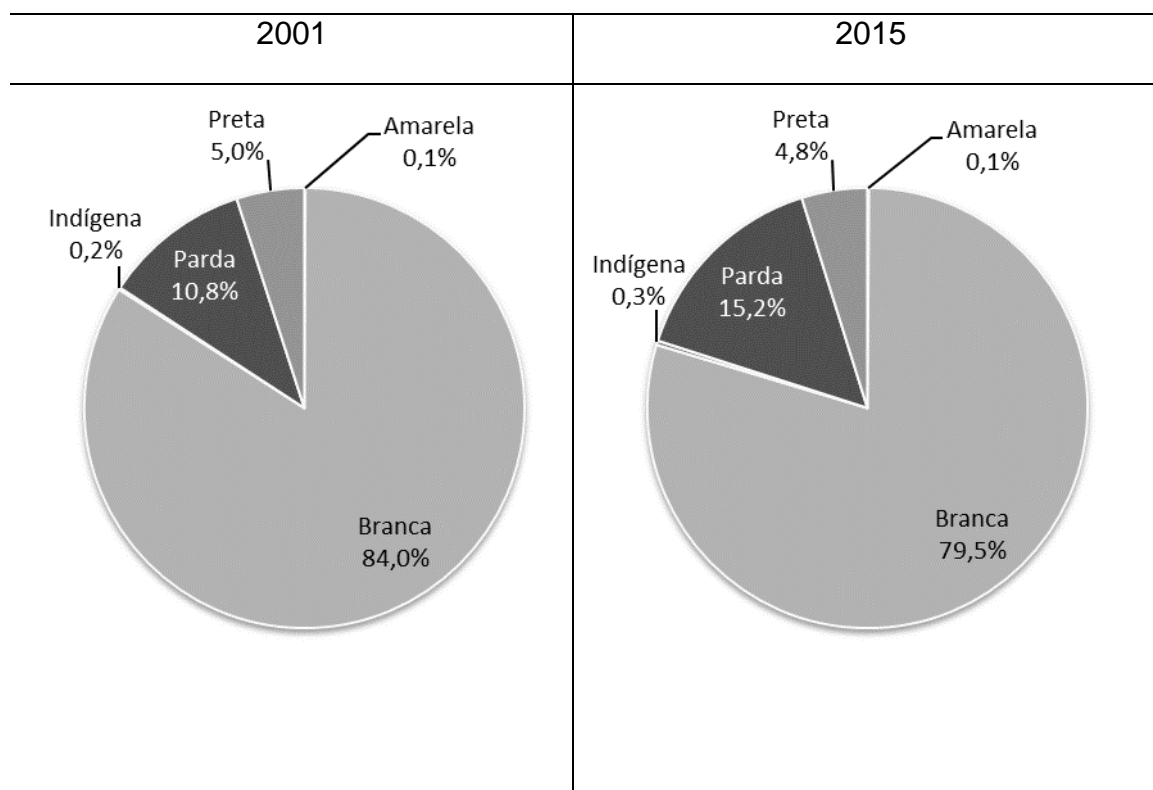
A composição por raça/cor das crianças gaúchas indica um grande predomínio da raça/cor branca: 80% em 2015. Os pardos são 15% e os de raça/cor preta, 5%, sendo bem reduzida a participação de indígenas, apenas 0,3%, representando um contingente de 5,4 mil crianças. Da mesma forma, a presença de crianças da raça/cor amarela é pequena, formando apenas 0,1% da população nessa faixa etária. Em 2001, a proporção de crianças brancas era um pouco maior (84%), em contrapartida, a participação de pardos era menor (11%).

<sup>9</sup> Apesar de algumas bases de dados utilizarem o termo cor/raça, neste trabalho a Comissão definiu pela utilização da expressão raça/cor, seguindo a recomendação da portaria nº 344, de 1º de Fevereiro de 2017, do Ministério da Saúde.

<sup>10</sup> As estimativas populacionais desagregadas por raça/cor foram realizadas com base em médias trienais das informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE referente aos anos de 2001 a 2009 e 2011 a 2015. Optou-se por não utilizar as informações do Censo Demográfico de 2010 visando à manutenção da homogeneidade metodológica quanto às formas de coleta da informação. Sendo assim, as informações de 2010 foram imputadas via interpolação linear.



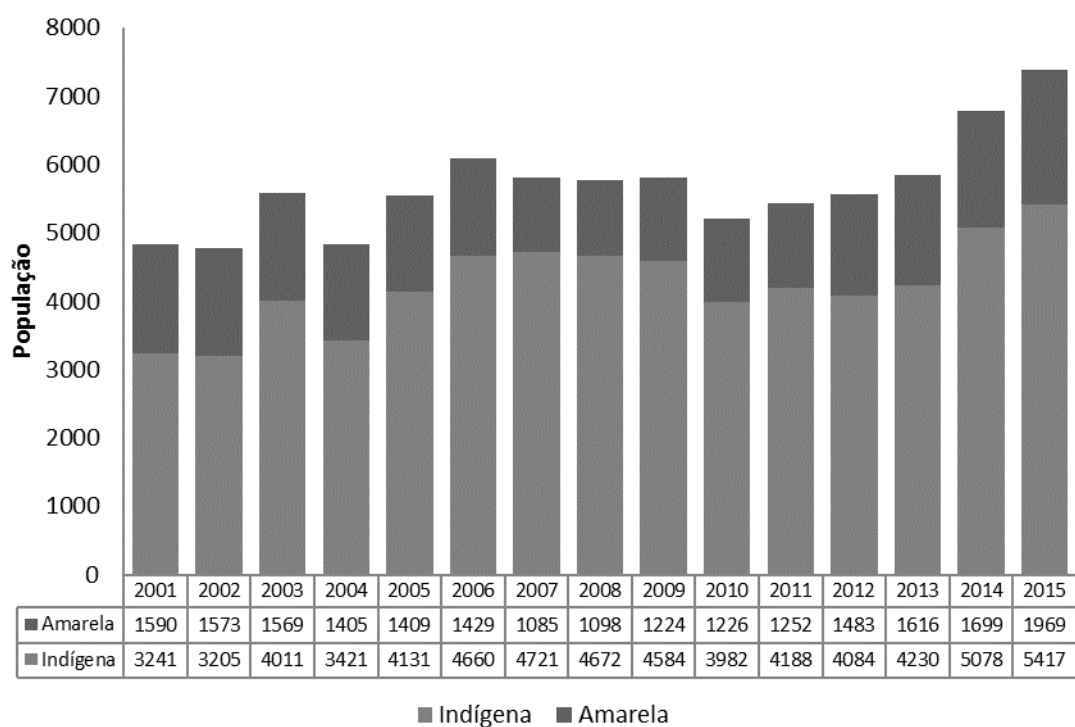
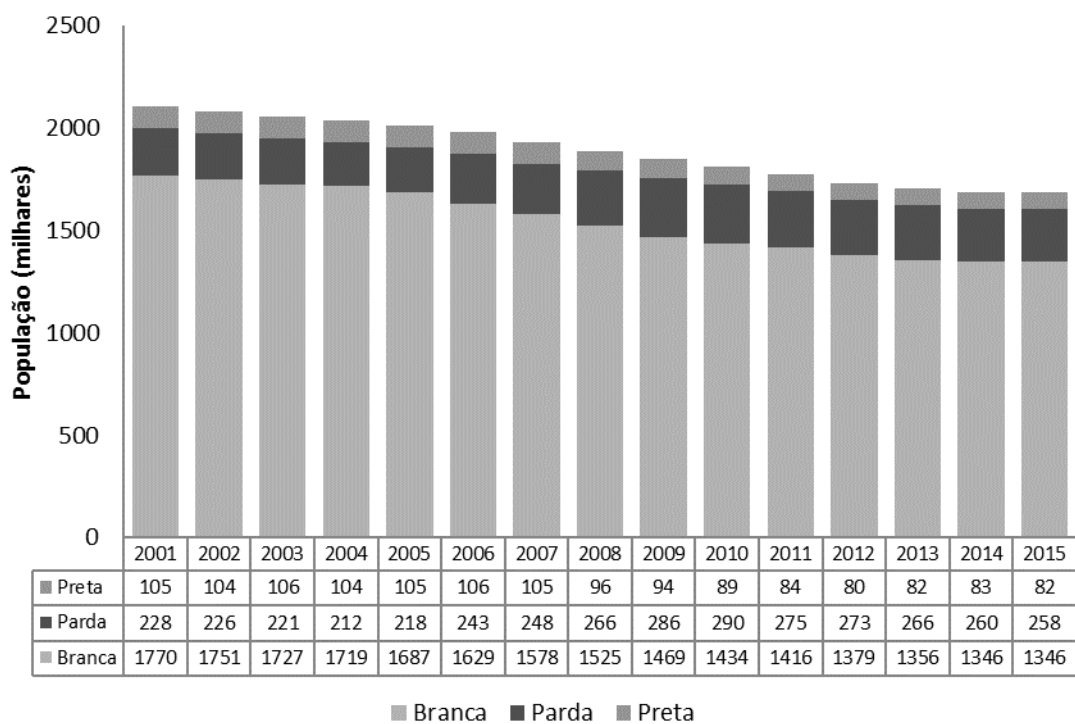
Figura 4.2.1.3.1 – Distribuição das crianças por raça/cor, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.  
IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

O número de crianças de raça/cor branca e preta caiu no período analisado, com reduções acima de 20%: as brancas passaram de 1,8 milhão para 1,3 milhão, enquanto as pretas diminuíram de 105 mil para 82 mil. Por outro lado, houve um crescimento de 67% no contingente de crianças indígenas: passaram de 3,2 mil em 2001 para 5,4 mil em 2015. O número de crianças pardas também aumentou no período, 13%, passando de 228 mil para 258 mil.

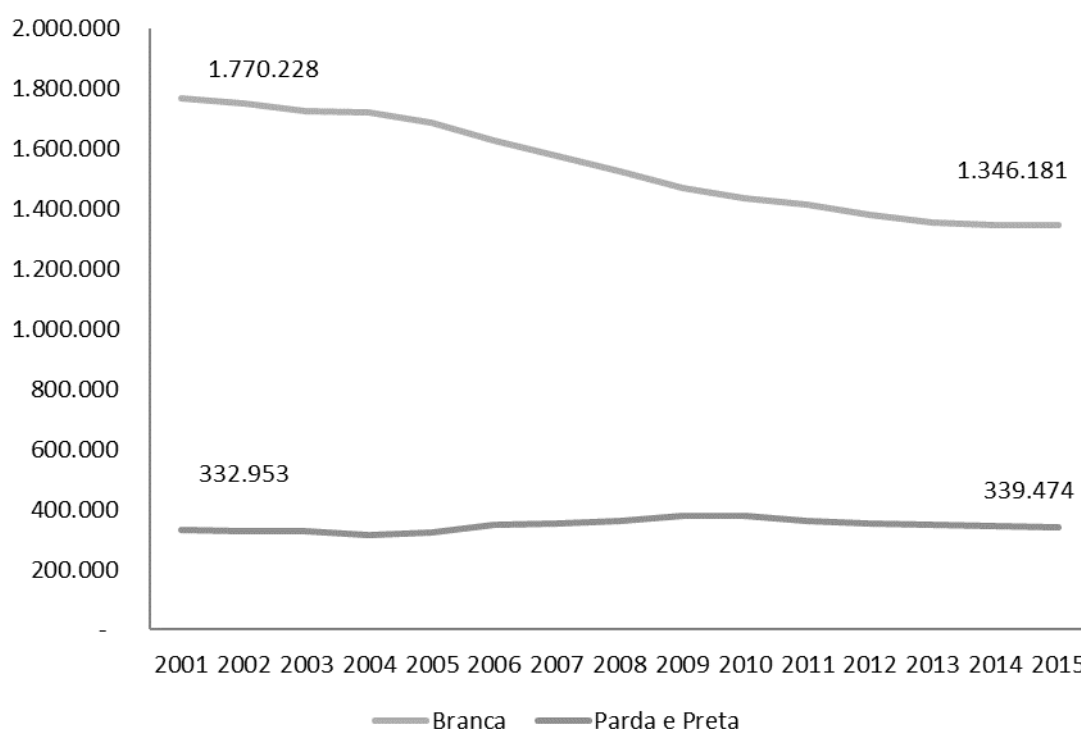
Gráfico 4.2.1.3.1 – Número de crianças por raça/cor, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.  
IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

A evolução no tamanho da população de crianças brancas comparada com a de pardas e pretas indica que, enquanto a diminuição da população branca nessa faixa etária é marcante (24%), o grupo formado pelas pardas e pretas apresenta uma relativa estabilidade no período, com crescimento de apenas 2%.

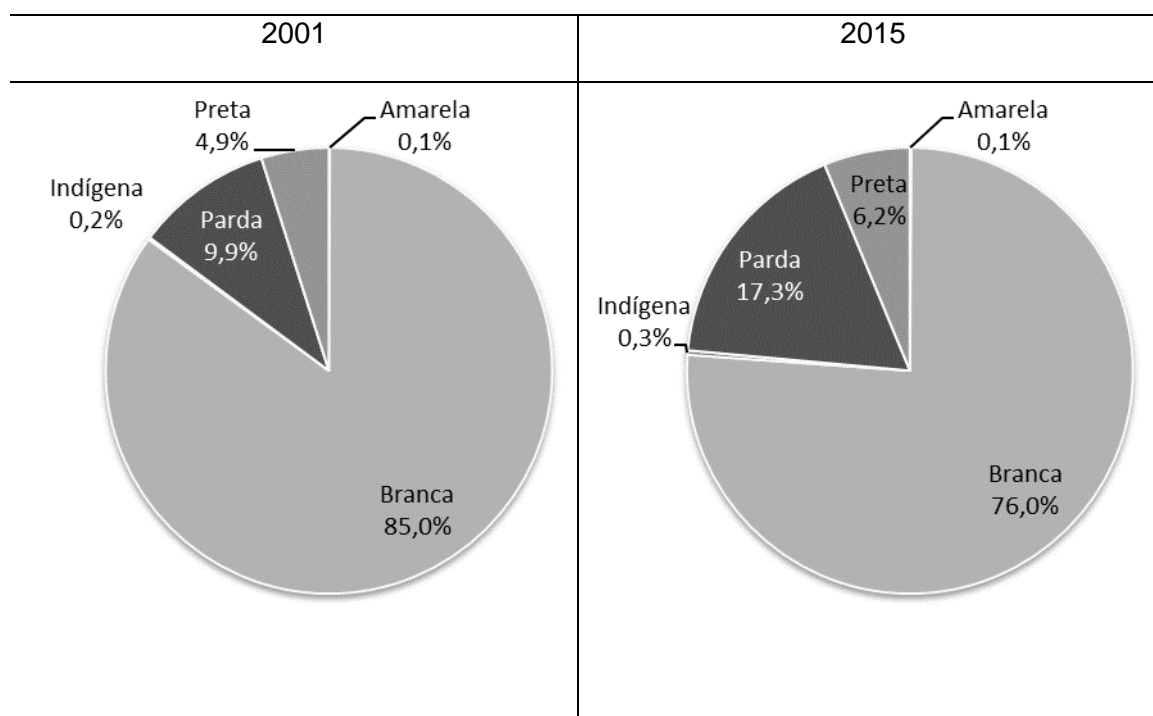
Gráfico 4.2.1.3.2 – Número de crianças por raça/cor, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.  
IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

A composição por raça/cor dos adolescentes também indica um grande predomínio da raça/cor branca: 76% em 2015. Os pardos são 17% e os pretos, 6%, sendo também reduzida a participação de indígenas, apenas 0,3%, representando um contingente de 3,2 mil adolescentes indígenas no Rio Grande do Sul. Da mesma forma do que ocorre com as crianças, a presença de adolescentes da raça/cor amarela forma uma pequena parcela da população nessa faixa etária, apenas 0,1%. Na comparação com 2001, nota-se que a proporção de adolescentes brancos era um pouco maior, 85%, em contrapartida, a participação de pardos e pretos foi menor, 10% e 5%, respectivamente.

Figura 4.2.1.3.2 - Distribuição dos adolescentes por raça/cor, Rio Grande do Sul — 2001-15

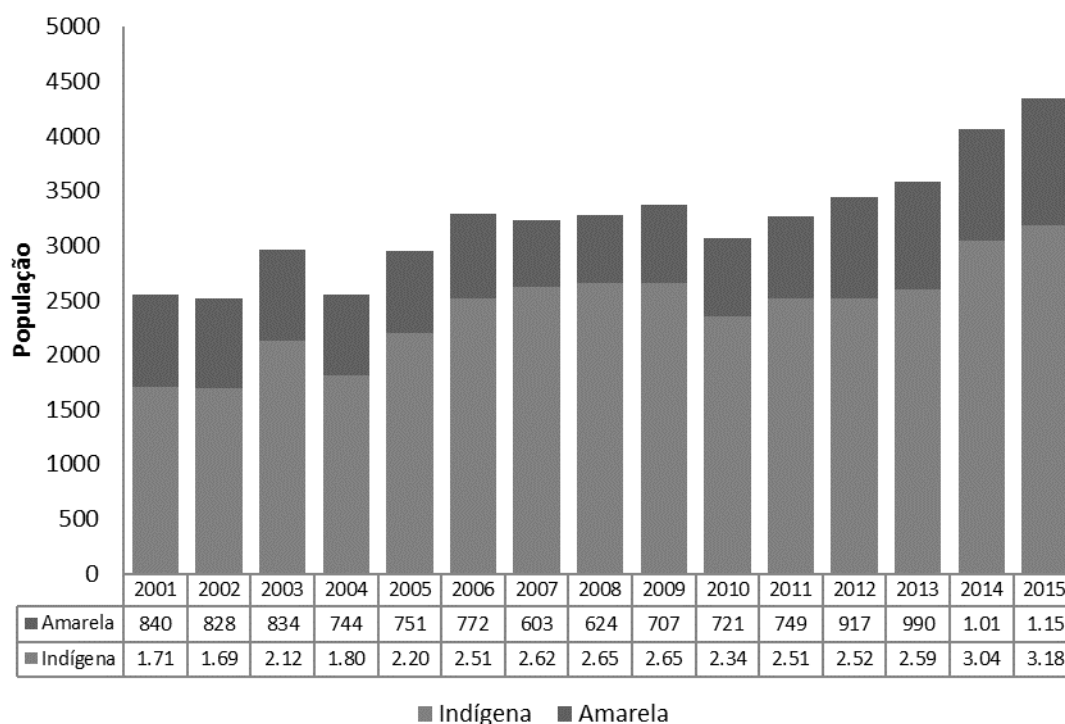
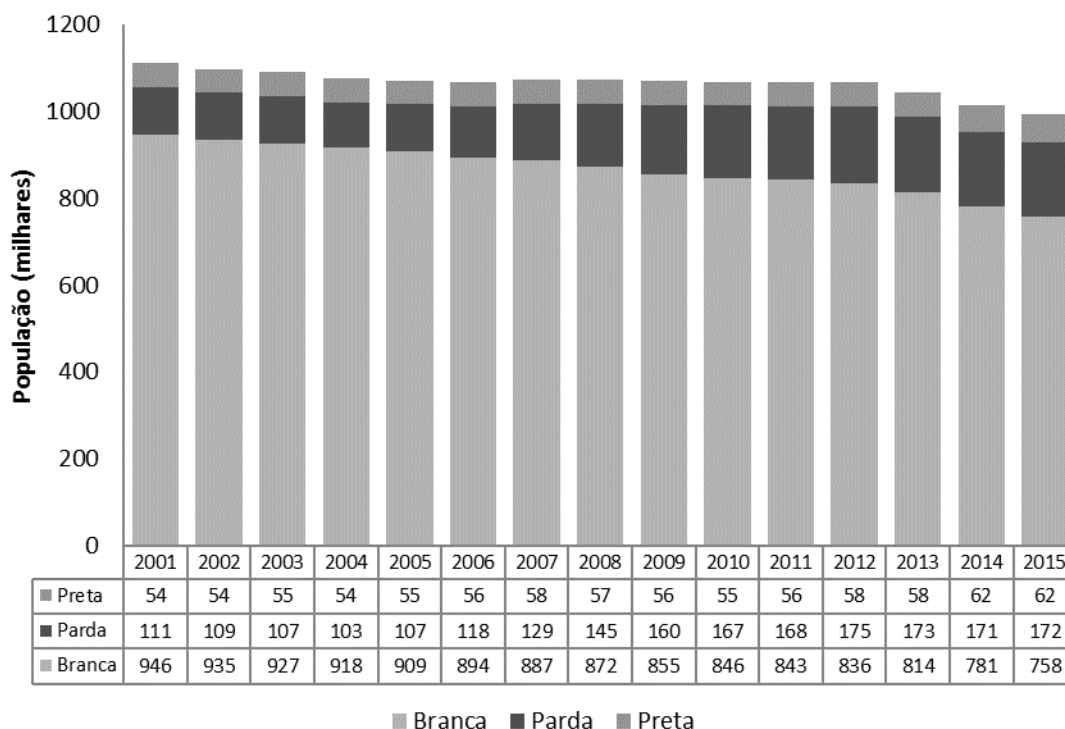


FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

Em relação aos adolescentes, apenas o contingente de raça/cor branca caiu no período 2001-15, apresentando uma redução de 20%, passando de 946 mil para 758 mil. Por outro lado, houve um aumento proporcional bastante elevado entre os adolescentes indígenas, na ordem de 86%, uma vez que passaram de 1.710 em 2001 para 3.189 em 2015. A população adolescente parda passou de 111 mil para 172 mil, tendo um crescimento de 56%. Já os de raça/cor preta aumentaram 14%, passando de 54 mil para 62 mil no período analisado.

Gráfico 4.2.1.3.3 – Número de adolescentes por raça/cor, Rio Grande do Sul — 2001-15

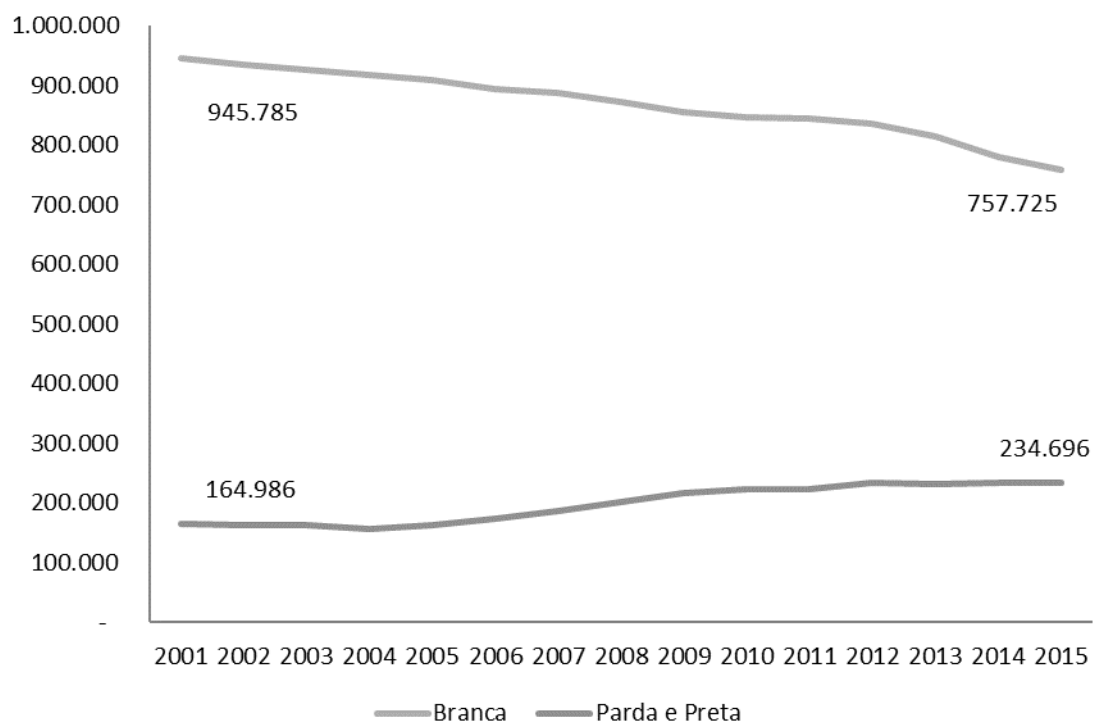


FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.  
IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

A evolução no tamanho da população de adolescentes brancos comparado com os de raça/cor parda e preta indica que, enquanto a

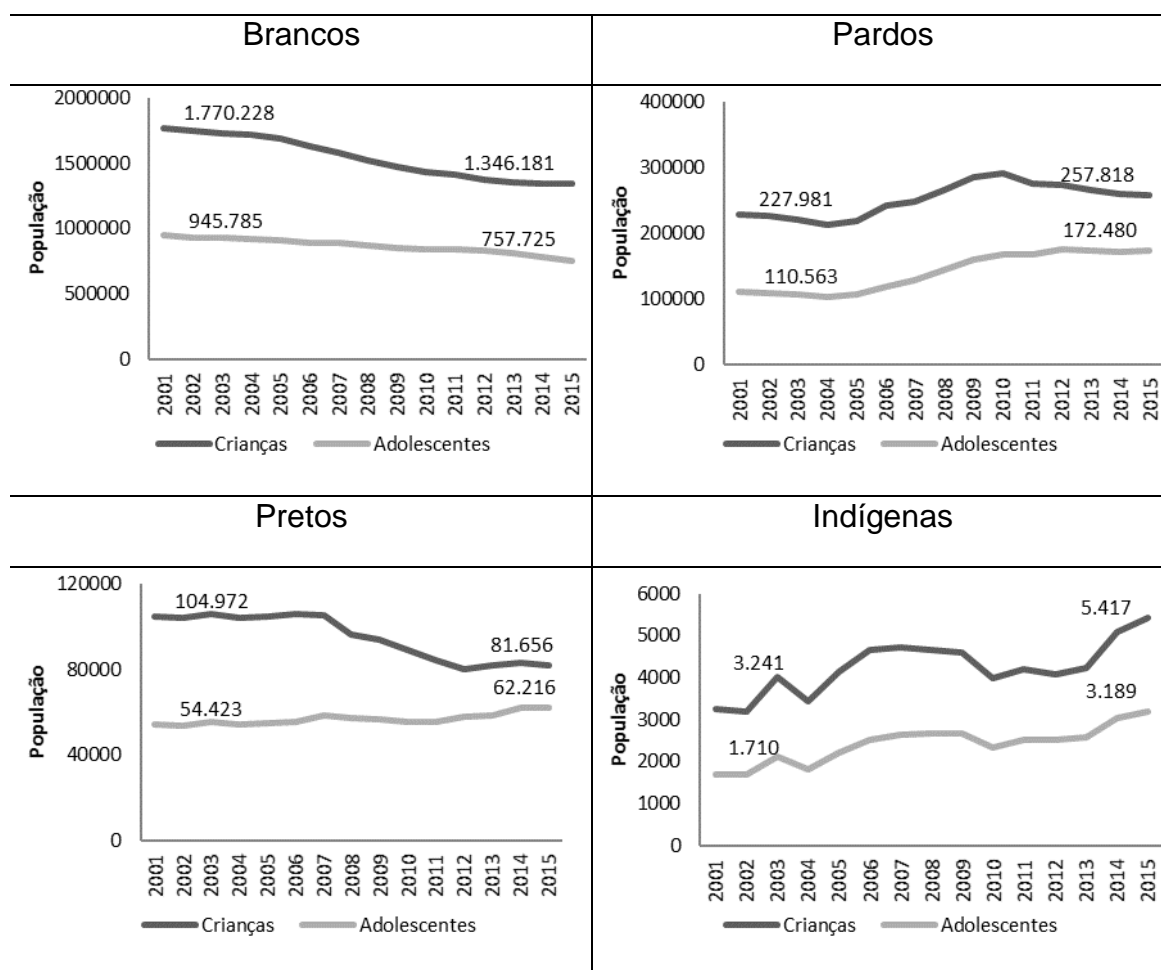
diminuição da população branca nessa faixa etária é marcante (20%), o grupo formado pelos pardos e pretos revela um aumento no período, com crescimento de 42%, passando de 165 mil em 2001 para 235 mil em 2015.

Gráfico 4.2.1.3.4 – Número de adolescentes por raça/cor, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.  
IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

Figura 4.2.1.3.3 – Evolução do número de crianças adolescentes por raça/cor, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

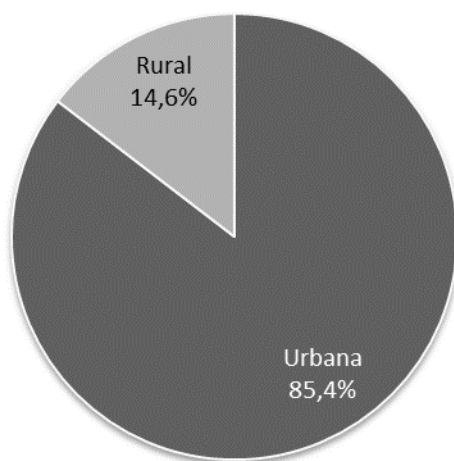
Em relação ao número de crianças e adolescentes quilombolas e ribeirinhas no Rio Grande do Sul, a fonte de dados disponível foi o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único), instrumento utilizado para identificar e caracterizar as famílias de baixa renda brasileiras, em especial para a seleção e inclusão destas em programas federais (como os Programas Bolsa Família e Minha Casa Minha Vida, entre outros) e para a concessão de benefícios. Também pode ser empregado pelos governos estaduais e municipais para a seleção de beneficiários de seus programas sociais, sendo considerado “uma porta de entrada para as famílias acessarem diversas políticas públicas” (Brasil, 2017). Conforme consulta realizada no Cadastro Único, em 07 de fevereiro de 2017, residiam 1.436 famílias quilombolas no Rio Grande do Sul, sendo que, nestas, havia o registro

de 2.492 crianças e adolescentes. Na mesma consulta, identificaram-se 494 famílias ribeirinhas e 897 crianças e adolescentes no Estado.

#### 4.2.1.4. Urbano/Rural

De acordo com último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a população do estado do Rio Grande do Sul era formada por 10.693.929 pessoas, sendo 85,1% delas residentes em zona urbana. Para o segmento populacional de crianças e adolescentes no Estado, também há predominância semelhante: 85,4% deles residiam em zonas urbanas.

Gráfico 4.2.1.4.1 – Crianças e adolescentes segundo situação do domicílio, Rio Grande do Sul — 2010



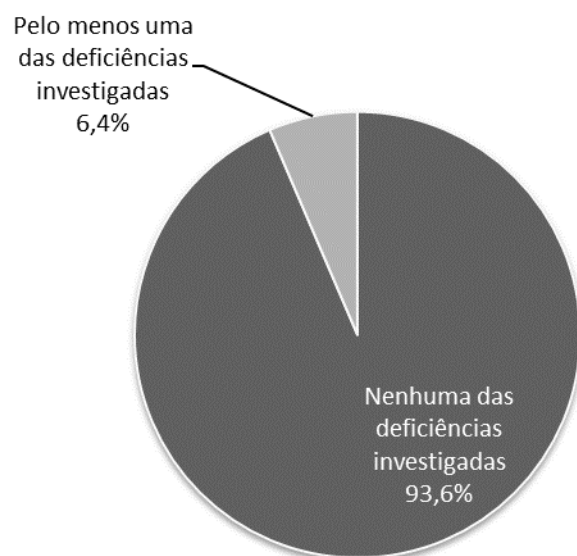
FONTE: IBGE, Censo Demográfico 2010.

#### 4.2.1.5. Pessoas com Deficiência

Em relação à presença de deficiências dentre a população com 17 anos ou menos no Rio Grande do Sul, o Censo Demográfico de 2010 revelou que 6,4% tinham pelo menos uma das deficiências investigadas, seja auditiva, motora, visual ou mental/intelectual.



Gráfico 4.2.1.5.1 – População de 0 a 17 anos segundo deficiência, Rio Grande do Sul — 2010

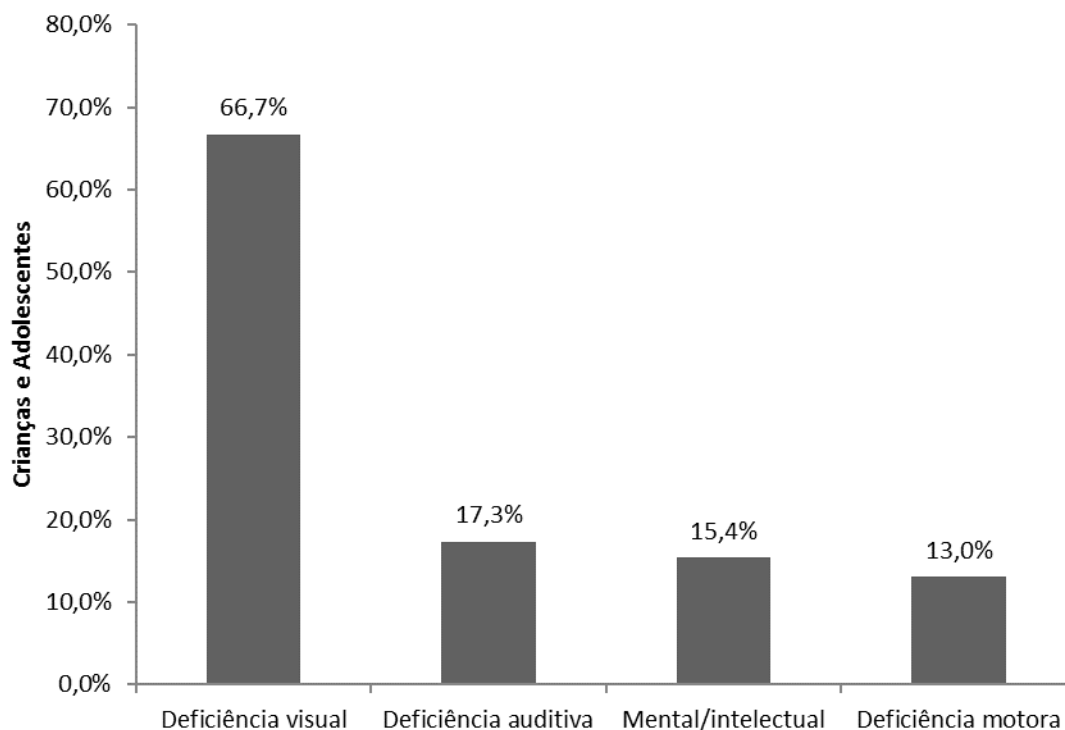


FONTE: IBGE, Amostra do Censo Demográfico 2010.

NOTA: Deficiências investigadas: Auditiva, Motora, Visual e Mental/Intelectual.

Segundo dados do Censo de 2010, a deficiência visual apresentou a maior incidência, sendo reportada por 66,7% da população com até 17 anos que apresenta alguma deficiência. Deficiência auditiva está em segundo lugar, com ocorrência de 17,3% e deficiência mental/intelectual aparece logo a seguir, com um percentual de 15,4%. Por fim, deficiência motora foi indicada por 13,0% das pessoas com deficiência com até 17 anos.

Gráfico 4.2.1.5.2 – População de 0 a 17 anos segundo tipos de deficiência, Rio Grande do Sul — 2010



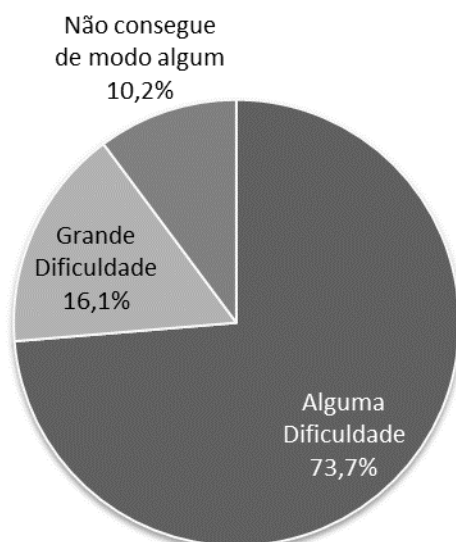
FONTE: IBGE, Amostra do Censo Demográfico 2010.

NOTA: Resposta Múltipla, uma pessoa pode declarar mais de uma deficiência.

No questionário do Censo, às pessoas com deficiências visual, auditiva e/ou motora foram direcionadas perguntas buscando identificar os seus graus de dificuldades em relação à deficiência, dispostos da seguinte maneira: (a) tem alguma dificuldade em realizar; (b) tem grande dificuldade e, (c) não consegue realizar de modo algum (Brasil, 2012).

Entre as crianças e os adolescentes gaúchos que reportaram ter deficiência auditiva, 10,2% responderam que “não consegue de modo algum” e 16,1% disse que tem grande dificuldade de audição (totalizando 26,3% dos respondentes). O restante (73,7%) indicou alguma dificuldade auditiva.

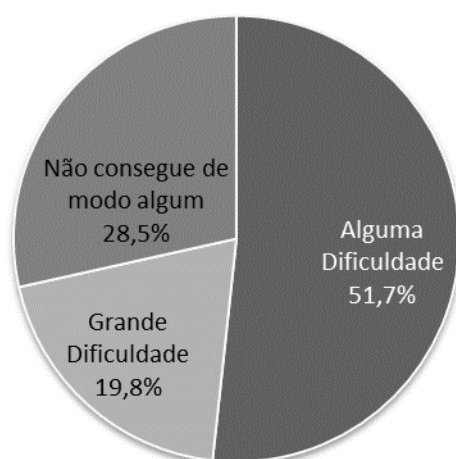
Gráfico 4.2.1.5.3 – População de 0 a 17 anos com deficiência auditiva, segundo graus de dificuldades, Rio Grande do Sul — 2010



FONTE: IBGE, Amostra do Censo Demográfico 2010.

Em relação às crianças e aos adolescentes que reportaram ter deficiência motora, quase a metade, 48,3%, afirmou que não consegue de modo algum (28,5%) ou tem grande dificuldade motora (19,8%), enquanto o restante (51,7%) indicou alguma dificuldade motora.

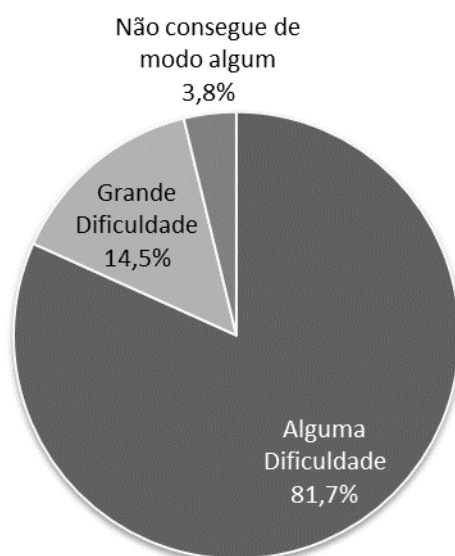
Gráfico 4.2.1.5.4 – População de 0 a 17 anos com deficiência motora, segundo graus de dificuldades, Rio Grande do Sul — 2010



FONTE: IBGE, Amostra do Censo Demográfico 2010.

Por fim, entre as crianças e os adolescentes que reportaram ter deficiência visual, 18,3% ou não conseguem de modo algum (3,8%) ou tem grande dificuldade visual (14,5%). Já o restante (81,7%) indicou alguma dificuldade visual.

Gráfico 4.2.1.5.5 – População de 0 a 17 anos com deficiência visual, segundo graus de dificuldades, Rio Grande do Sul — 2010



FONTE: IBGE, Amostra do Censo Demográfico 2010.

#### 4.2.1.6 Sub-registro

Desde 1974, o IBGE realiza a coleta dos registros de nascimentos e de óbitos que ocorrem no país. Além de servirem de subsídios para os estudos demográficos, estas informações auxiliam no planejamento de políticas públicas nas mais diversas áreas, entre elas, a saúde e a educação. A posse de certidão de nascimento representa um dos primeiros direitos do cidadão, constituindo-se em um documento necessário para acesso a diversos serviços, como vacinação e matrícula escolar, por exemplo. No passado, havia um grande sub-registro de nascimentos, e até mesmo registro tardio (após o quarto mês do nascimento da criança).

Para medir o sub-registro, o IBGE calcula a diferença entre os nascimentos das Estatísticas do Registro Civil e os estimados na Projeção da

População por sexo e idade. A informação gerada é o percentual de nascimentos esperados para um ano que não foi registrado em cartório até o primeiro trimestre do próximo ano. Essa metodologia iniciou em 1980, quando o IBGE estimou em 23,8% o sub-registro de nascimentos. Durante as décadas de 1980 e 1990, o sub-registro variou de 30,3% a 17,8%, apresentando uma tendência de queda a partir dos anos 1990. Na década de 2000, mesmo tendo percentuais de sub-registro acima de 20,0% nos anos de 2001 e 2002, essa tendência foi mantida até 2014, quando atingiu o percentual de 1,0%.

De acordo com pesquisas anteriores (em 2000, 2010 e 2013), o sub-registro de nascimentos é bastante heterogêneo conforme as Grandes Regiões brasileiras, sendo os maiores valores obtidos nas regiões menos desenvolvidas. Em 2014, foram encontradas diferenças apenas nas Regiões Norte e Nordeste (em torno de 12%), nas demais, há indicação de que os registros estejam completos. As causas relacionadas para a falta de registro de nascimentos dentro do prazo previsto em lei se devem a vários fatores, entre eles, acesso à informação e aos serviços de saúde e de assistência social precário ou ausente, as elevadas distâncias percorridas até os cartórios bem como os custos envolvidos para obtenção da certidão.

Outra maneira de verificar o grau de sub-registro é comparando os dados das Estatísticas do Registro Civil, do IBGE, com aqueles obtidos pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde. Segundo o IBGE, em 1998, o total de registros obtidos pelo SINASC chegou a ser 15,7% superior ao originado pelo Registro Civil, sendo aquele o ano em que se observou a maior diferença desde que o Sistema foi implementado, em 1994. Já em 2002, a diferença caiu para 9,1%, e a tendência de queda foi mantida até 2013, quando atingiu 2,9% (IBGE, 2014).

#### **4.2.2. Pobreza e Vulnerabilidade**

As possíveis conceituações sobre a pobreza variam conforme o contexto socioeconômico do qual se está falando, porém, em linhas gerais, pode ser determinada a partir de três concepções principais, são elas: a noção de subsistência (tida como pobreza absoluta); em conformidade com o padrão de vida predominante em determinada sociedade (relativa) ou, então, levando-se em consideração a interpretação das pessoas sobre o que é a pobreza

(subjativa). Quando muitas pessoas de um país não conseguem cobrir suas necessidades mínimas de subsistência, adota-se a perspectiva absoluta, a partir da qual se estabelecem linhas de pobreza, buscando-se separar os pobres e pobres extremos (abaixo da linha) dos não pobres, com vistas a focalizar as políticas públicas e a concessão de benefícios sociais. No Brasil, são adotadas linhas administrativas, não existindo uma linha oficial de pobreza. Para o Plano Brasil Sem Miséria, por exemplo, foram considerados diferentes cálculos no estabelecimento dos valores, especialmente com base nos estudos de Rocha (2013) e do Banco Mundial (na época da concepção US\$ 1,25 per capita por dia pela Paridade do Poder de Compra (PPC) se traduzia em cerca de R\$ 67).

Existem, também, as linhas de pobreza a partir do consumo observado, que se baseiam no uso das necessidades nutricionais como referência. De acordo com Rocha “existe consenso de que, havendo disponibilidade de informações sobre a estrutura do consumo das famílias, essa é a fonte mais adequada” (Rocha, 2006). Além das necessidades nutricionais (calorias, proteínas e nutrientes, etc), são levadas em consideração as características individuais, as especificidades locais e culturais, entre outros fatores, que permitem estabelecer a cesta alimentar de menor custo de cada região. Conforme os critérios adotados, os valores das linhas de pobreza e extrema pobreza variam, conforme pode ser visualizado na tabela abaixo.

Tabela 4.2.2.1 – Valores das linhas de pobreza e extrema pobreza do Brasil segundo o Plano Brasil Sem Miséria, e da Área Metropolitana de Porto Alegre segundo Necessidades Calóricas, Brasil — 2011-15

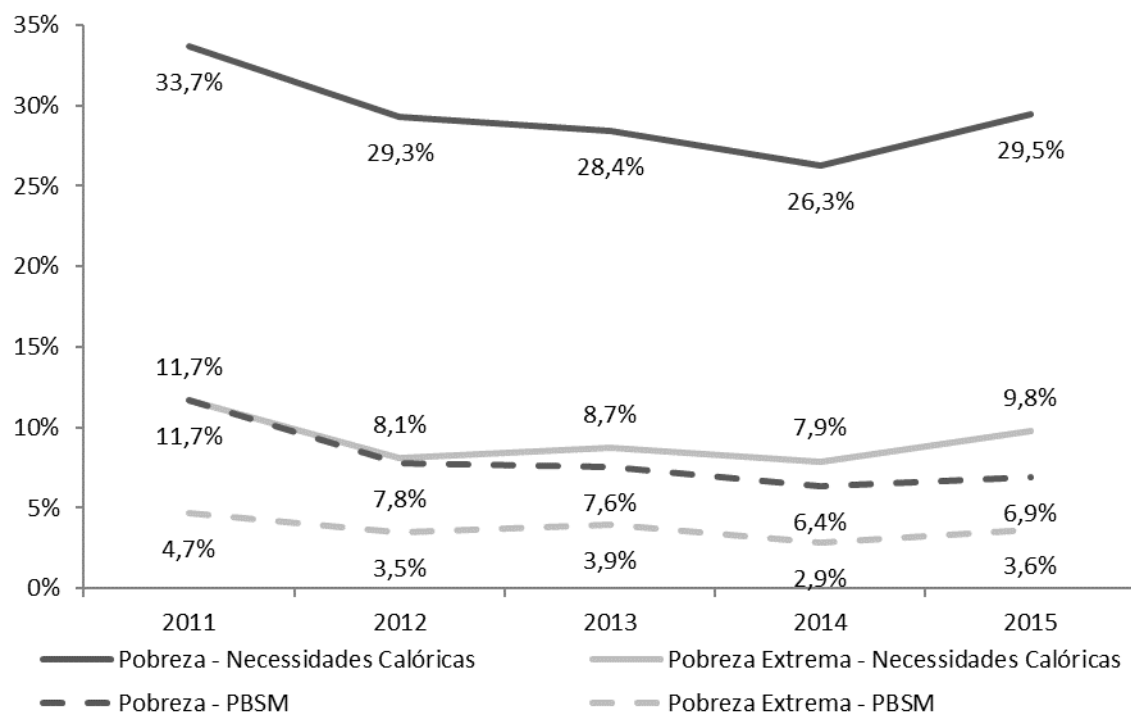
LINHAS DE POBREZA (R\$)		2011	2012	2013	2014(1)	2015(1)
Necessidades Calóricas (Área Metropolitana de Porto Alegre)	Extrema Pobreza	140,42	148,53	156,91	167,25	186,91
	Pobreza	280,84	297,06	313,82	334,50	373,83
Plano Brasil Sem Miséria (Brasil)	Extrema Pobreza	70,00	70,00	70,00	77,00	77,00
	Pobreza	140,00	140,00	140,00	154,00	154,00

FONTE: IPEA (2017); BRASIL (2011; 2014a).

(1) Linhas segundo necessidades calóricas da área metropolitana de Porto Alegre de 2014 e 2015 inflacionadas pelo índice de inflação acumulado do ano da área Metropolitana de Porto Alegre segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No gráfico 4.2.2.1 sobre o percentual de crianças e adolescentes gaúchos com renda familiar per capita inferior às linhas de pobreza e extrema pobreza, é possível verificar que, dependendo do valor das linhas empregado, o número de pobres e extremamente pobres altera significativamente. Segundo a linha de pobreza por necessidades calóricas, em 2011, 33,7% das crianças e adolescentes no RS eram pobres; pelo Plano Brasil Sem Miséria, neste mesmo ano, 11,7% eram pobres, o mesmo percentual considerado como extremamente pobres pela linha por necessidades calóricas, os quais, segundo o PBSM, eram 4,7% das crianças e adolescentes no RS. Nos anos seguintes, há uma tendência de redução no percentual de pobres e extremos pobres, porém, em 2015, em um cenário de crise econômica, verifica-se uma elevação de pessoas desta faixa etária com rendas familiares per capita abaixo destas linhas.

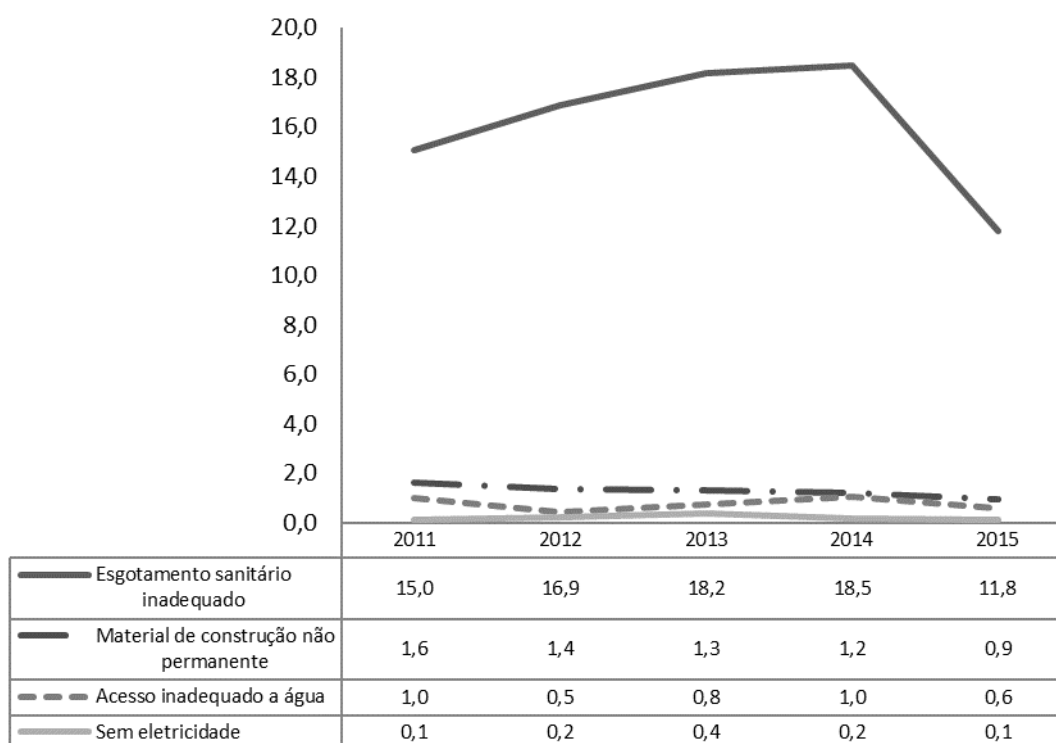
Gráfico 4.2.2.1 – Percentual de crianças e adolescentes com renda familiar per capita inferior às linhas de pobreza e extrema pobreza segundo o Programa Brasil Sem Miséria, e segundo Necessidades Calóricas referente à Área Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul — 2011-15



FONTE: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

Quanto à vulnerabilidade social, é possível afirmar que a condição de moradia de uma família é um dos seus principais componentes. Embora o Rio Grande do Sul, em comparação ao Brasil, apresente bons indicadores com relação ao acesso à eletricidade, à água encanada e às condições físicas das residências, os indicadores de saneamento são preocupantes. Percebe-se que aproximadamente 12% das crianças e adolescentes gaúchos vivem em condições inadequadas de saneamento. Cabe ressaltar que saneamento precário é uma das principais causas de doenças infecto parasitárias e de mortalidade infantil.

Gráfico 4.2.2.2 – Percentual de crianças e adolescentes residentes em domicílios com condições inadequadas, Rio Grande do Sul — 2011-15

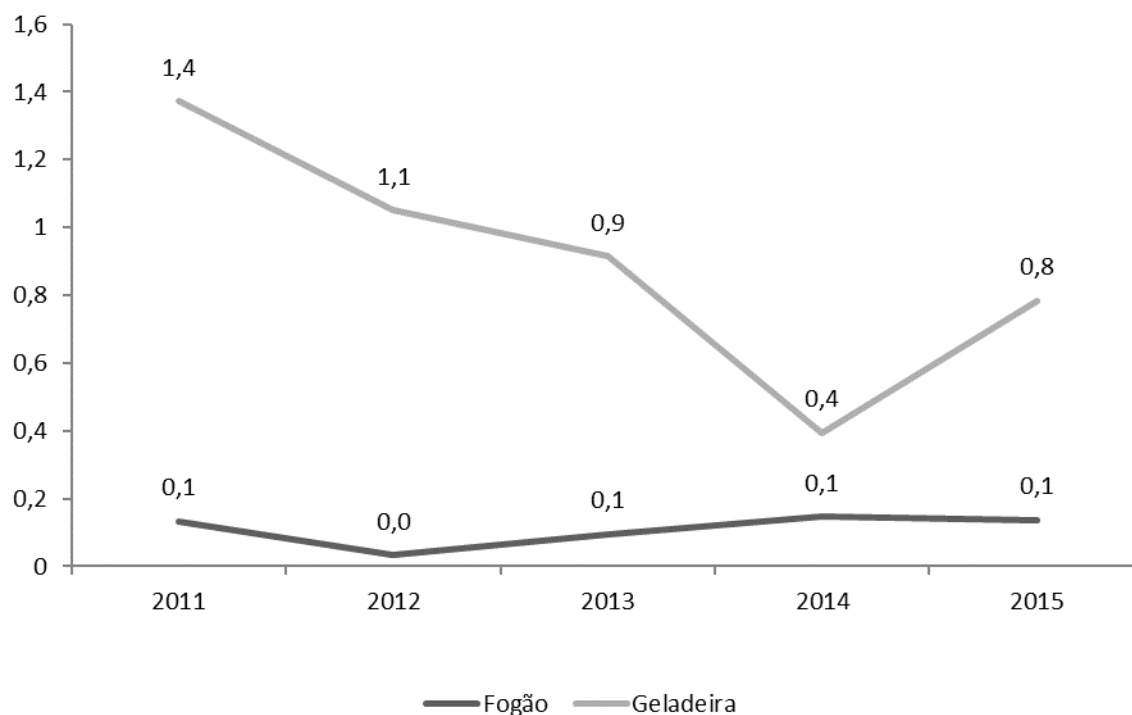


FONTE: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

Com relação à presença de fogão e geladeira nos domicílios, verifica-se que é praticamente inexistente o número de crianças e adolescentes que residem em domicílios sem estes dois itens, considerados fundamentais para a confecção de alimentos e seu armazenamento com maior segurança. É possível afirmar que isso tende a contribuir para a melhora da qualidade da saúde das famílias.



Gráfico 4.2.2.3 – Percentual de crianças e adolescentes residentes em domicílios sem os ativos Fogão e Geladeira, Rio Grande do Sul — 2011-15



FONTE: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

### 4.3. Saúde

Nesta seção, serão apresentados dados sobre o perfil epidemiológico, as morbidades e a mortalidade de crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul. Em relação ao perfil epidemiológico, foram descritos dados relacionados ao número de nascimentos, à proporção de mães com 10 a 19 anos de idade, à cobertura pré-natal, à cobertura vacinal e ao número de cadastros realizados pelo programa Primeira Infância Melhor (PIM). Quanto às morbidades foram analisados dados de sífilis em gestantes, sífilis congênita, microcefalia e intoxicações exógenas. Os dados de mortalidade foram avaliados por faixa etária (<1 ano, 1 a 11, 12 a 17 anos) e sexo, sendo considerados os seguintes indicadores: distribuição dos óbitos, taxa de mortalidade, distribuição dos óbitos por causas e taxa de mortalidade por principais causas. Por fim, foram analisados dados referentes à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em especial os que se referem aos atendimentos ambulatoriais em saúde mental, aos procedimentos aprovados em Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e à

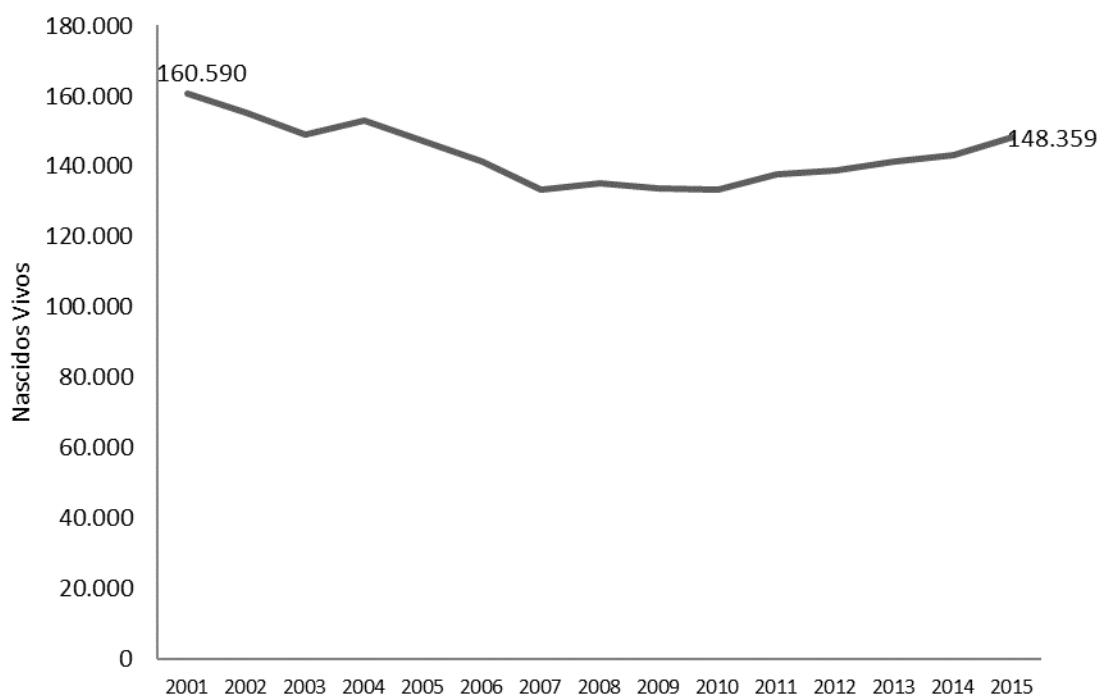
medicalização de crianças e adolescentes; trataram-se ainda de dados sobre as internações por transtornos mentais e comportamentais e sobre os cuidados às pessoas com deficiência.

### 4.3.1. Perfil epidemiológico

#### 4.3.1.1. Nascimento

Ocorreram 2.151.675 nascimentos no Rio Grande do Sul entre 2001 e 2015. O gráfico abaixo apresenta a evolução do número de nascimentos no Estado no período 2001-15. Verifica-se uma diminuição de 17% entre os nascimentos no período 2000-07 e uma elevação de 11% entre 2007-15, atingindo 148.359 nascimentos em 2015.

Gráfico 4.3.1.1.1 – Número de nascimentos, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascido Vivo – SINASC.

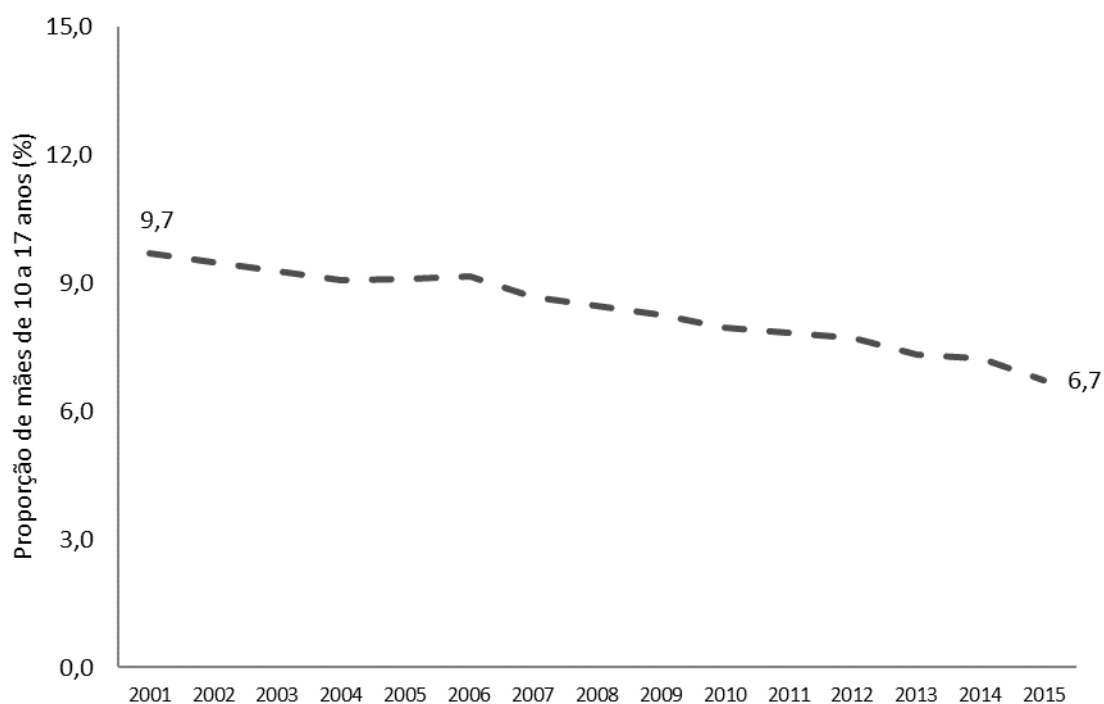
#### 4.3.1.2. Proporção de Mães com 10 a 17 Anos de Idade

A proporção de mães com 10 a 17 anos de idade considerou o número de nascidos vivos cujas mães possuem idade inferior a 18 anos e o número

total de nascidos vivos, excluindo-se as ocorrências “sem informação” e “ignorado”.

O número de mães com 10 a 17 anos de idade diminuiu 35,7% no período de 2001-15, passando de 15.547 em 2001, para 9.995 em 2015. A proporção de mães também apresentou queda, com variação de 31%, caindo de 9,7% para 6,7% (gráfico 4.3.1.2.1). Durante todo o período, 36 mães apresentaram idade entre 10 e 11 anos.

Gráfico 4.3.1.2.1 – Proporção de mães com 10 a 17 anos de idade, segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

#### 4.3.1.3 Cobertura do Pré-natal

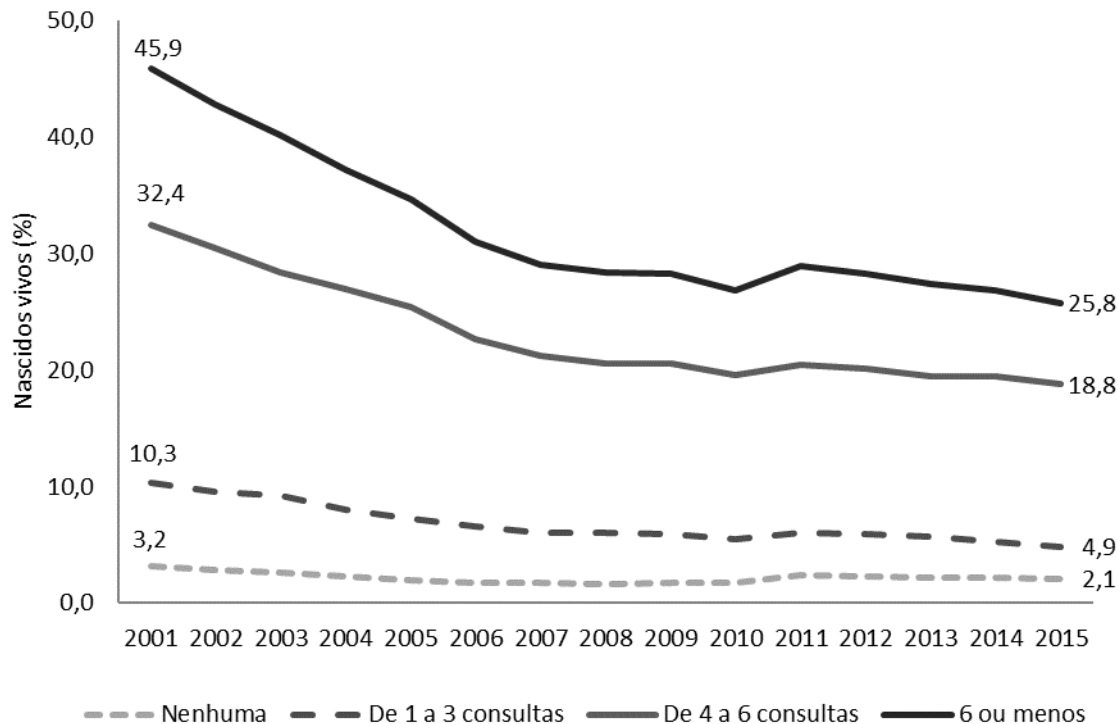
O Ministério da Saúde recomenda a realização de no mínimo sete consultas médicas durante o pré-natal<sup>11</sup> (Ministério da Saúde, 2000). A partir dessa definição, a quantidade de consultas de pré-natal foi considerada

<sup>11</sup> A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de, ao menos, oito consultas médicas durante o pré-natal. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14599/full>> Acesso em: 04 jul. 2017.

insuficiente caso a gestante tenha realizado entre nenhuma e seis consultas durante a gestação. A proporção pré-natal insuficiente foi calculada considerando o número de gestantes que realizaram menos de sete consultas de pré-natal e o número total de nascidos vivos, excluindo-se as ocorrências “sem informação” e “ignorado”.

A proporção de consultas pré-natal insuficientes vem diminuindo no Rio Grande do Sul, caindo de 46% em 2001 para 26% em 2015 (gráfico 4.3.1.3.1). Dentro da categoria de consultas pré-natais insuficientes, destaca-se o grupo de gestantes que realizavam entre 1 e 3 consultas de pré-natal por apresentar uma queda de 53%, a maior no período. Este grupo, que representava 10,3% das gestantes em 2001, caiu para 4,9% em 2015. Importante ressaltar que, apesar da queda na proporção de consultas pré-natais insuficientes, ainda há 3.128 (2,1%) recém-nascidos cujas mães não realizaram nenhuma consulta pré-natal em 2015.

Gráfico 4.3.1.3.1 – Proporção de consultas pré-natais insuficientes, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

#### 4.3.1.4 Cobertura de Vacinação

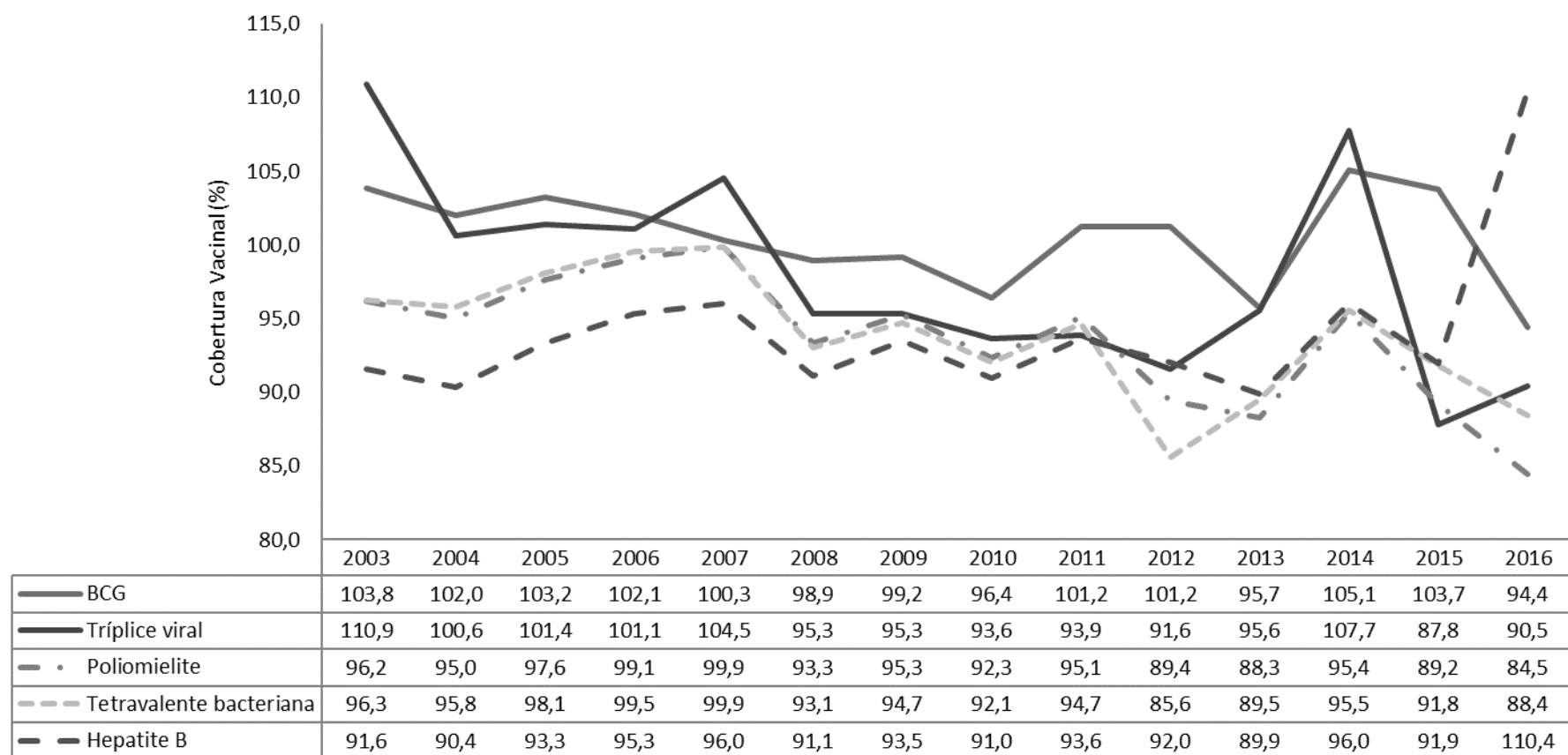
O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. Atualmente, o programa oferece 44 imunobiológicos, entre vacinas, soros e imunoglobulinas, utilizados na rotina das salas de vacinas e em situações especiais que compõem os calendários básicos de vacinação para crianças, adultos e idosos (DATASUS<sup>12</sup>).

A vacinação das crianças é obrigatória nos casos recomendados pelas autoridades competentes (art. 14, Estatuto). No Rio Grande do Sul, o Núcleo Estadual de Imunizações, inserido na Divisão de Vigilância Epidemiológica, coordena as ações de vacinação. Para este diagnóstico, a cobertura vacinal foi avaliada considerando cinco tipos de vacinas, ministradas em crianças de até 1 ano de idade, no período de 2003 a 2016: BCG (vacina contra a tuberculose), Hepatite B, Tetravalente bacteriana, Tríplice viral e Poliomielite. Ao longo de todo período, a cobertura vacinal foi superior a 85% para os cinco tipos de vacinas selecionados (gráfico 4.3.1.4.1). A cobertura da BCG variou entre 96,4% e 105,1%; a cobertura da Hepatite B apresentou valores entre 89,9% e 110,4%; a da Tetravalente bacteriana variou entre 85,6% e 99,9%; a da Tríplice viral esteve entre 87,8% e 110,9% e a da Poliomielite, entre 84,5% e 99,9%. A BCG atingiu o valor máximo de cobertura em 2014, e a vacina contra Hepatite B, em 2016. A cobertura pode atingir valores superiores a 100%, uma vez que considera como população-alvo o número de nascidos vivos captados pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), que está sujeito a subnotificações.

---

<sup>12</sup> Disponível em: <<http://www.cevs.rs.gov.br/imunizacoes>> Acesso: em 19 jun. 2017.

Gráfico 4.3.1.4.1 – Cobertura de vacinação, Rio Grande do Sul — 2003-13



FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações/SI-PNI.

#### 4.3.1.5. Atenção à Primeira Infância

A atenção à primeira infância é objeto de investigação científica em diferentes campos do conhecimento, como, por exemplo, a psicologia, a sociologia, a economia e a neurociência. Além disso, passou a integrar um conjunto de ações cada vez maior por parte do Estado, através da formulação e implementação de políticas públicas nesta área.

Política pública pioneira no Brasil, o “Primeira Infância Melhor” (PIM), é desenvolvido desde 2003 no Rio Grande do Sul e tornou-se lei estadual no ano de 2006 (Lei nº 12.544/06, modificada pela Lei nº 14.594/14). O PIM é uma ação transversal que objetiva fortalecer as competências familiares para o cuidado, educação e proteção de suas crianças com vistas à promoção do desenvolvimento integral na primeira infância. Desenvolve-se através de visitas domiciliares e atividades comunitárias realizadas semanalmente a famílias com gestantes e crianças menores de seis anos que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade biopsicossocial. Suas orientações abrangem as dimensões física, intelectual, social, emocional e de linguagem.

Diversos estudos<sup>13</sup> avaliaram os resultados do Programa, como, por exemplo, o da Universidade McMaster de Toronto/Canadá. Este estudo apontou que, a partir da intervenção do PIM, houve um aumento da presença dos pais na vida escolar dos seus filhos e reduziu-se a vulnerabilidade para aprendizagem das crianças (em especial, para os meninos e para as crianças cujas mães possuem baixa escolaridade). Outra pesquisa, realizada pelo Centro de Referência Latinoamericano de Educación Preescolar (CELEP/Cuba), indicou que as crianças atendidas pelo Programa apresentaram uma melhora nos indicadores socioafetivos, cognitivos, de motricidade e de linguagem.

Os dados constantes no SisPIM (Sistema de Informação do Primeira Infância Melhor) disponibilizam uma série histórica de 2003 a 2016 dos cadastros realizados no Programa. No quadro a seguir é possível verificar que, após a implementação do PIM, houve um crescimento no número de cadastros em todos os indicadores de 2003 a 2006, com diferentes variações. Entre 2007 a 2011, houve aumento no número de cadastros ano a ano, para a maioria dos

---

<sup>13</sup> Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/resultados/>> Acesso em: 06 mai. 2017.

indicadores. A partir de 2012, a maior parte dos indicadores apresentou variação negativa de um ano para o outro.

Quadro 4.3.1.5.1 - Cadastros realizados pelo PIM, Rio Grande do Sul — 2003-16

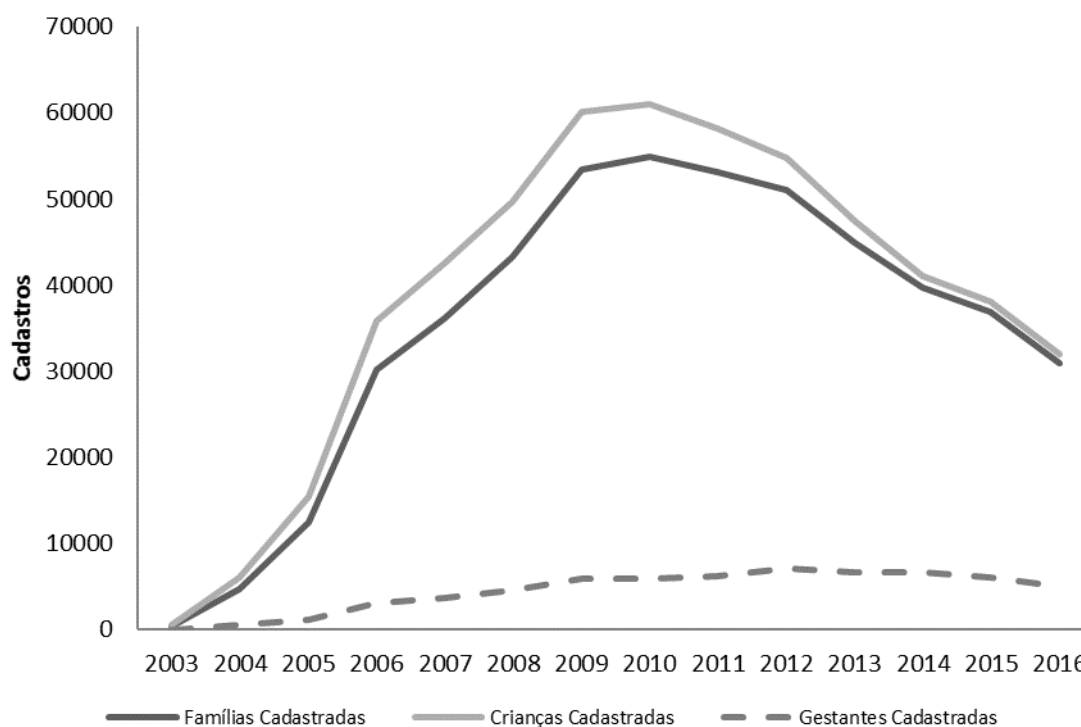
ANOS	MUNICÍPIOS HABILITADOS		VISITADORES CADASTRADOS		FAMÍLIAS CADASTRADAS		CRIANÇAS CADASTRADAS		GESTANTES CADASTRADAS	
	Qtd.	Var.%	Qtd.	Var.%	Qtd.	Var.%	Qtd.	Var.%	Qtd.	Var.%
2003	51		20		341		481		26	
2004	101	98%	185	825%	4.734	1288%	6.115	1171%	524	1915%
2005	149	48%	634	243%	12.512	164%	15.434	152%	1.133	116%
2006	226	52%	1.493	135%	30.112	141%	35.880	132%	3.042	168%
2007	222	-2%	1.675	12%	36.183	20%	42.500	18%	3.645	20%
2008	231	4%	2.060	23%	43.338	20%	49.663	17%	4.602	26%
2009	240	4%	2.730	33%	53.438	23%	60.057	21%	5.980	30%
2010	256	7%	2.777	2%	54.900	3%	60.979	2%	5.919	-1%
2011	259	1%	2.953	6%	53.190	-3%	58.151	-5%	6.210	5%
2012	258	0%	2.838	-4%	50.999	-4%	54.768	-6%	7.032	13%
2013	268	4%	2.816	-1%	44.978	-12%	47.401	-13%	6.620	-6%
2014	268	0%	2.590	-8%	39.712	-12%	41.099	-13%	6.639	0%
2015	269	0%	2.413	-7%	36.852	-7%	38.057	-7%	6.003	-10%
2016	251	-7%	3.067	27%	30.860	-16%	31.949	-16%	5.029	-16%

FONTE: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, SISPIM.

Chama a atenção que, apesar do aumento significativo de visitantes cadastrados entre 2015 e 2016 (+27%), o número de cadastros caiu para os demais indicadores relacionados a famílias, crianças e gestantes cadastradas (gráfico 4.3.1.5.1). Neste sentido, ressalta-se a importância do fortalecimento do PIM como política pública direcionada ao desenvolvimento integral na primeira infância, devendo-se reunir esforços e atenção no sentido de promover sua ampliação e aperfeiçoamento.



Gráfico 4.3.1.5.1 - Cadastros realizados pelo PIM, Família, Crianças e Gestantes, Rio Grande do Sul — 2003-16



FONTES: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, SISPIIM.

Cabe destacar, ainda, que o Programa Criança Feliz está em pleno curso de implementação (2017) pelo Governo Federal, nos estados e municípios brasileiros. Os públicos-alvo deste Programa são gestantes, crianças de até três anos e suas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família; crianças de até seis anos que recebam o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e suas famílias; e crianças de até seis anos afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção prevista no artigo 101 da Lei nº 8.609, de 13 de julho de 1990, e suas famílias. No Rio Grande do Sul, o Programa Criança Feliz e o Primeira Infância Melhor estão articulados visando à ampliação e o fortalecimento da rede de serviços e do número de famílias atendidas, promovendo, assim, o desenvolvimento integral da primeira infância no estado gaúcho.

### 4.3.2. Morbidade

#### 4.3.2.1. HIV/AIDS

A problemática da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de sua infecção e transmissão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é de extrema importância e complexidade em termos sociais e de saúde, sobretudo quando envolve crianças e adolescentes. Inicialmente vinculada aos homens e a grupos específicos, a partir da inserção de mulheres nas notificações, detectou-se uma “*tendência de feminização e juvenização epidemiológica, com o aumento da distribuição dos casos entre mulheres, crianças e adolescentes*” (Bubadué et al., 2013). Especificamente em relação às crianças e aos adolescentes, é muito importante a forma como o diagnóstico é revelado bem como a sua aceitação e adesão ao tratamento (Motta et. al, 2016).

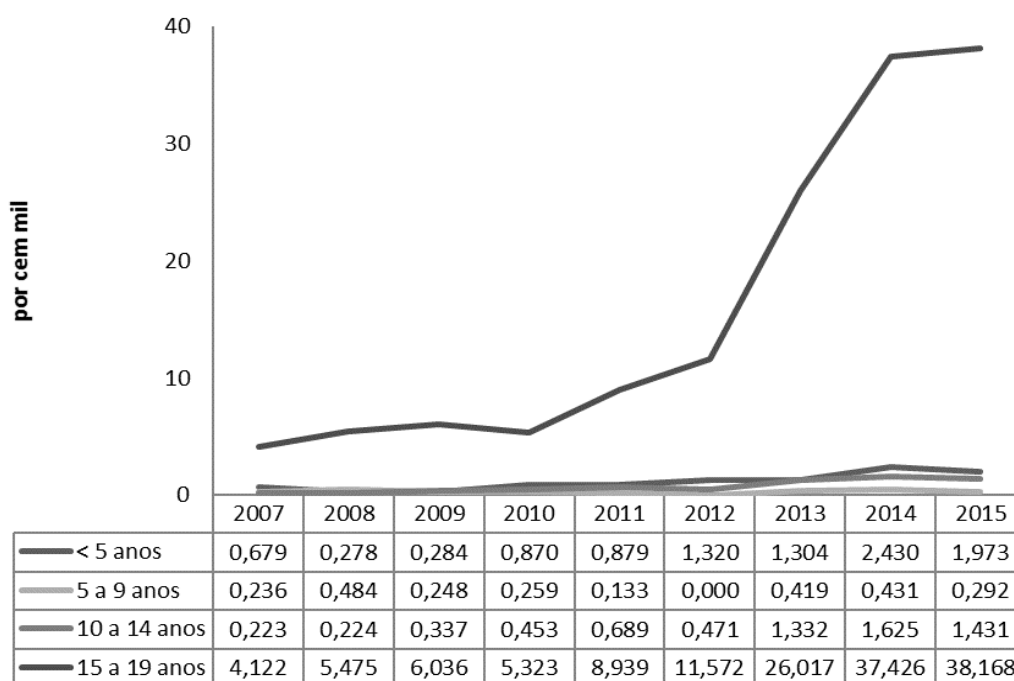
É notória a dificuldade em lidar com esta situação delicada, especialmente quando a infecção ocorreu por transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho, podendo haver uma espécie de culpabilização da mãe, por ela própria e/ou pelos outros. Muitas crianças chegam à adolescência sem saber ao certo sua condição sorológica (Motta et. al, 2016). Entende-se que, quanto mais cedo a criança ou o adolescente souber, melhor será o tratamento e o enfrentamento da doença. O silêncio, a culpa, os estigmas e os preconceitos dificultam sobremaneira neste processo.

Babadué et. al (2013) apontam que os investimentos e as terapias que foram realizados para garantir a sobrevivência de crianças e adolescentes infectadas pelo HIV/AIDS impactaram sobre a morbidade e mortalidade destes. Conforme os autores, “*essas crianças que nasceram infectadas por transmissão vertical do HIV sobreviveram, cresceram e transitam para uma nova fase do desenvolvimento humano. Esse grupo é conhecido como a primeira geração de crianças com AIDS por transmissão vertical que está em transição da infância para a adolescência*”. Desta forma, é muito importante monitorar os casos de HIV/AIDS entre crianças e adolescentes para que se tenha o melhor acompanhamento possível desta doença crônica e sem cura,

mas com tratamentos que podem permitir qualidade de vida, dependendo, sobretudo, do diagnóstico precoce.

O número de casos de HIV/AIDS notificados no Estado, conforme consta no Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2016<sup>14</sup>, que utiliza como fonte o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), apresenta uma tendência de aumento para todas as faixas etárias consideradas, exceto para as crianças de 5 a 9 anos. A mais significativa é a taxa para as pessoas de 15 a 19 anos, cujos valores passaram de 4,122 em 2007 para 38,168 por cem mil em 2015, um crescimento de 826%. Em segundo lugar, em termos de magnitude, mas em patamares bem abaixo, estão as taxas das crianças menores de cinco anos, que passaram de 0,679 em 2007 para 1,973 por cem mil em 2015, representando um aumento de 191% no período. As taxas de notificação de casos de HIV/AIDS das crianças e adolescentes de 10 a 14 anos cresceram 543% no período, passando de 0,223 para 1,431 por cem mil no período analisado.

Gráfico 4.3.2.1.1 – Taxa (por cem mil) de detecção de casos de HIV/AIDS em pessoas de 0 a 19 anos notificados no SINAN, segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2007-15



FONTE: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (2017)  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

<sup>14</sup> Boletim Epidemiológico: HIV/Aids/organização Clarice Solange Teixeira Batista, Tatiana Heidi Oliveira. – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/Escola de Saúde Pública, 2017.

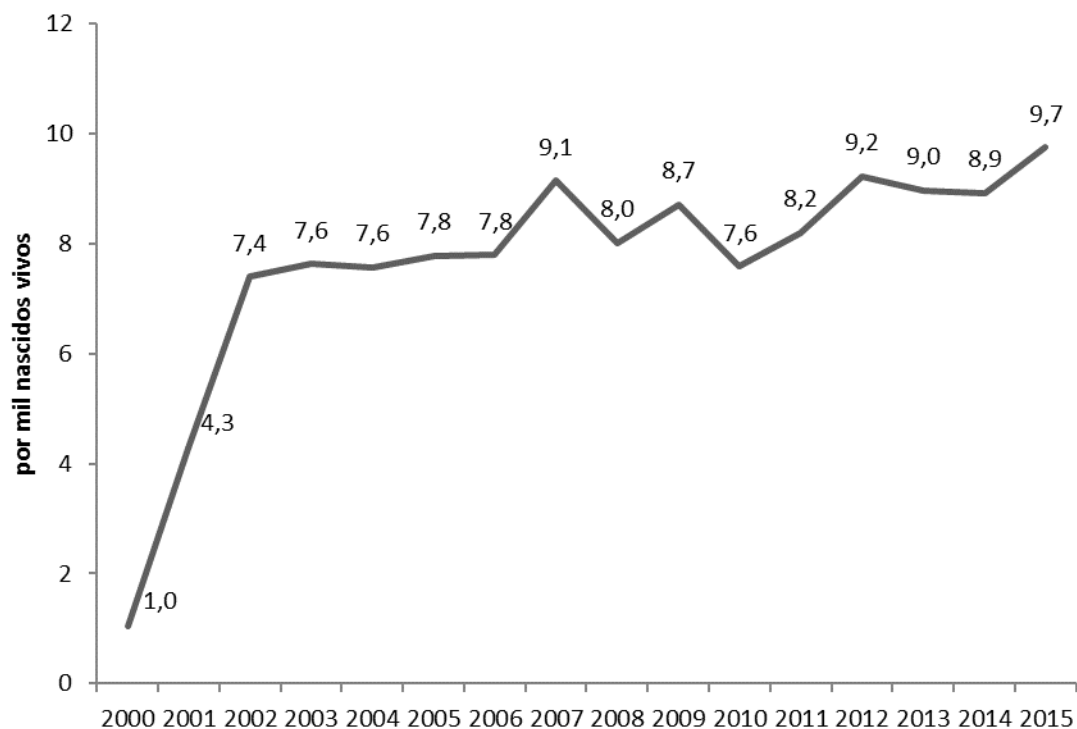
Quadro 4.3.2.1.1 – Frequência por faixa etária segundo ano do diagnóstico<sup>15</sup>

Ano do Diagnóstico	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
2010	6	60	66
2011	11	74	85
2012	7	68	75
2013	11	78	89
2014	13	74	87
2015	1	55	56
2016	6	63	69
2017	2	11	13
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>438</b>	<b>540</b>

FONTE: Secretária Estadual de Saúde RS/DVE/CEVS – Sistema de Informações de Agravos de Notificações – SinanNet- Pesquisa de Indicadores de Saúde Adolescente no RS (PISA).

O número de gestantes infectadas por HIV/AIDS no Estado cresceu de 184 casos em 2000 para 1.446 em 2015. A taxa de detecção por mil nascidos vivos de gestantes infectadas pelo HIV/AIDS em 2000 era de 1,04, aumentando para 9,75 por mil em 2015, um acréscimo de 836% no período.

Gráfico 4.3.2.1.2 – Taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes infectadas pelo HIV/AIDS, segundo local de residência por ano do parto, Rio Grande do Sul — 2000-15

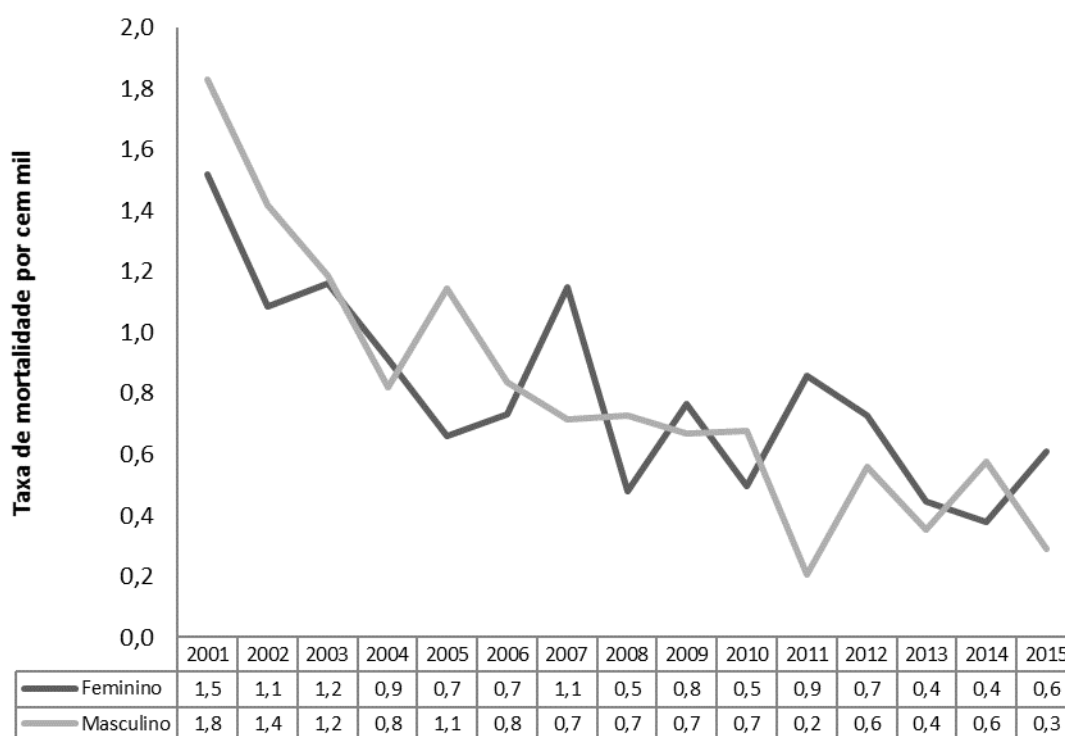


<sup>15</sup> Excluídos casos não residentes do RS; Consulta realizada em outubro de 2017.

FONTE: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (2017)  
MS/SVS/CGIAE Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

O número de óbitos ocorridos em decorrência de HIV/AIDS (como causa básica) no Rio Grande do Sul, por sexo, no período 2001 a 2015, revela uma pequena prevalência do sexo masculino, 186 casos, e 177 casos do sexo feminino. As taxas ao longo do período apresentam comportamento variável em relação a qual sexo possui valores maiores, porém ambos os sexos reduziram suas taxas no período: a taxa de mortalidade por cem mil de pessoas do sexo feminino por HIV/AIDS (como causa básica) caiu de 1,517 para 0,608, enquanto que a do sexo masculino passou de 1,830 para 0,291 (por cem mil).

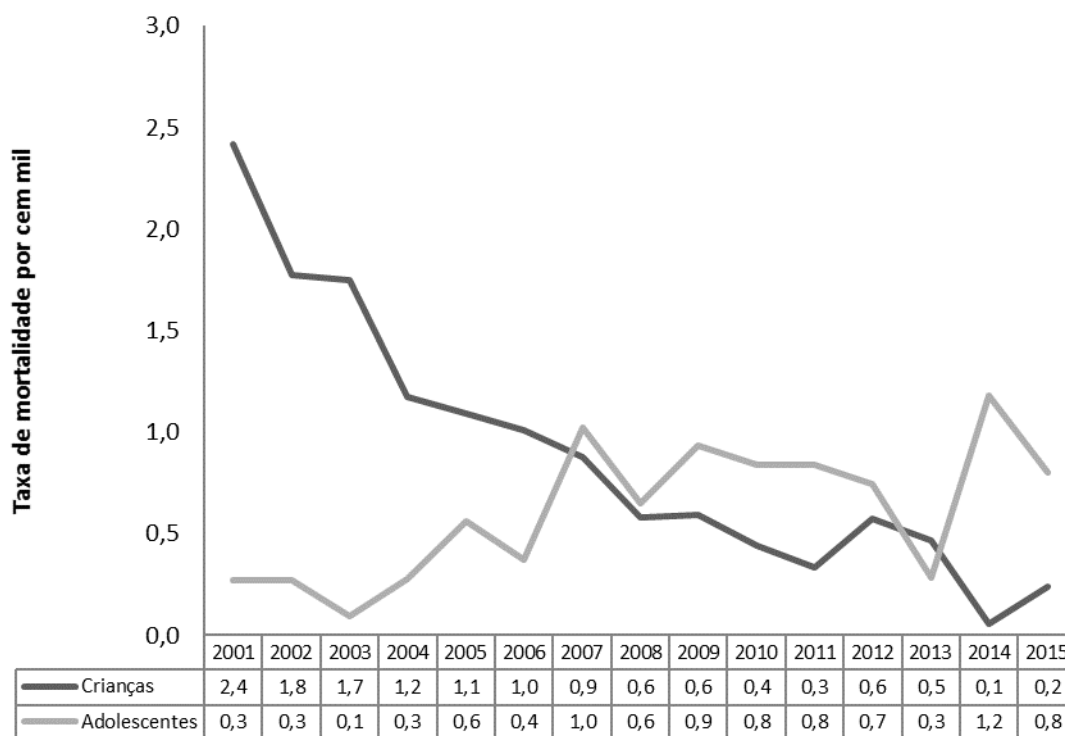
Gráfico 4.3.2.1.3 – Taxa de mortalidade (por cem mil) de crianças e adolescentes por HIV/AIDS (como causa básica), segundo sexo, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

Já na comparação por faixa etária percebe-se que a taxa de mortalidade devido a HIV diminuiu entre as crianças, passando de 2,419 por cem mil em 2001 para 0,236 em 2015. Por outro lado, entre os adolescentes, houve um aumento, pois passou de 0,269 para 0,803 por cem mil no mesmo período.

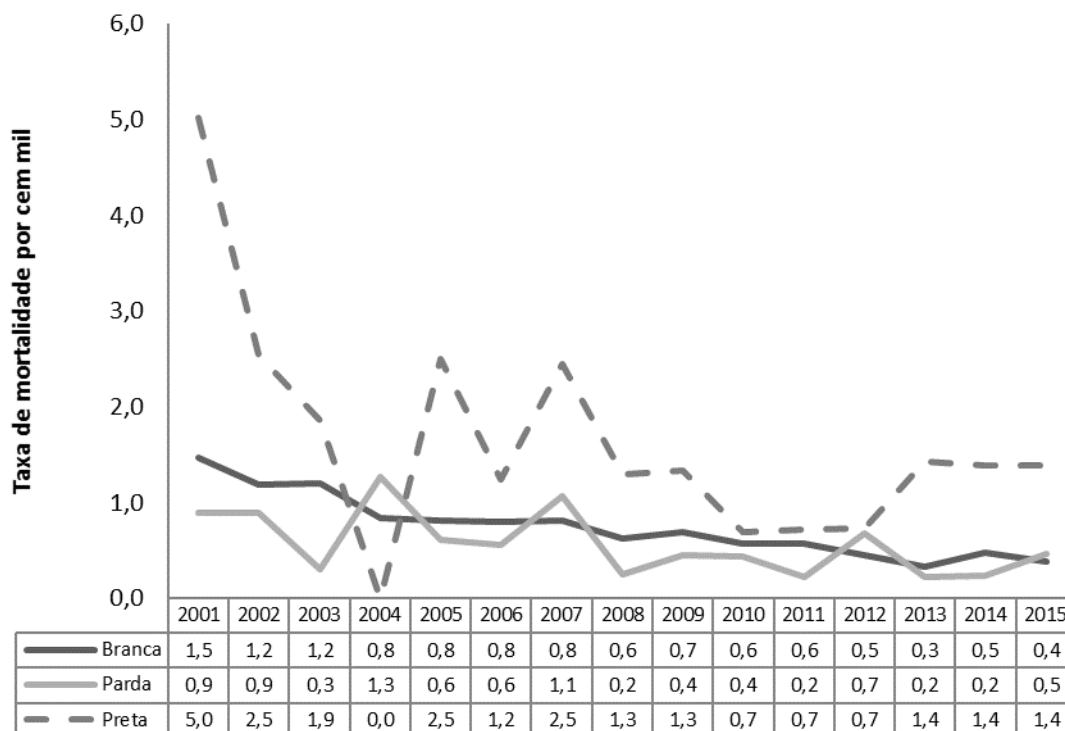
Gráfico 4.3.2.1.4 – Taxa de mortalidade (por cem mil) de crianças e adolescentes por HIV/AIDS (como causa básica), segundo faixa etária, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE:MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

Por raça/cor, as taxas de mortalidade tendo HIV como causa básica também apresentam tendência de queda: para a raça/cor preta passou de 5,019 em 2001 para 1,390 por cem mil em 2015 (queda de 72%). Para a população de raça/cor branca passou de 1,472 para 0,380 por cem mil (queda de 74%), enquanto que para a população parda, passou de 0,886 para 0,465 (diminuição de 48%).

Gráfico 4.3.2.1.5 – Taxa de mortalidade (por cem mil) de crianças e adolescentes por HIV/AIDS (como causa básica), segundo raça/cor, Rio Grande do Sul — 2001-15

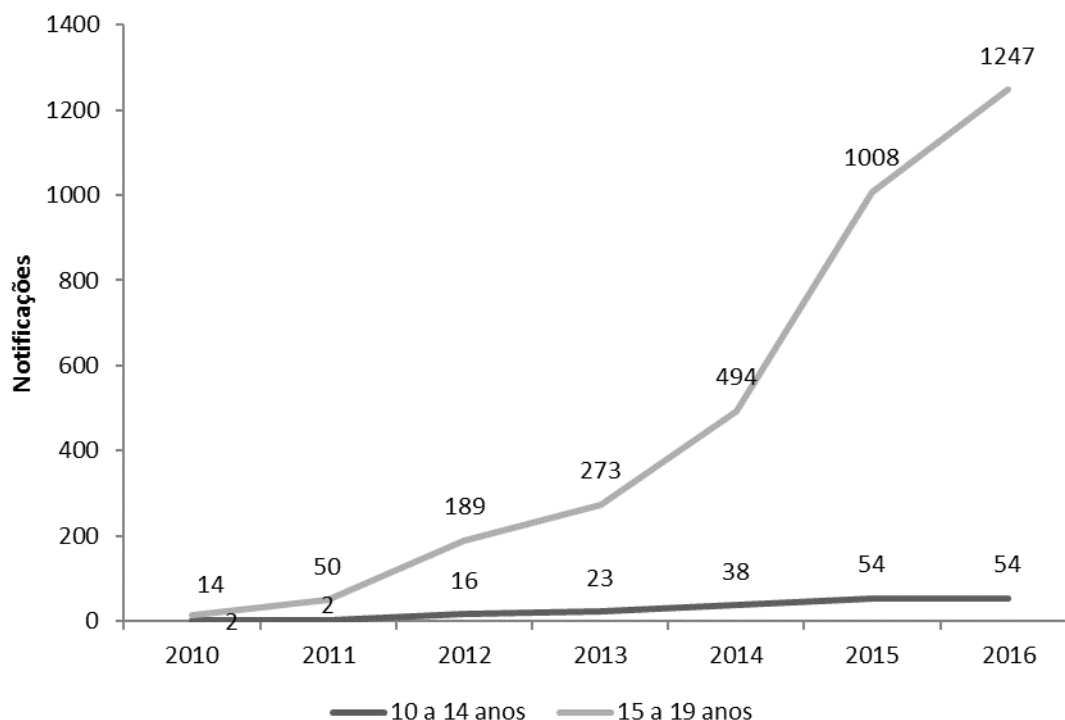


FONTE:MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.  
IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

#### 4.3.2.2. Sífilis Adquirida

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, transmitida, principalmente, por via sexual, sendo geralmente categorizada como uma doença sexualmente transmissível (DST). Conforme os dados do gráfico 4.3.2.2.1, verifica-se um acréscimo acentuado no número de casos de sífilis adquirida notificados no SINAN, entre pessoas de 15 a 19 anos de idade, no período de 2010 a 2016, demandando atenção especial do poder público para a prevenção destas ocorrências.

Gráfico 4.3.2.2.1 – Casos confirmados notificados de Sífilis Adquirida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2010-16



FONTE: Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

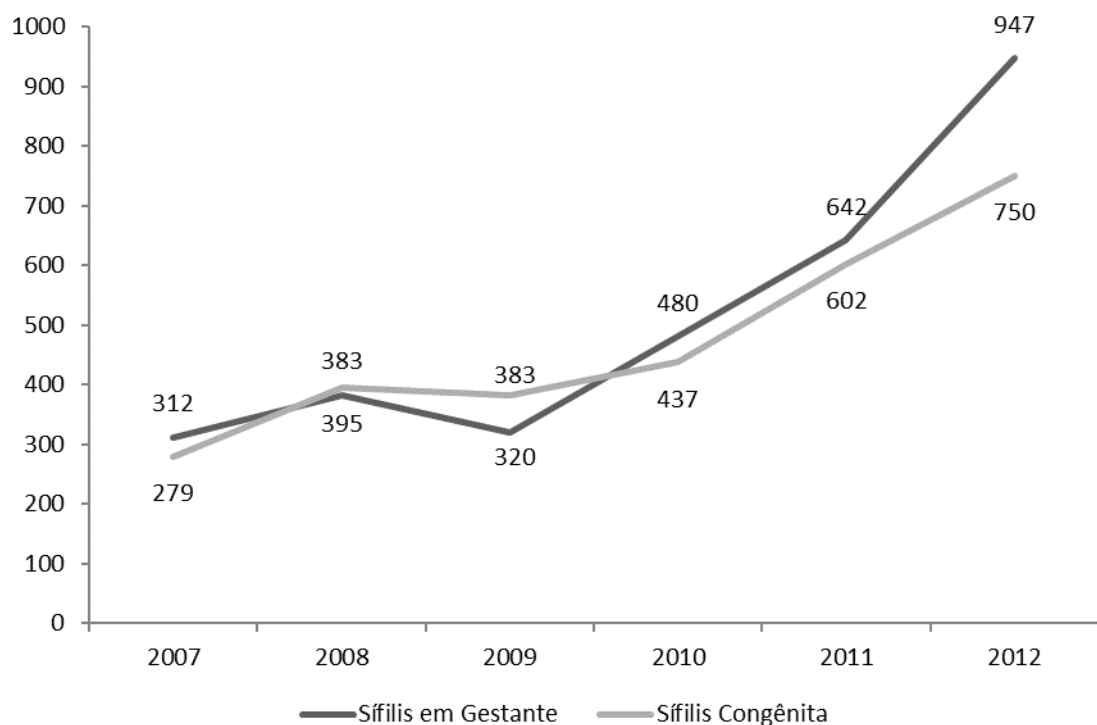
#### 4.3.2.3. Sífilis em Gestantes, Sífilis Congênita e Microcefalia

A sífilis pode ser transmitida, também, de mãe para filho durante o ciclo grávido-puerperal, configurando-se, nesta situação, como uma das infecções que tem as maiores taxas de transmissão (Ministério da Saúde, 2006). Quando presente na gestação, e não tratada precocemente, pode acarretar em diversos problemas de saúde, tanto para a mãe quanto para a criança.

Dentre as doenças de notificação compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), estão a sífilis em gestante e a sífilis congênita. No período de 2007 a 2012 foram notificados, no Rio Grande do Sul, 3.084 casos de sífilis em gestantes e 2.846 casos de sífilis congênita. Quando se observam os dados ao longo do tempo, no gráfico 4.3.2.1.1, percebe-se uma forte correlação entre as doenças, verificando-se uma tendência de elevação no período 2007-12.

Gráfico 4.3.2.3.1 – Casos confirmados notificados de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) Rio Grande do Sul — 2007-12

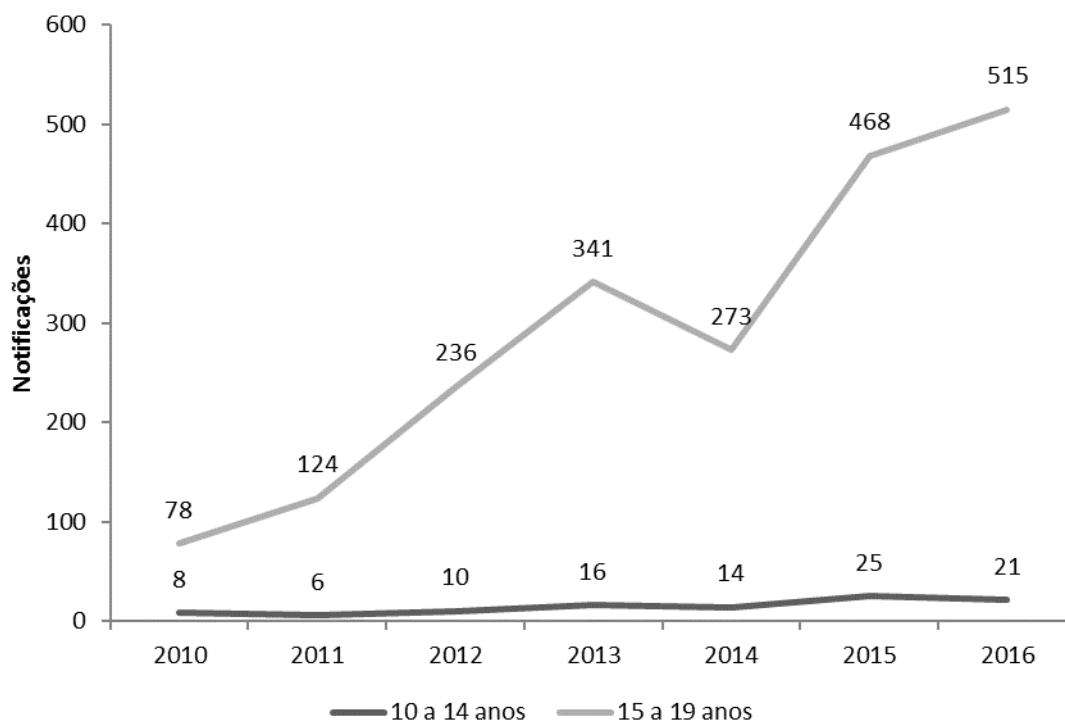




FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Dentre os casos de sífilis apresentados acima, é preocupante a elevação dentre as gestantes de 15 a 19 anos, grupo no qual se observou um aumento acentuado no número de casos notificados de sífilis nos últimos anos conforme gráfico 4.3.2.3.2, elaborado com base em dados disponibilizados pela Secretaria da Saúde do RS.

Gráfico 4.3.2.3.2 – Casos confirmados notificados de Sífilis em Gestantes de 10 a 19 anos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2010-16



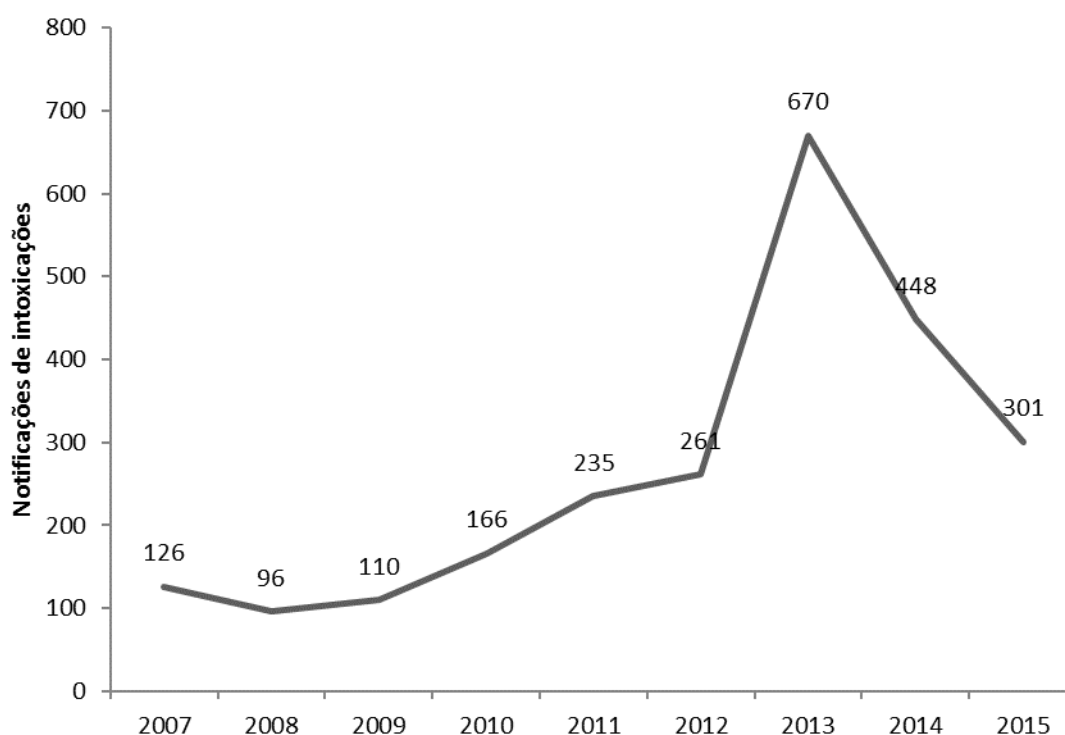
FONTE: Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

A microcefalia está entre as muitas consequências da sífilis para as crianças. Contudo, outras infecções congênicas podem causar microcefalia. Além da sífilis, frequentemente são monitoradas a Toxoplasmose, a Rubéola, o Citomegalovírus, o Herpes e a Zica, o que forma a sigla STORCH + Zica. Segundo a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, no período de novembro de 2015 a março de 2017, foram confirmados 22 casos de microcefalia causados por STORCH + Zica no Estado, sendo dez por Sífilis Congênita, seis por Toxoplasmose, quatro por Citomegalovírus e dois por Zica (os dois casos de Zica foram importados, ou seja, as pessoas foram contaminadas em outros estados). Destes 22 casos, 15 estão em acompanhamento na Puericultura da Atenção Básica, cinco foram atendidos pela Assistência Social e quatro estão em atendimento especializado na Reabilitação.

### 4.3.2.3. Intoxicações Exógenas

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>16</sup>, do Ministério da Saúde, ocorreram quase 2,5 mil notificações de intoxicações exógenas<sup>17</sup> dentre a população com 19 anos ou menos no Rio Grande do Sul, no período de 2007 a 2015. Além da tendência de aumento de casos ao longo da série, há uma grande oscilação do número de notificações, chegando a atingir o valor de 670 casos em 2013.

Gráfico 4.3.2.3.1 – Notificações de intoxicações exógenas de pessoas de 0 a 19 anos, Rio Grande do Sul — 2007-15



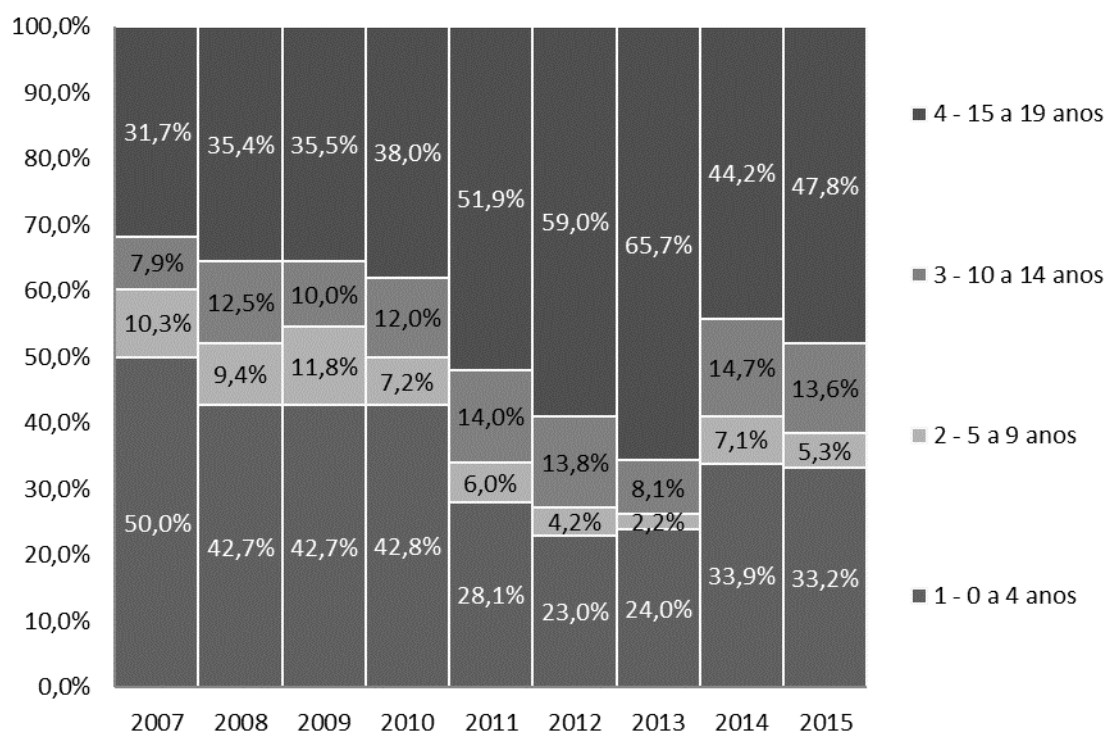
FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

<sup>16</sup> As informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) neste diagnóstico foram acessadas na base de acesso público do SINAN, disponível no TABNET-DATASUS do Ministério da Saúde (<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>). Nesta base as informações, em sua maioria, estão desatualizadas, visto que, o dado mais recente, daqueles coletados para este diagnóstico, é referente ao ano de 2014. Além disso, por se tratar de base de dados gerenciada por órgão da Saúde, os dados seguem os padrões de agrupamento etário desta, ou seja, faixas etárias agrupadas segundo grupos de idades quinquenais, o que impossibilitou a identificação precisa do grupo etário crianças e adolescentes (pessoas de 0 a 17 anos).

<sup>17</sup> Os principais agentes tóxicos causadores das intoxicações foram os seguintes: agrotóxicos (agrícolas, domésticos ou de saúde pública), alimentos e bebidas, cosméticos, drogas de abuso, medicamentos, metais, plantas tóxicas, produtos químicos, produtos de uso domiciliar, produtos veterinários, raticidas.

Em 2007, a maior incidência de casos notificados de intoxicação ocorreu dentre a população de 0 a 4 anos de idade, sendo 50,0% deles, com uma tendência de redução, alcançando 33,2% dos casos em 2015. Já em 2015, quase a metade (47,8%) dos casos se referiam a jovens de 15 a 19 anos, um aumento em relação ao início da série analisada, em 2007, quando era 31,7% para essa faixa etária. Para as pessoas de 10 a 14 anos, a participação passou de 7,9% em 2007 para 13,6% em 2015. Em termos gerais, a menor participação no total de casos está dentre as crianças de 5 a 9 anos, com percentuais que oscilaram entre 2,2% e 11,8%.

Gráfico 4.3.2.3.2 – Notificações de intoxicações exógenas de pessoas de 0 a 19 anos, segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2007-15



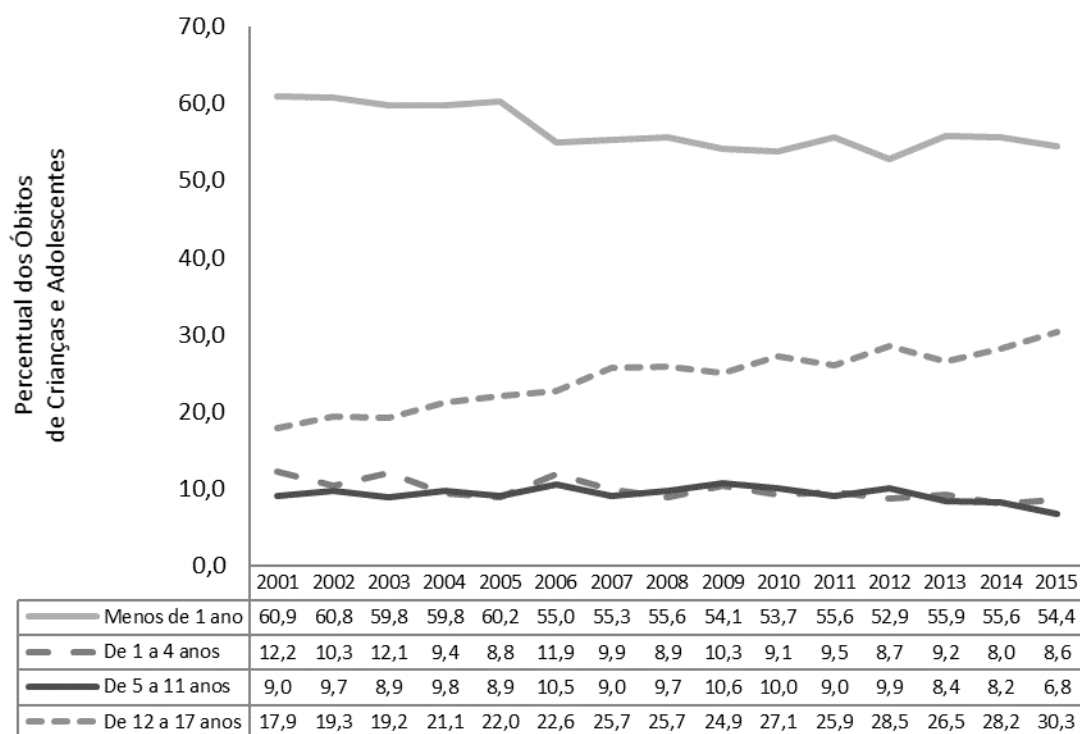
FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

### **4.3.3. Mortalidade**

#### **4.3.3.1. Distribuição dos Óbitos de Crianças e Adolescentes**

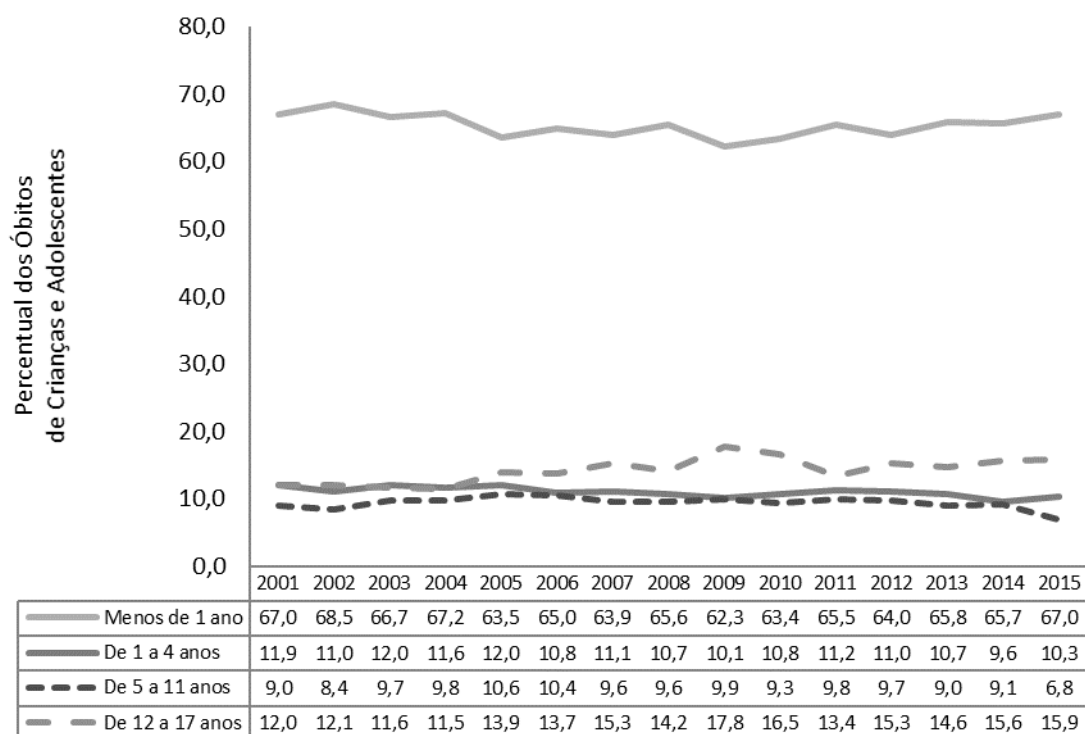
No Rio Grande do Sul, ocorreram 45.459 óbitos de crianças e adolescentes no período 2001 a 2015. Uma avaliação desses óbitos, por faixa etária e sexo, mostra uma maior concentração de óbitos entre os menores de um ano (superior a 50% em todo período) para ambos os sexos. Entre os meninos, observou-se um deslocamento dos óbitos para a faixa de 12 a 17 anos. Neste grupo, ocorreu um aumento de 69% na participação no total de óbitos, passando de 17,9% em 2001 para 30,3% em 2015. Em decorrência disso, as demais faixas etárias apresentaram decréscimo em sua participação no total de óbitos: os menores de 1 ano passaram de 60,9% para 54,4%; as crianças de 1 a 4 anos, de 12,2% para 8,6% e as crianças de 5 a 11 anos, de 9,0% para 6,8%, nesse mesmo período. Entre as meninas, foi observado comportamento semelhante, mas menos intenso: a proporção de óbitos de menores de 1 ano permaneceu estável em torno de 65%; a de crianças de 1 a 4 anos, caiu de 11,9% para 10,3% assim como a de crianças de 5 a 11 anos, de 9,0% para 6,8%; enquanto a das adolescentes, cresceu de 12,0% para 15,9%.

Gráfico 4.3.3.1.1 – Distribuição dos óbitos de crianças e adolescentes do sexo masculino, segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Gráfico 4.3.3.1.2 – Distribuição dos óbitos de crianças e adolescentes do sexo feminino, segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2001-15



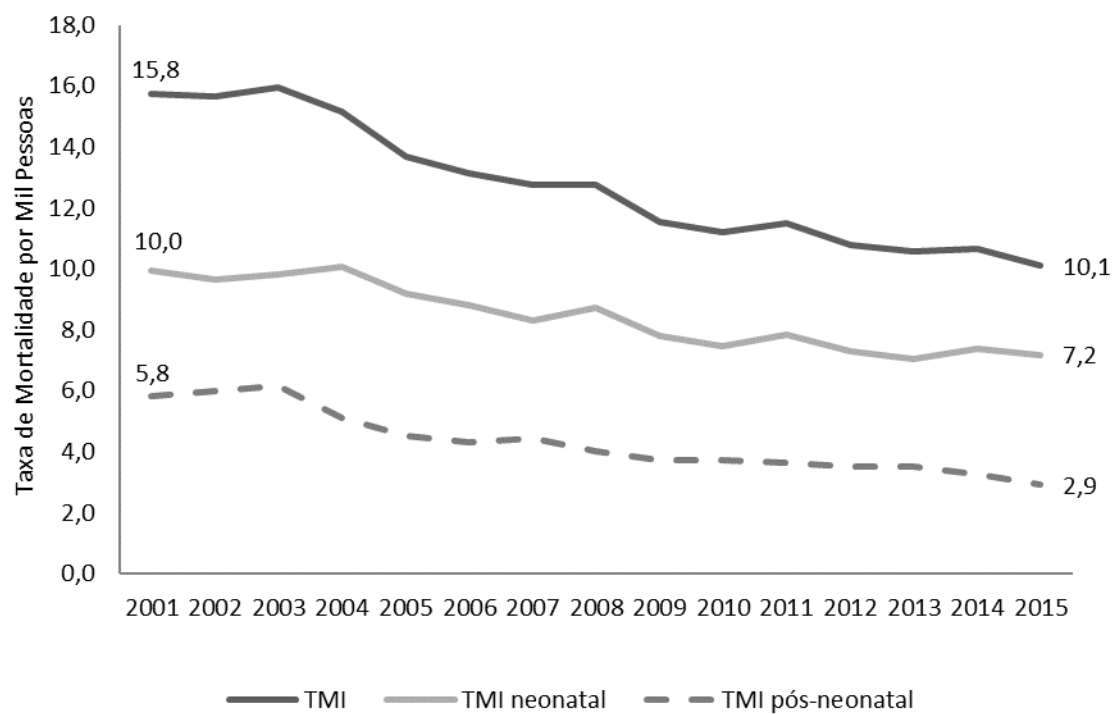
FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

#### **4.3.3.2. Mortalidade Infantil**

A taxa de mortalidade infantil foi calculada considerando o número de óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos. Esta taxa pode ser decomposta de acordo com a idade de ocorrência do óbito em neonatal (de 0 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (de 28 a 364 dias de vida). A taxa de mortalidade infantil neonatal (TMIN) foi calculada como a razão entre o número de óbitos ocorridos até o 27º dia de vida e o número de nascidos vivos. De forma semelhante, a taxa de mortalidade infantil pós-neonatal (TMIPN) foi definida como a razão entre o número de óbitos ocorridos entre 28 e 364 dias de vida e o número de nascidos vivos.

No Rio Grande do Sul, ocorreram 27.593 óbitos em menores de um ano no período de 2001 a 2015. A TMI apresentou queda de 36%, passando de 15,8 por mil em 2001 para 10,1 por mil em 2015 (gráfico 4.3.3.2.1). Observa-se também uma queda nos componentes neonatal e pós-neonatal. A TMIN decresceu 28%, de 10,0 por mil em 2001 para 7,2 por mil em 2015. Enquanto a TMIPN apresentou queda mais expressiva, de 50%, chegando a 2,9 por mil em 2015. A proporção de óbitos neonatais foi superior à de óbitos pós-neonatais ao longo de todo período, representando 71% dos óbitos em 2015 (gráfico 4.3.3.2.2).

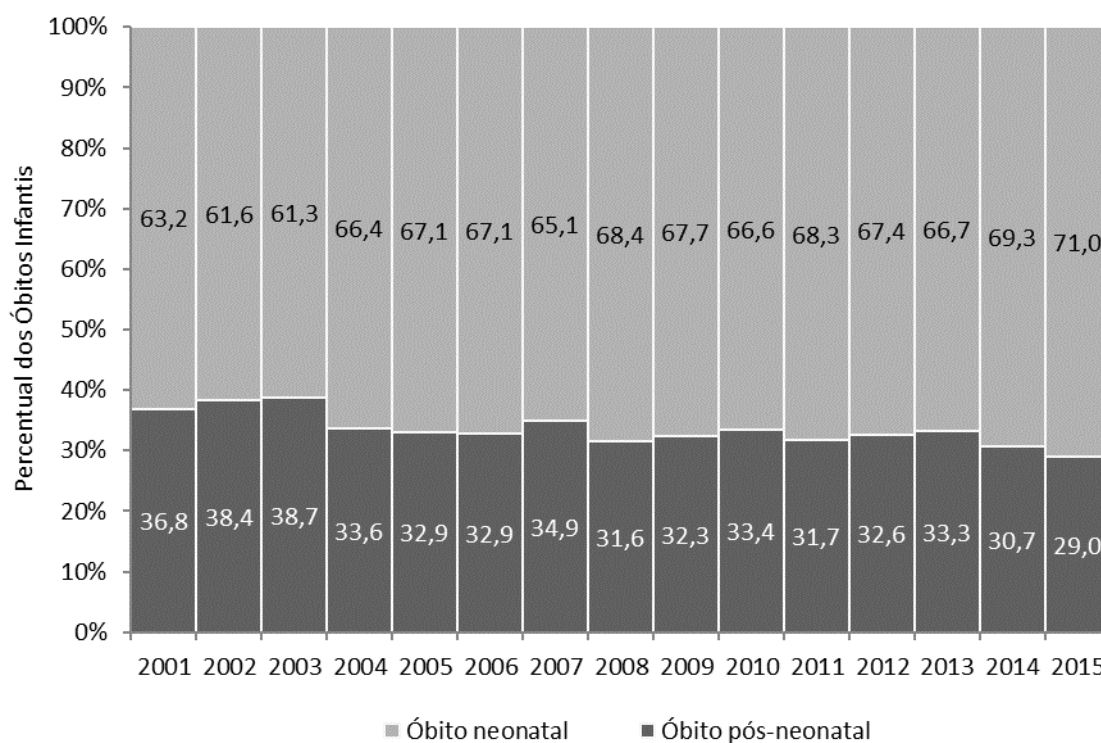
Gráfico 4.3.3.2.1 - Taxa de mortalidade infantil e seus componentes (neonatal e pós-neonatal), Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.



Gráfico 4.3.3.2.2 – Distribuição dos óbitos neonatal e pós-neonatal, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

As principais causas dos óbitos infantis em 2015 foram: afecções do período perinatal (59,0%); malformações congênitas (25,6%); causas externas<sup>18</sup> (4,6%) e doenças do aparelho respiratório (3,5%). Não se evidencia distinção classificatória desses agravos relacionados ao sexo (gráfico 4.3.3.2.3).

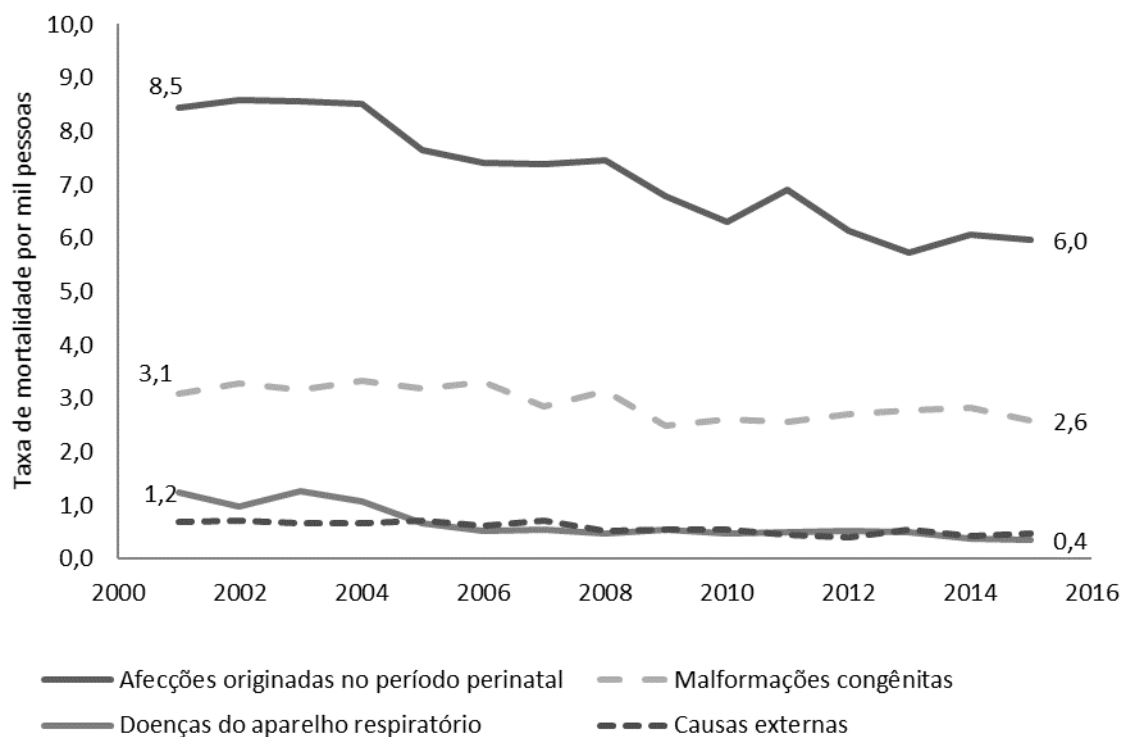
Em relação à variação na ocorrência de óbitos em menores de 1 ano, houve uma diminuição de 41% de 2001 a 2015. Na classificação das causas de óbito, ocorreu uma redução de 35% na ocorrência de mortes por afecções do período perinatal, de 23% das mortes por malformações, de 37% das causas externas e de 74% por doenças do aparelho respiratório no período 2001-2015.

No Rio Grande do Sul, a taxa de mortalidade infantil decresceu para as quatro principais causas mencionadas. A maior variação ocorreu para os óbitos por doenças do aparelho respiratório, com queda de 72%, passando de 1,2 em

<sup>18</sup> Conforme CID10, capítulo XX, as causas externas de morbidade e de mortalidade são definidas como: acidentes, agressões, complicações de assistência médica e cirúrgica, eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerra, lesões autoprovocadas intencionalmente, sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade (OMS, 2017).

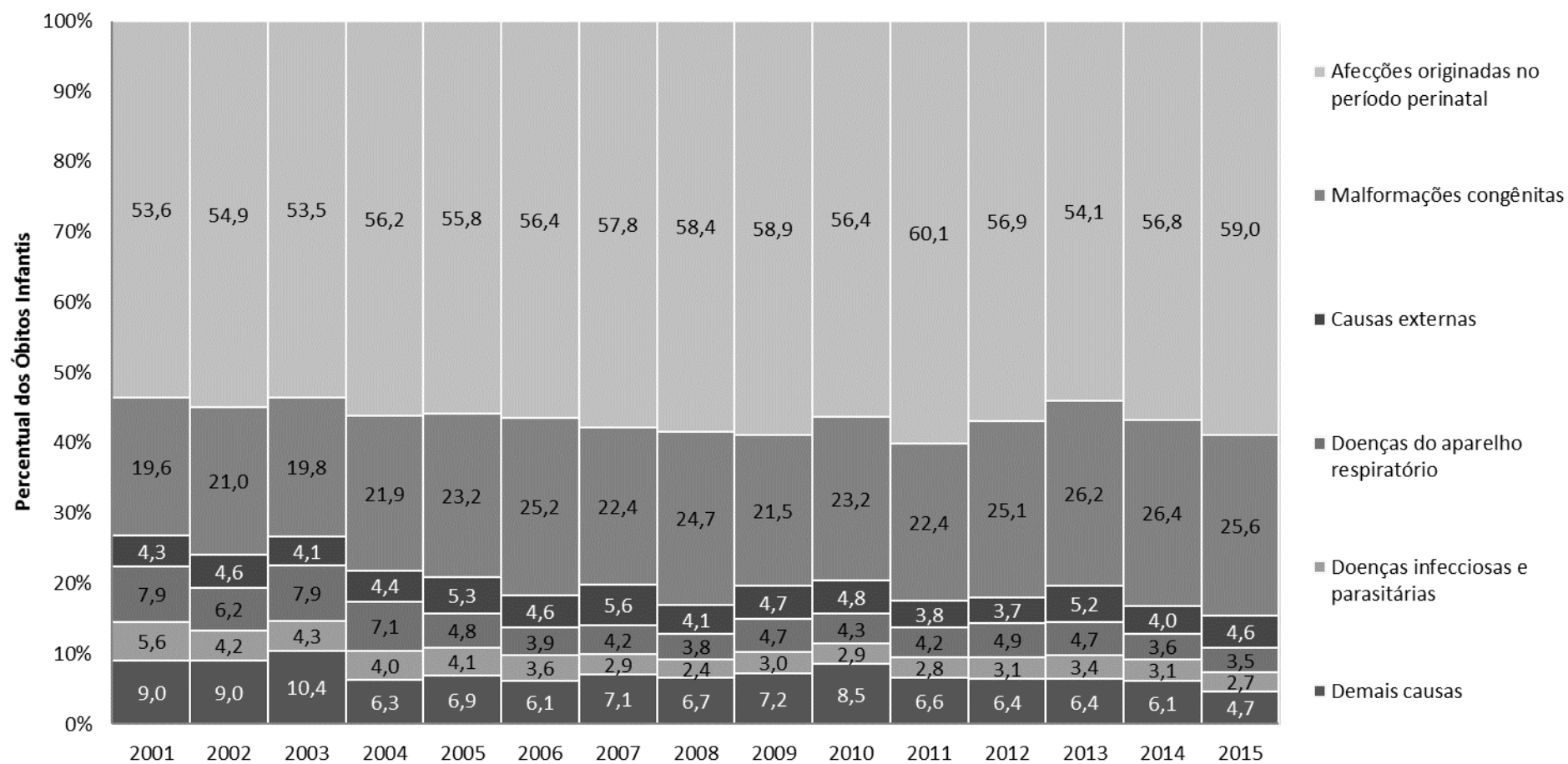
2001 para 0,4 por mil em 2015. As taxas de óbitos por afecções originadas no período perinatal e por causas externas caíram aproximadamente 30% nesse período sendo de 6,0 e 0,5 por mil em 2015. Por sua vez, a taxa de óbitos por malformações congênitas apresentou variação de 16%, de 3,1 por mil em 2001 para 2,6 por mil em 2015 (gráfico 4.3.3.2.3).

Gráfico 4.3.3.2.3 – Taxa de mortalidade infantil, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Gráfico 4.3.3.2.4 – Distribuição dos óbitos infantis, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15

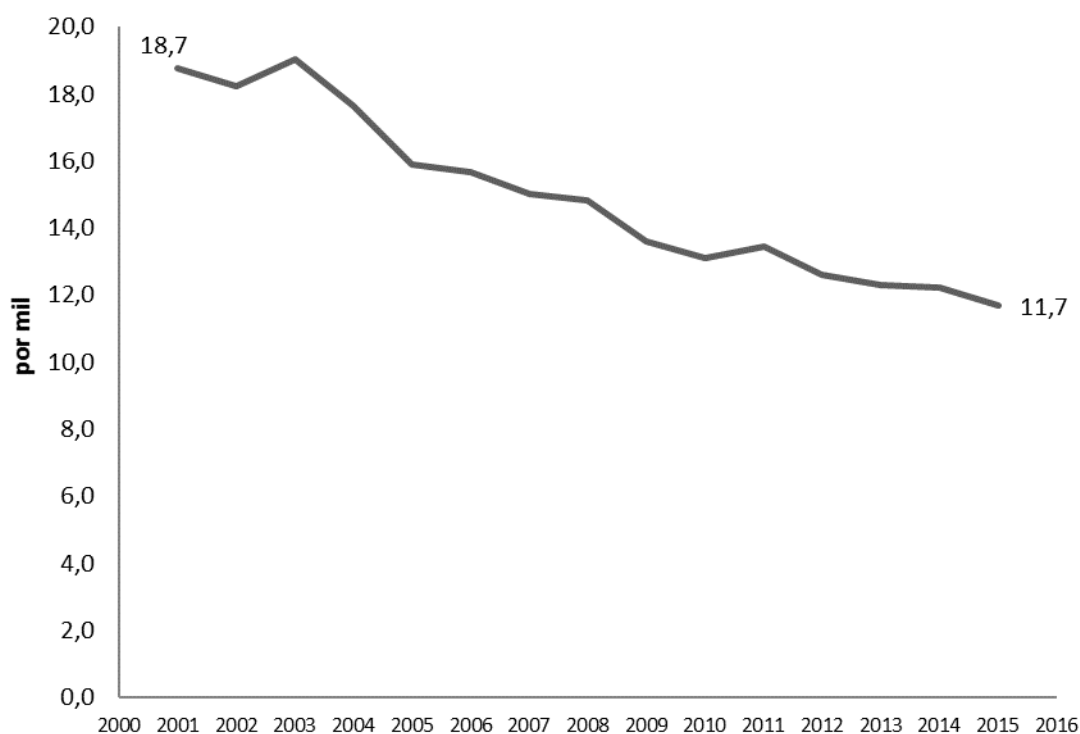


FONTE: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

#### 4.3.3.3. Mortalidade em Menores de 5 Anos

Em relação à taxa de mortalidade em menores de 5 anos (TMM5), observa-se uma tendência decrescente, de 18,7 por mil em 2001 para 11,7 em 2015, representando uma variação de 37%. Ressalta-se que, em todo período, a maior parte destes óbitos (em torno de 85%) concentrou-se entre os menores de 1 ano.

Gráfico 4.3.3.3.1 – Taxa de mortalidade em menores de 5 anos, Rio Grande do Sul — 2001-15



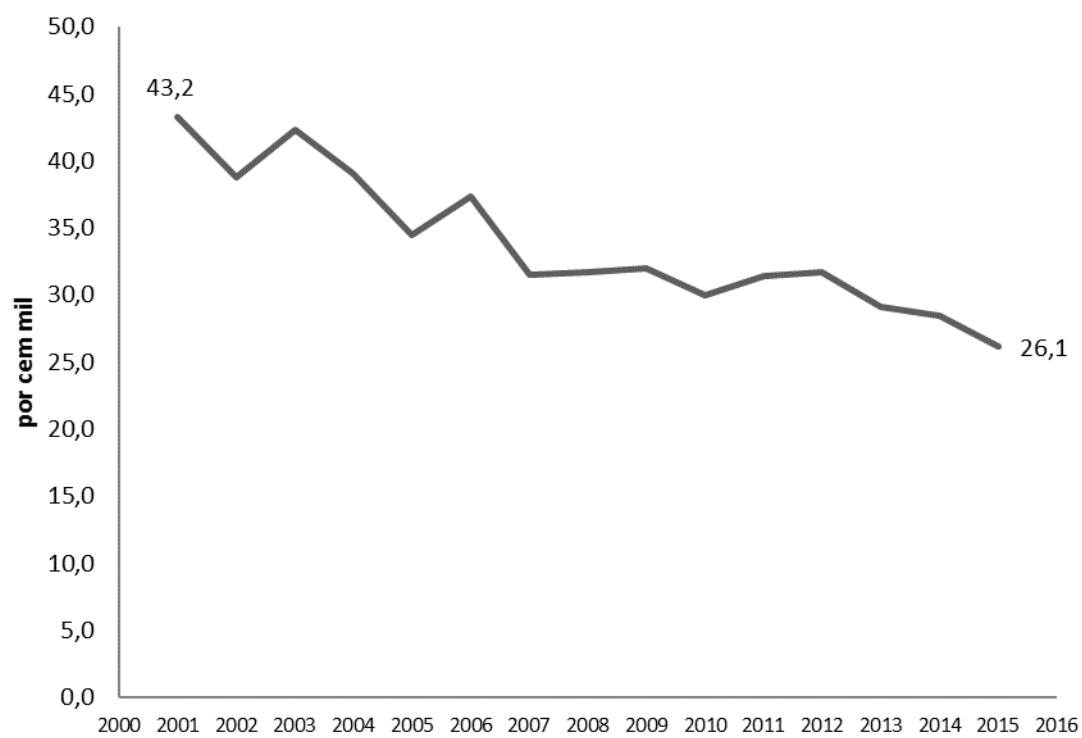
FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

#### 4.3.3.4. Mortalidade em Crianças de 1 a 11 anos

Entre as crianças de 1 a 11 anos, ocorreram 8.965 óbitos no Rio Grande do Sul. A taxa de mortalidade para esse grupo decresceu 40%, de 43,2 por cem mil em 2001 para 26,1 por cem mil em 2015 (gráfico 4.3.3.4.1). A taxa de mortalidade para esta faixa etária decresceu tanto para os meninos (de 49,1 em 2001 para 29,0 em 2015 por cem mil) como para meninas (de 37,2 em 2001 para 23,1 em 2015 por cem mil). Entretanto, as crianças do sexo

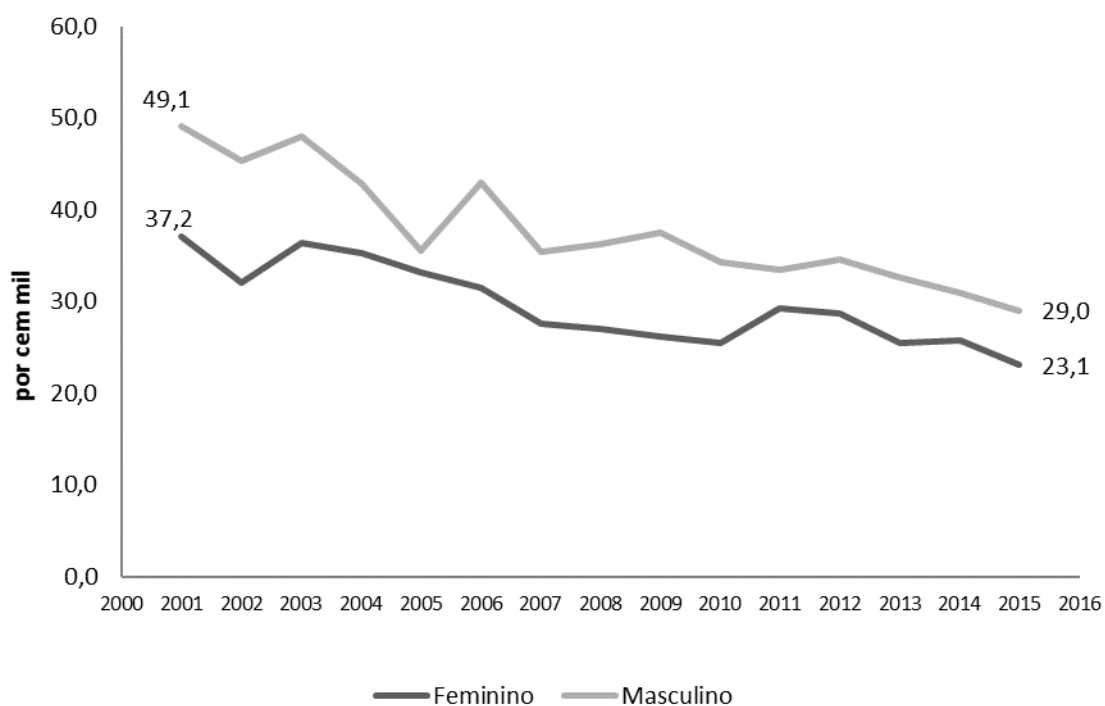
masculino apresentaram maiores taxas ao longo de todo período (gráfico 4.3.3.4.2).

Gráfico 4.3.3.4.1 – Taxa de mortalidade de crianças de 1 a 11 anos, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE:MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

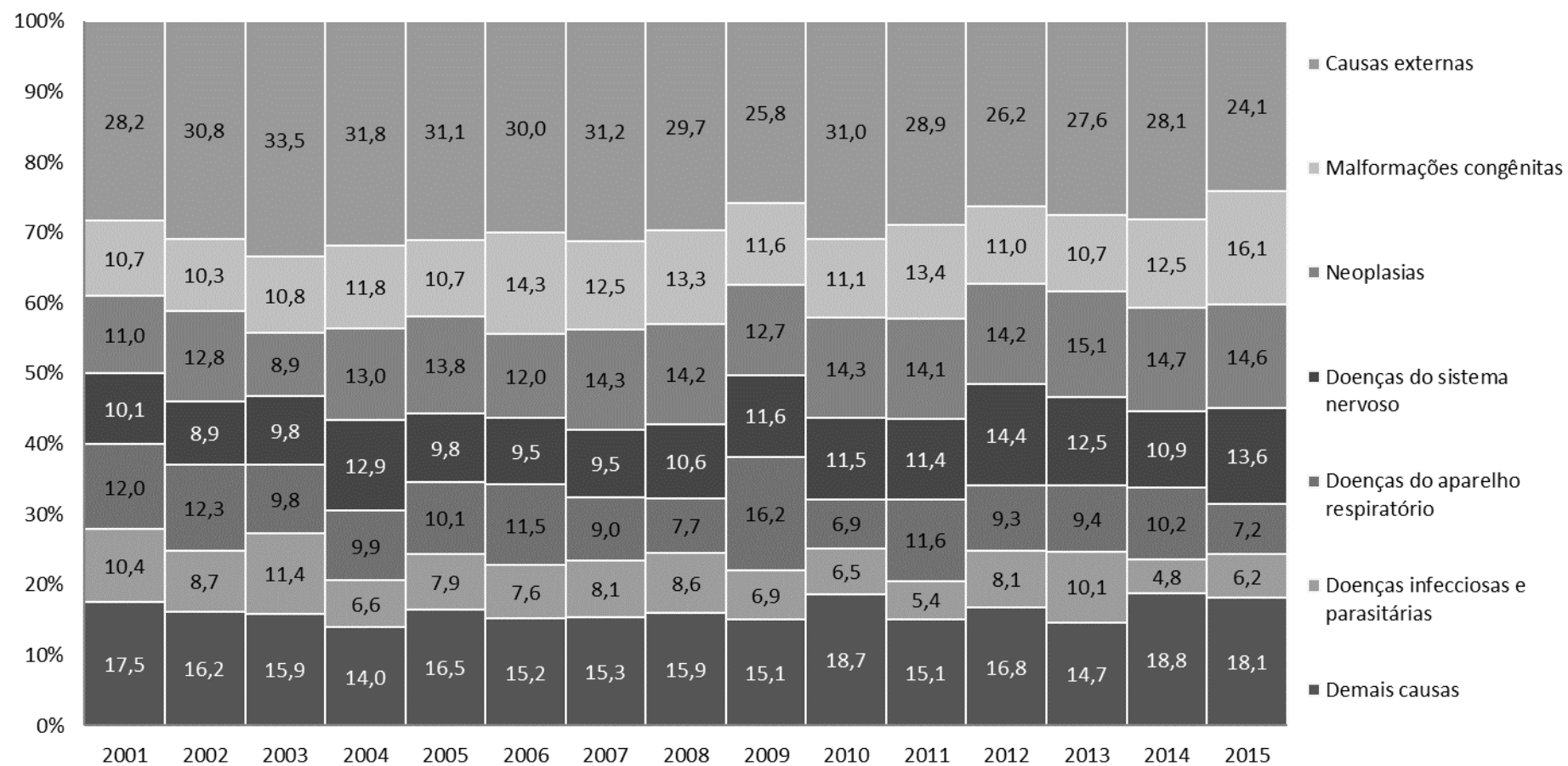
Gráfico 4.3.3.4.2 – Taxa de mortalidade de crianças de 1 a 11 anos, segundo sexo, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE:MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

As principais causas de óbitos em crianças de 1 a 11 anos, em 2015, foram: causas externas (24,1%); malformações congênitas (16,1%); neoplasias (14,6%); doenças do sistema nervoso (13,6%); doenças do aparelho respiratório (7,2%); doenças infecciosas e parasitárias (6,2%).

Gráfico 4.3.3.4.3 – Distribuição dos óbitos de crianças de 1 a 11 anos, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



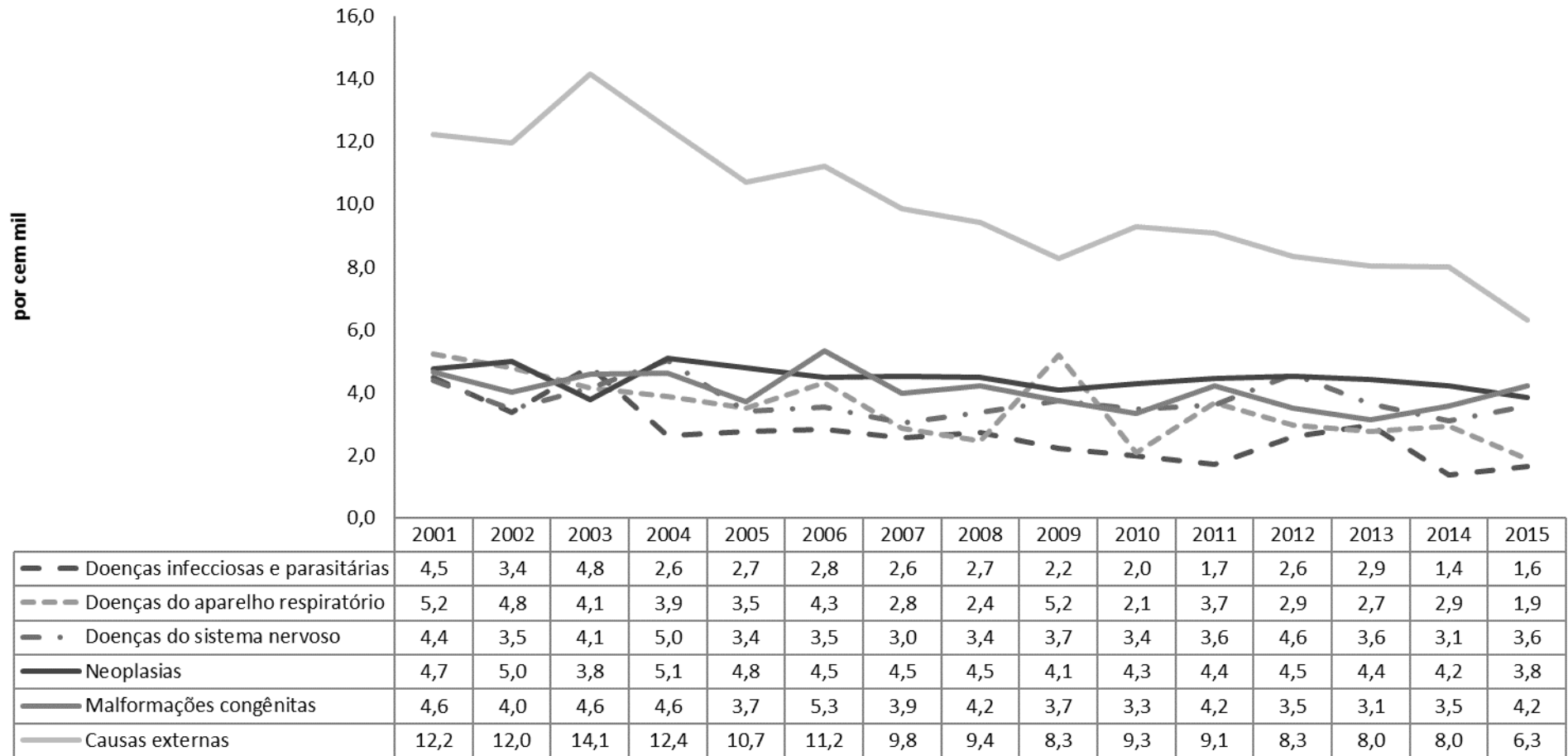
FONTE: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Em relação à variação na ocorrência de óbitos em crianças de 1 a 11 anos, de 2001 para 2015, houve uma diminuição de 52%, chegando a 403 crianças em 2015. Na classificação das causas de óbito, de 2001 para 2015 houve redução de 59% na ocorrência de mortes por causas externas, de 28% na ocorrência de mortes por malformações, de 36% na ocorrência de neoplasias, de 35% na ocorrência de doenças do sistema nervoso, de 71% na ocorrência de óbitos por doenças do aparelho respiratório e de 71% por doenças infecciosas e parasitárias. Destaca-se que, com o decréscimo na ocorrência de óbitos por doenças do aparelho respiratório, essa causa que, em 2001, estava em 2º lugar com maior ocorrência de óbitos passou a ocupar a 5ª posição em 2015.

Em relação à taxa de mortalidade de crianças, observa-se que, apesar de ainda representarem grande parte dos óbitos, as causas externas têm tendência decrescente, de 12,2 em 2001, para 6,3 por cem mil em 2015 (variação de 49%). Destacam-se ainda as quedas nas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (de 4,5 para 1,6 por cem mil) e por doenças do aparelho respiratório (de 5,2 para 1,9 por cem mil).



Gráfico 4.3.3.4.4 - Taxa de mortalidade de crianças de 1 a 11 anos, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE:MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.  
 FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

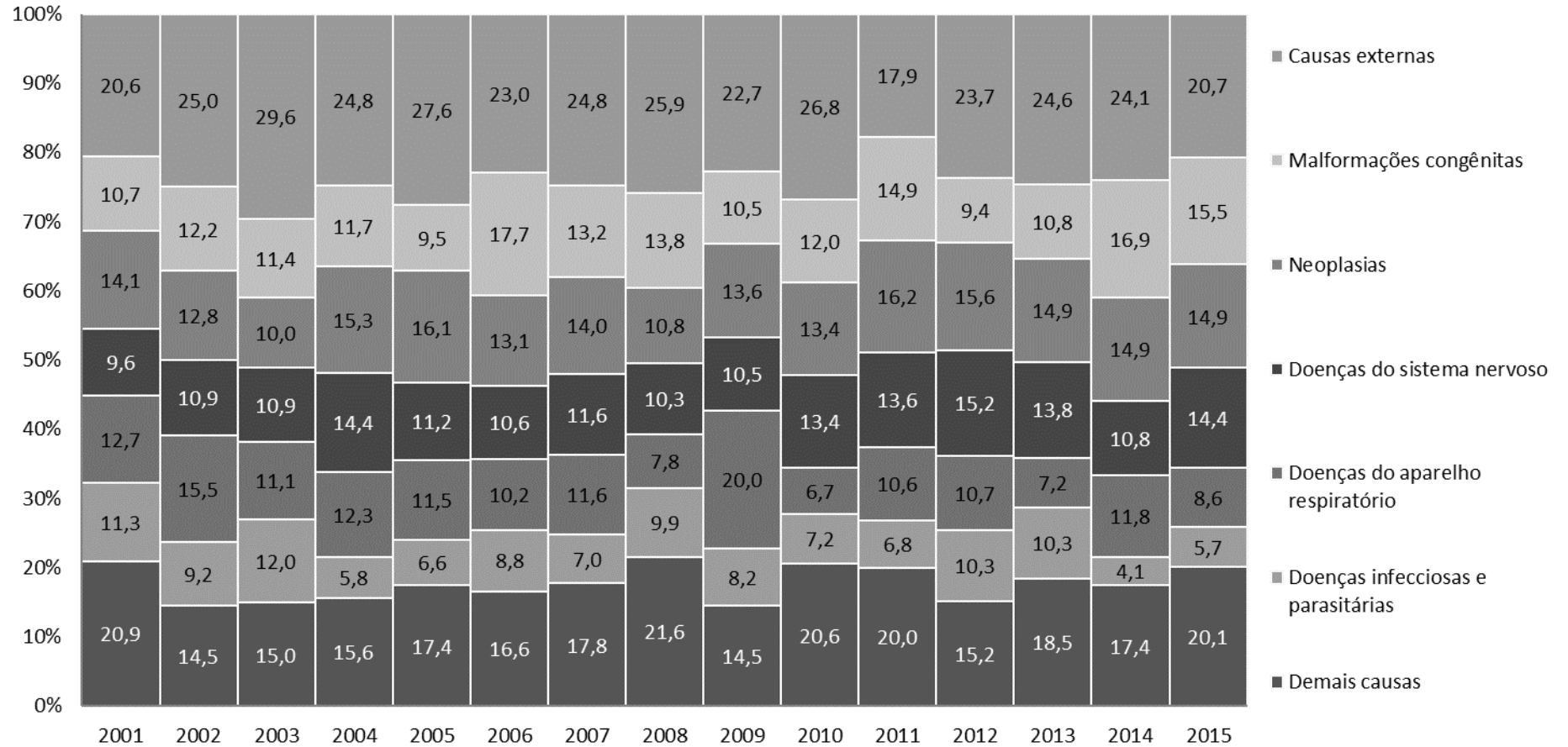
A distribuição de óbitos segundo sexo é semelhante, tendo destaque as mesmas seis causas de óbito citadas no parágrafo anterior. Entretanto, entre os meninos, há uma maior proporção de óbitos por causas externas (em torno de 27%) do que entre as meninas (em torno de 21%).

Houve tendência decrescente na ocorrência de óbitos de crianças de 1 a 11 anos do sexo masculino, de 2001 para 2015, com queda de 53%. Na classificação das causas de óbito, houve redução de 63% na ocorrência de mortes por causas externas, de 27% na ocorrência de mortes por malformações, de 21% na ocorrência de neoplasias, de 41% na ocorrência de doenças do sistema nervoso, de 75% na ocorrência de óbitos por doenças do aparelho respiratório e de 67% por doenças infecciosas e parasitárias de 2001 a 2015. Destaca-se que as causas externas se mantiveram como principal causa de óbito em todo período, enquanto as demais causas variaram entre as 6 primeiras posições.

Em relação às meninas também foi observada queda na ocorrência de óbitos, com variação de 51%. Na classificação das causas de óbito, entre 2001 e 2015, houve redução superior à dos meninos na ocorrência de óbitos por neoplasias e doenças infecciosas e parasitárias de 48% e 75%, respectivamente; a redução dos óbitos por malformações congênitas foi de 29%, semelhante para ambos os sexos e a ocorrência de mortes por causas externas (variação de 51%), por doenças do sistema nervoso (variação de 26%) e por doenças do aparelho respiratório (variação de 67%) foi inferior a das crianças do sexo masculino.

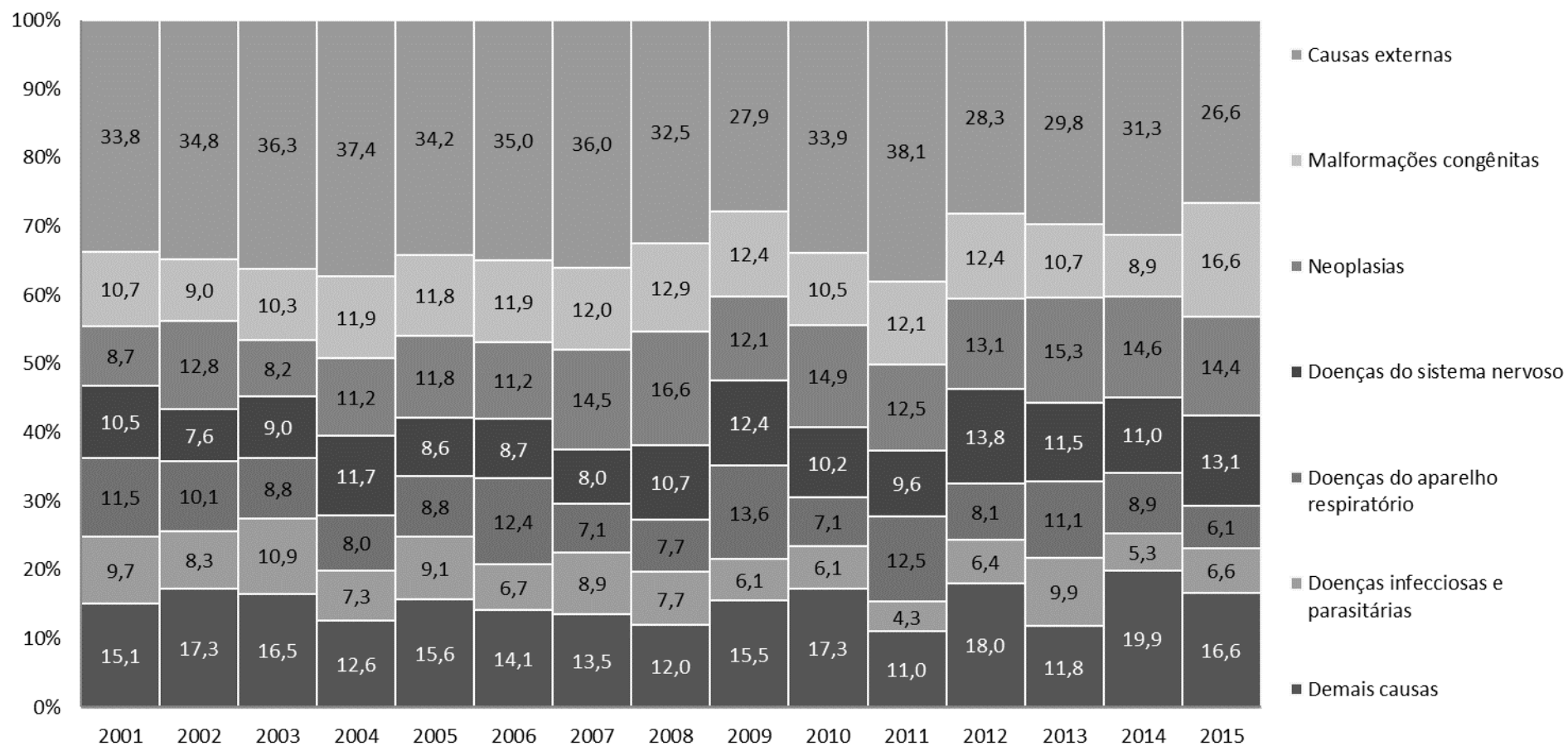
No Rio Grande do Sul, a taxa de mortalidade de crianças de 1 a 11 anos decresceu para as seis principais causas mencionadas para ambos os sexos. As maiores variações ocorreram para os óbitos por doenças do aparelho respiratório (68%) e por doenças infecciosas e parasitárias (60%) para os meninos e na ordem inversa entre essas duas causas para as meninas, com quedas de 57% para óbitos por doenças do aparelho respiratório e queda de 69% para óbitos por doenças infecciosas e parasitárias. Comparando as taxas de óbito pelas principais causas, verifica-se que crianças do sexo masculino apresentam maiores taxas de óbitos por causas externas e malformações congênitas em todo período. Entretanto, elas apresentaram queda mais acentuada na taxa de mortalidade por causas externas do que as crianças do sexo feminino.

Gráfico 4.3.3.4.5 – Distribuição dos óbitos crianças de 1 a 11 anos do sexo feminino, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



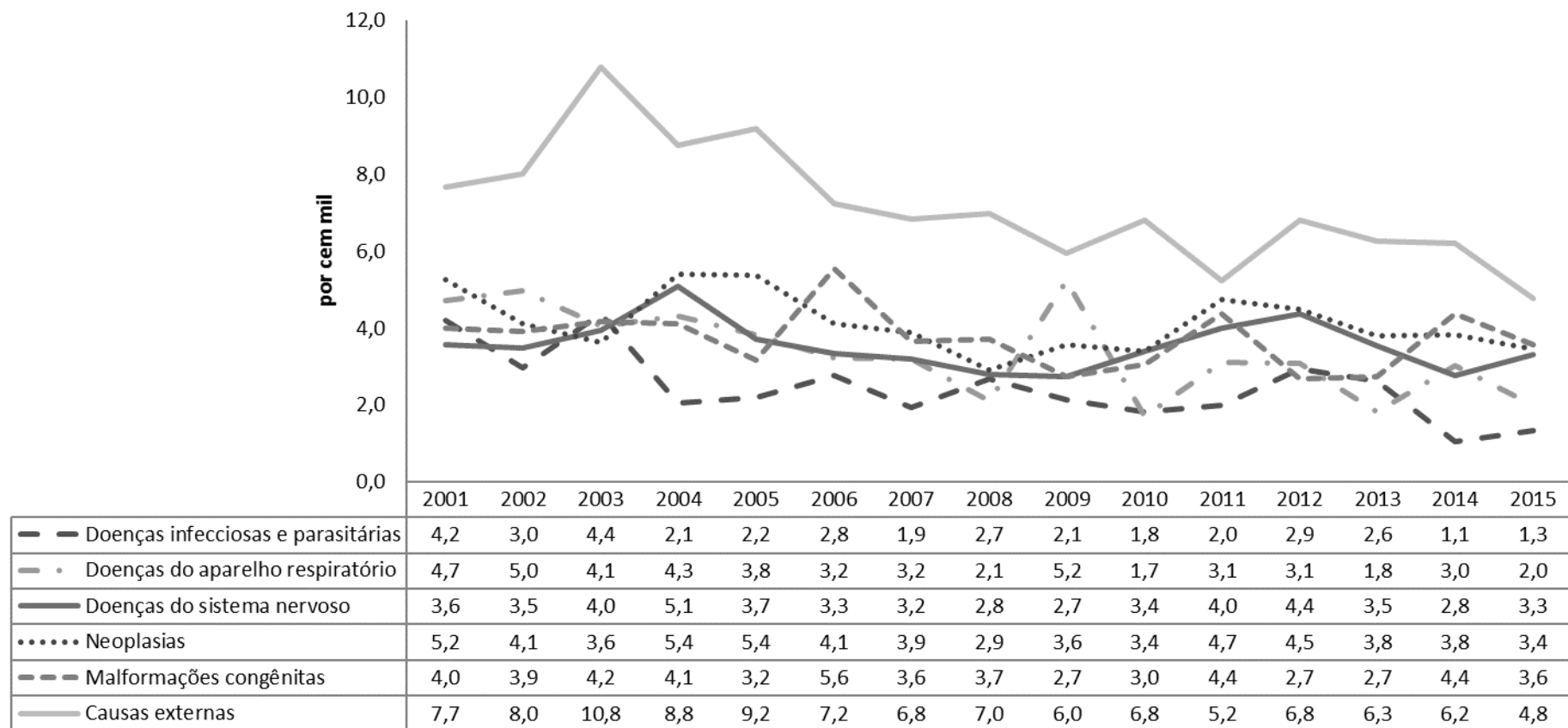
FONTE: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Gráfico 4.3.3.4.6 – Distribuição dos óbitos de crianças de 1 a 11 anos do sexo masculino, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



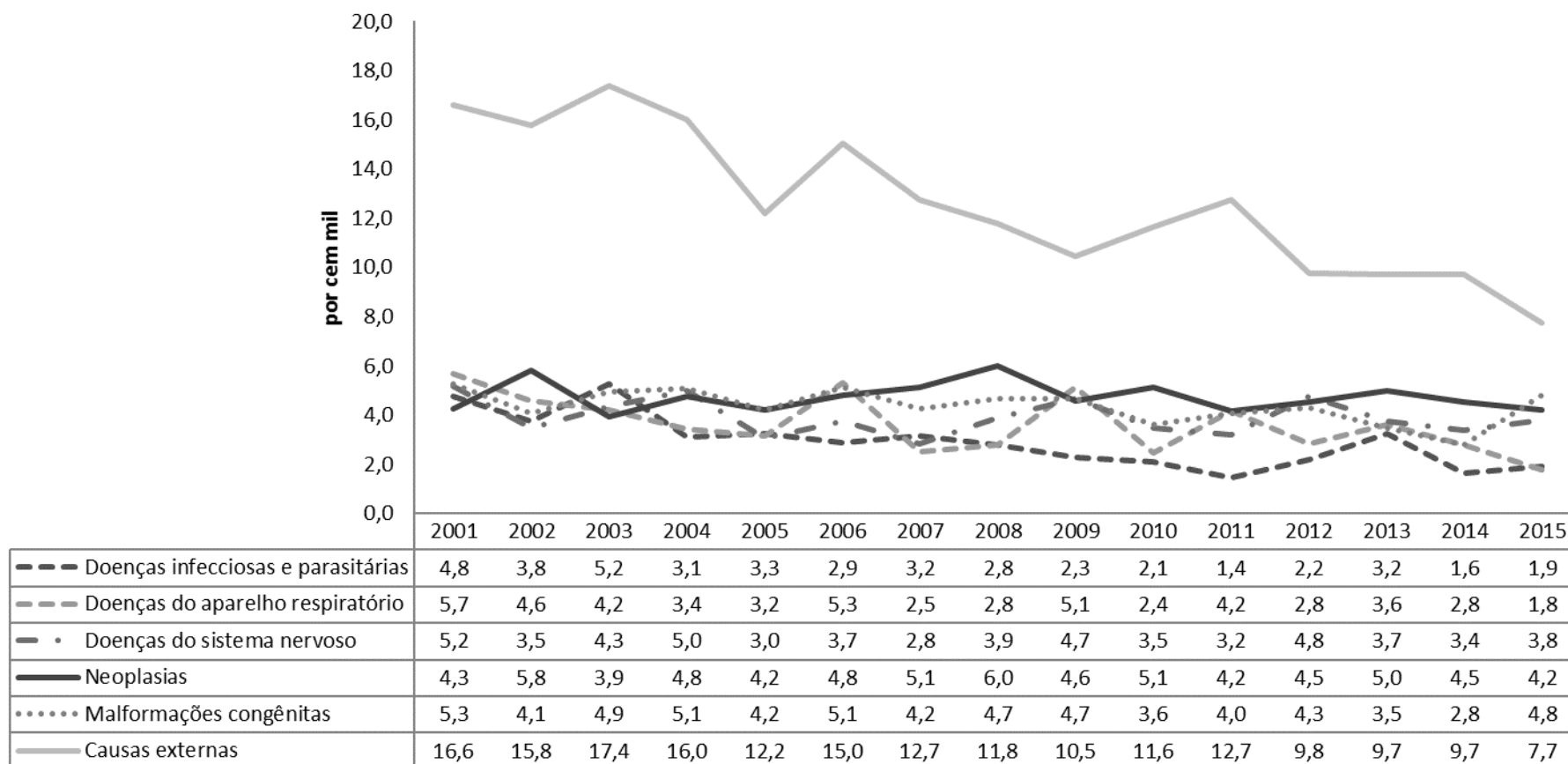
FONTE: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Gráfico 4.3.3.4.7 – Taxa de mortalidade de crianças de 1 a 11 anos do sexo feminino, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE:MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

Gráfico 4.3.3.4.8 - Taxa de mortalidade de crianças de 5 a 11 anos do sexo masculino, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15

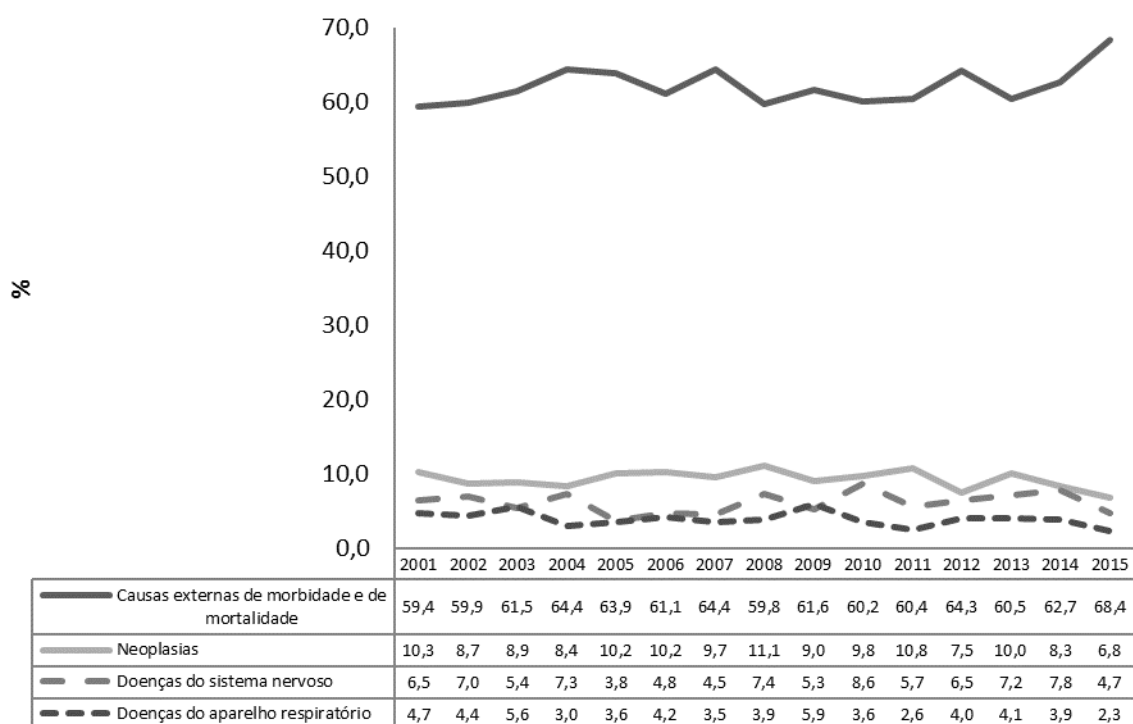


FONTE:MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

#### 4.3.3.5. Mortalidade de Adolescentes

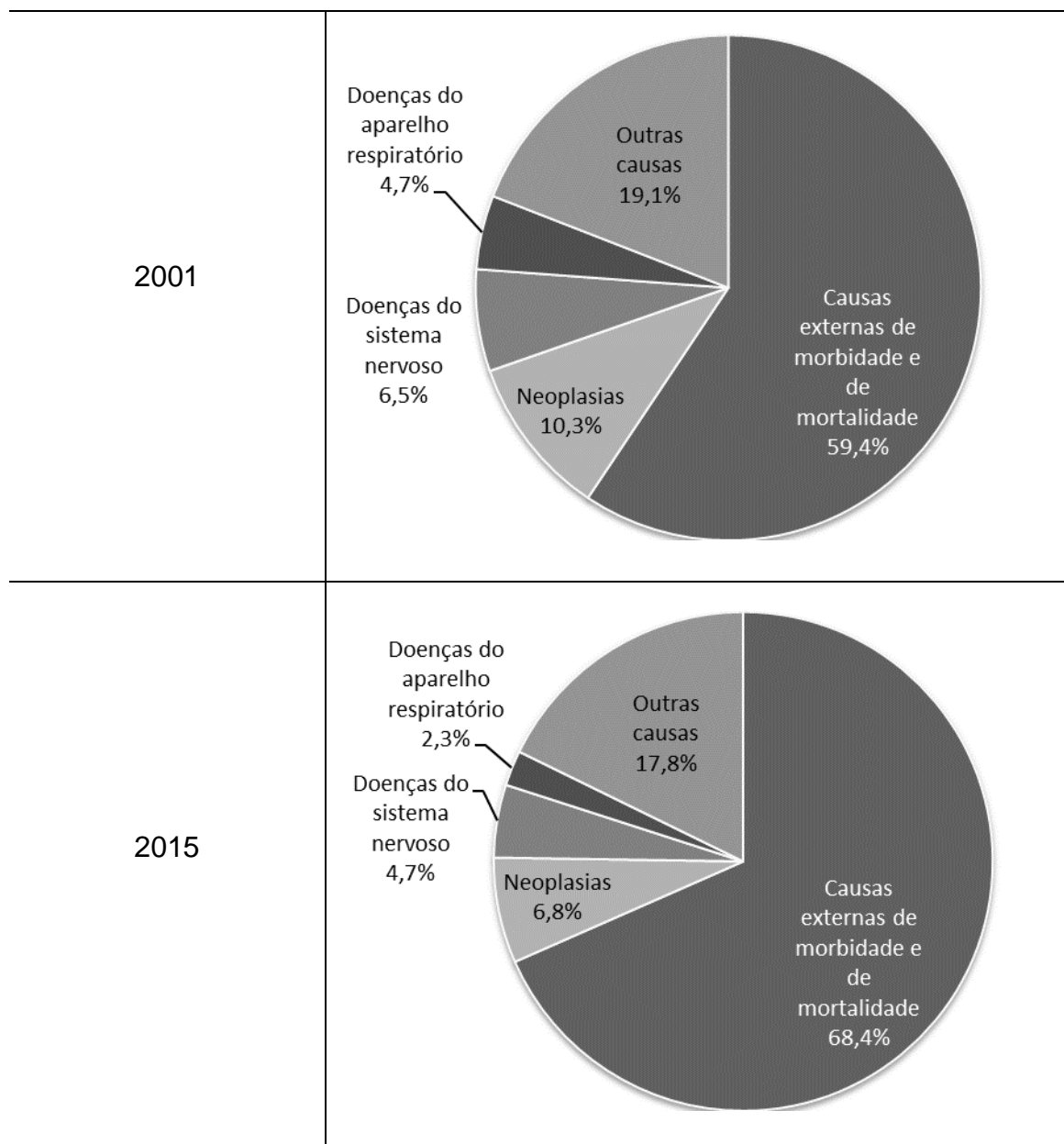
No período de 2001 a 2015, ocorreram 8.967 óbitos de adolescentes no Rio Grande do Sul. A principal causa de mortalidade derivou da categoria de causas externas, que incluem óbitos violentos como homicídios, suicídios, acidentes de transporte, dentre outras. A evolução da participação desse grupo de causas apresentou um aumento, passando de 59,4%, em 2001, para 68,4% dos óbitos ocorridos nessa faixa etária em 2015. Em segundo lugar, em patamares bem mais baixos, encontram-se as neoplasias, cuja evolução passou de 10,3% para 6,8%. Doenças do sistema nervoso foram de 6,5% para 4,7%, enquanto que doenças do aparelho respiratório passaram de 4,7% para 2,3% no período analisado.

Gráfico 4.3.3.5.1 - Distribuição dos óbitos de adolescentes, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Figura 4.3.3.5.1- Distribuição dos óbitos de adolescentes, segundo causas, Rio Grande do Sul – 2001-15



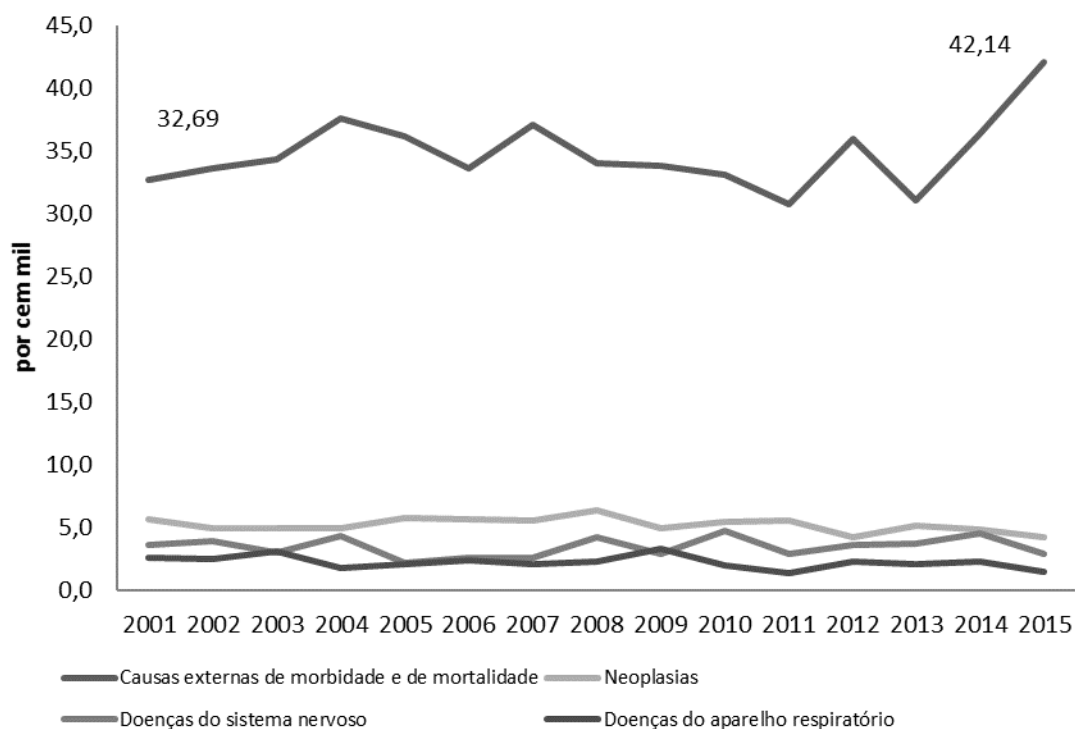
FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Dentre as taxas de mortalidade das principais causas de óbito de adolescentes, a única que apresentou elevação no período foi a relativa às causas externas, um aumento de 29%, passando de 32,69 para 42,14 por cem mil pessoas. A que apresentou maior diminuição foi a taxa relativa aos óbitos



por doenças do aparelho respiratório, caindo 46% no período: passou de 2,60 para 1,40 por cem mil.

Gráfico 4.3.3.5.2- Taxa de mortalidade de adolescentes, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15

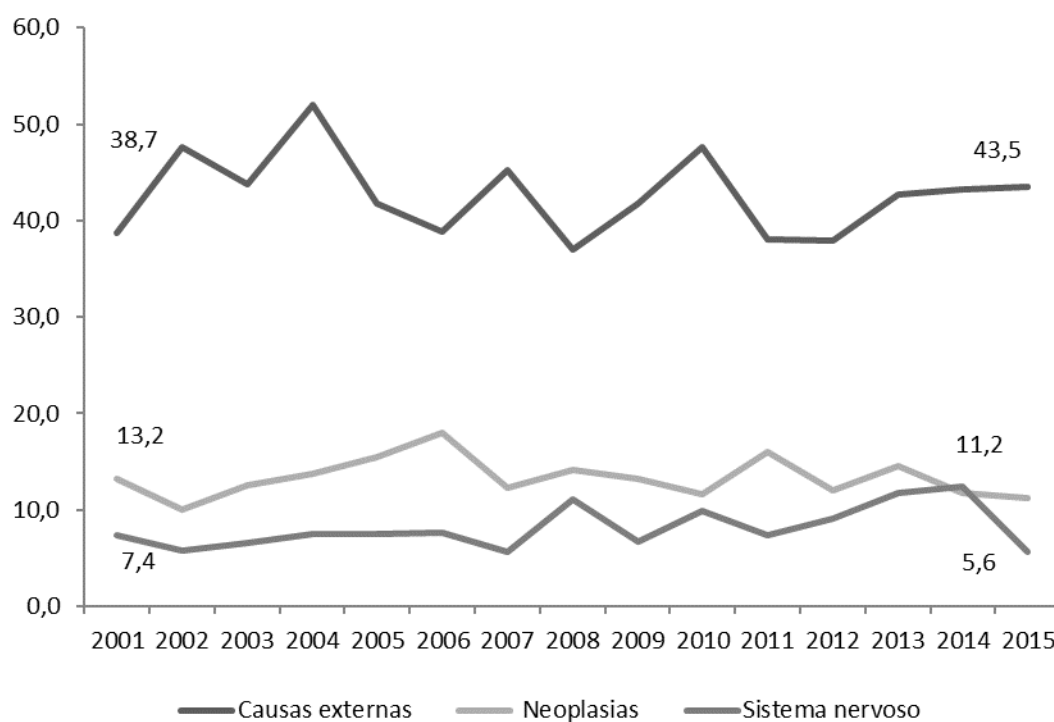


FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

Um aspecto a destacar é o diferencial de incidência de óbitos de adolescentes por gênero: dos 8.967 óbitos no período de 2001 a 2015, 71% foram do sexo masculino. Desses óbitos, 5.577 (62,2%) foram devidos às causas externas, sendo 80% deles adolescentes do sexo masculino (4.461). Em 2015, para as adolescentes, as causas externas foram responsáveis por 43,5% dos óbitos. Já entre os do sexo masculino a participação foi de 77,3%. Em ambos os sexos, a participação aumentou na comparação com 2001: era de 38,7% para o feminino e de 69,7% para o masculino. A mortalidade por neoplasias ocupa a segunda posição, ocorrendo um total de 834 óbitos no período 2001 a 2015, havendo também um predomínio de incidência entre os adolescentes do sexo masculino: 58% (486 óbitos). Para as adolescentes, essa

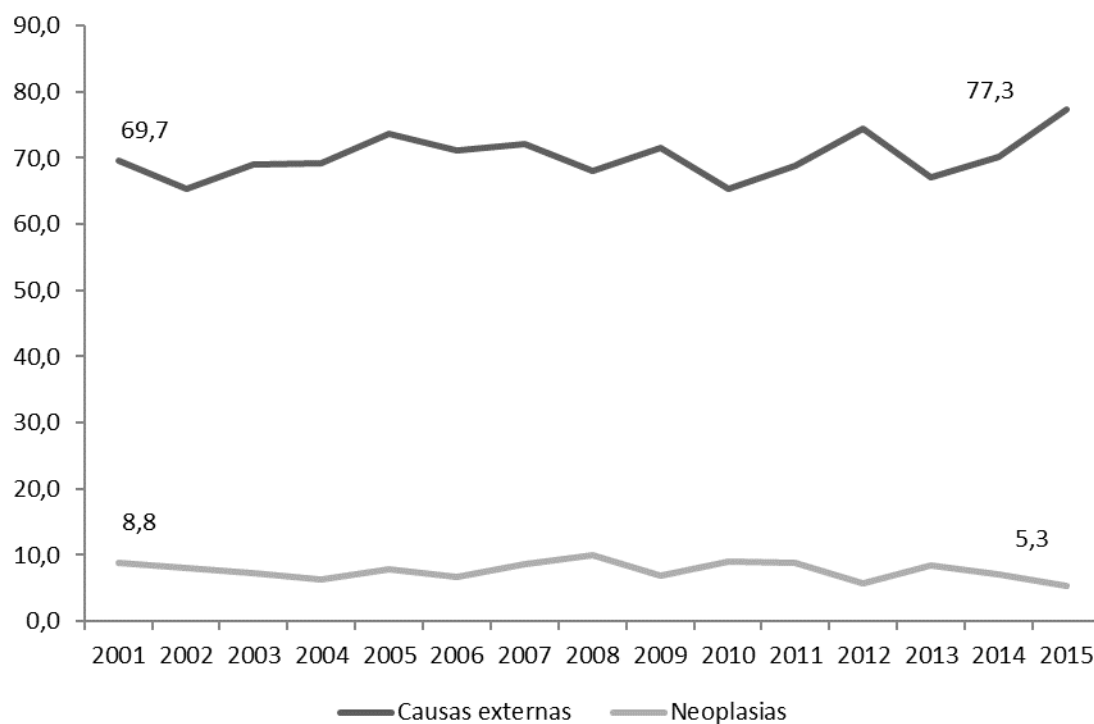
causa de mortalidade foi responsável por 11,2% dos óbitos em 2015, enquanto que, para os adolescentes do sexo masculino, foi 5,3%. Doenças do sistema nervoso tiveram importância relativa apenas para as adolescentes do sexo feminino, causando 5,6% das mortes em 2015.

Gráfico 4.3.3.5.3 – Distribuição dos óbitos de adolescentes do sexo feminino, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



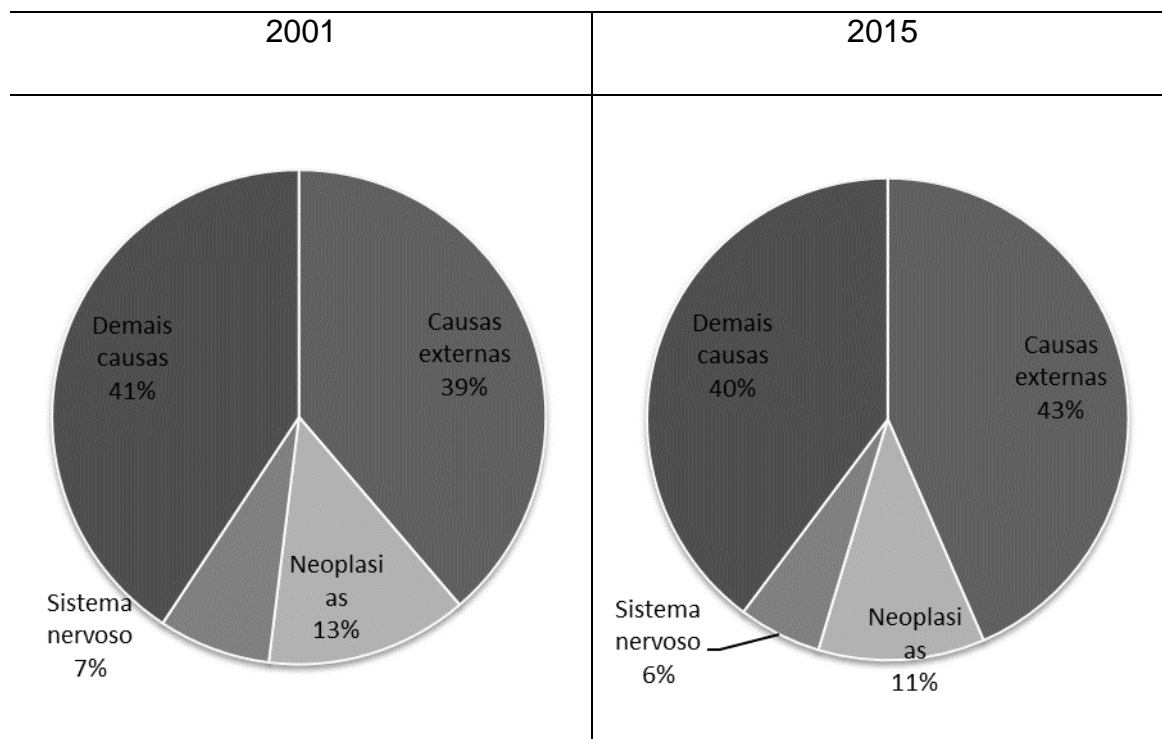
FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Gráfico 4.3.3.5.4 - Distribuição dos óbitos de adolescentes do sexo masculino, segundo principais causas, Rio Grande do Sul - 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

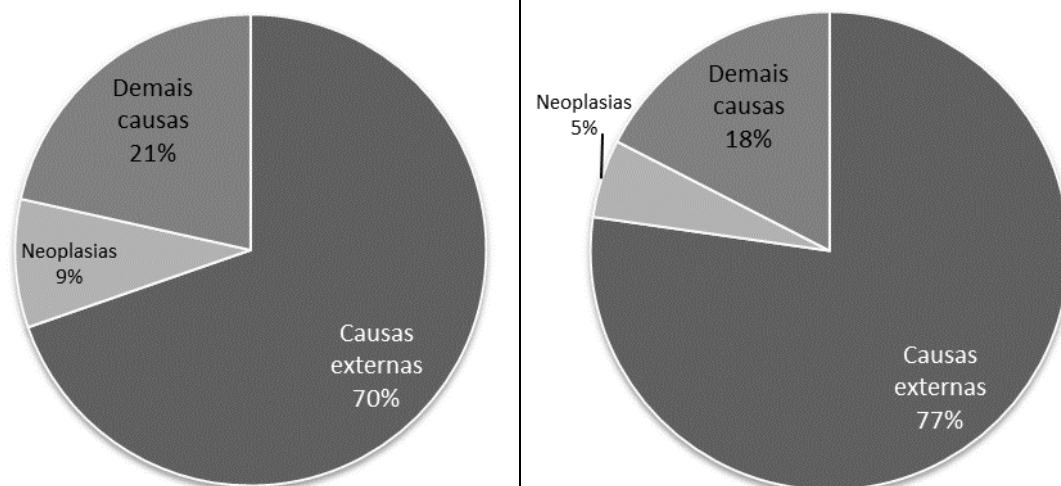
Figura 4.3.3.5.2 – Distribuição dos óbitos de adolescentes do sexo feminino, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Figura 4.3.3.5.3- Distribuição dos óbitos de adolescentes do sexo masculino, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15

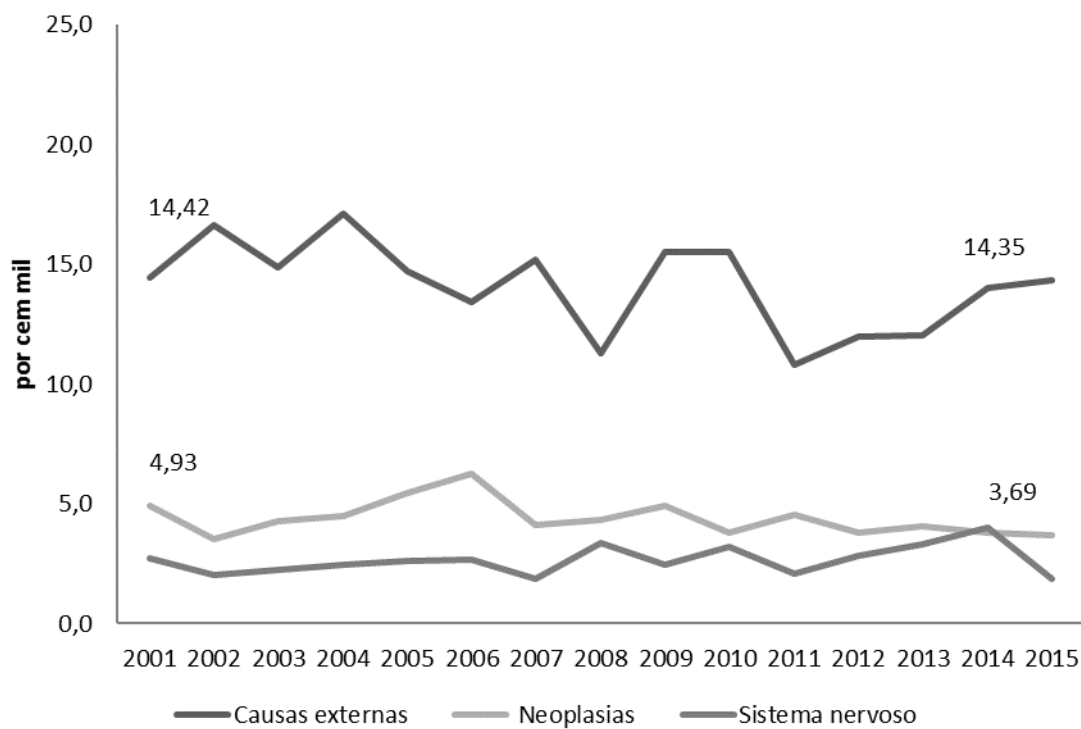




FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A análise das taxas de mortalidade específicas por causa e sexo ao longo do período analisado revela que, apesar de oscilações no período, o nível da mortalidade por causas externas continuou em 14,4 por cem mil adolescentes do sexo feminino. Para os adolescentes do sexo masculino, há um aumento da incidência de óbitos por causas externas, passando de 50,4 em 2001 para 68,8 por cem mil em 2015. As taxas referentes a neoplasias caíram para ambos os sexos, para as adolescentes passou de 4,93 para 3,69 por cem mil, enquanto que, para os adolescentes, passou de 6,37 para 4,72.

Gráfico 4.3.3.5.5 - Taxa de mortalidade de adolescentes do sexo feminino, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15

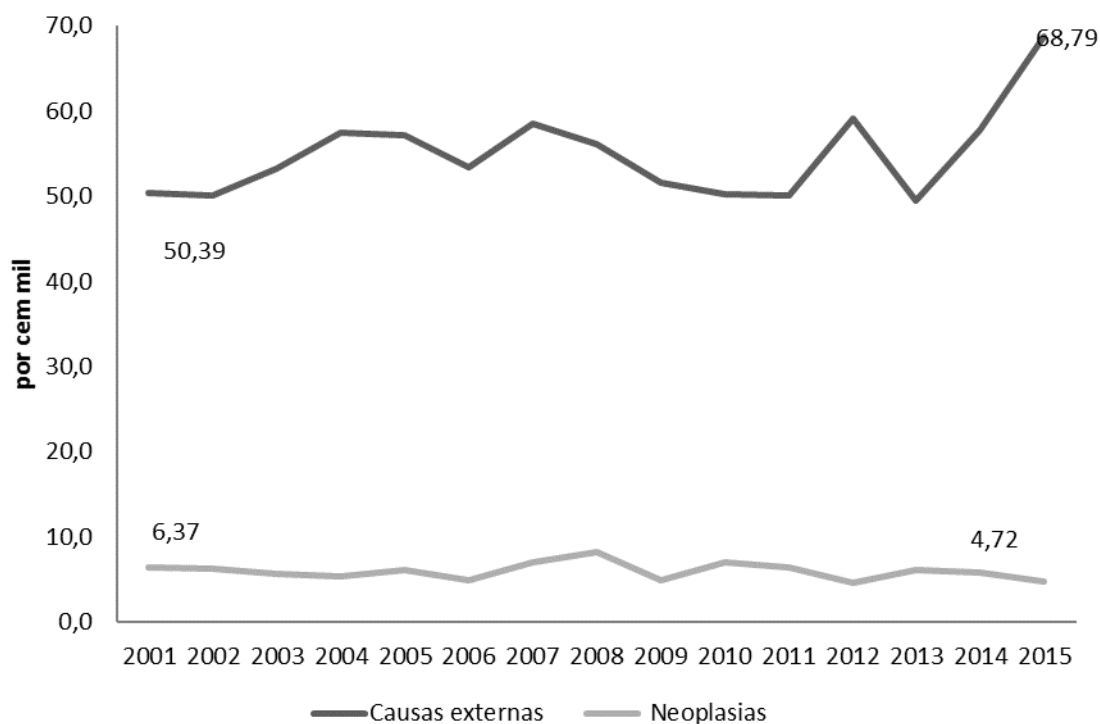


FONTE:MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

Gráfico 4.3.3.5.6- Taxa de mortalidade de adolescentes do sexo masculino, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-

15

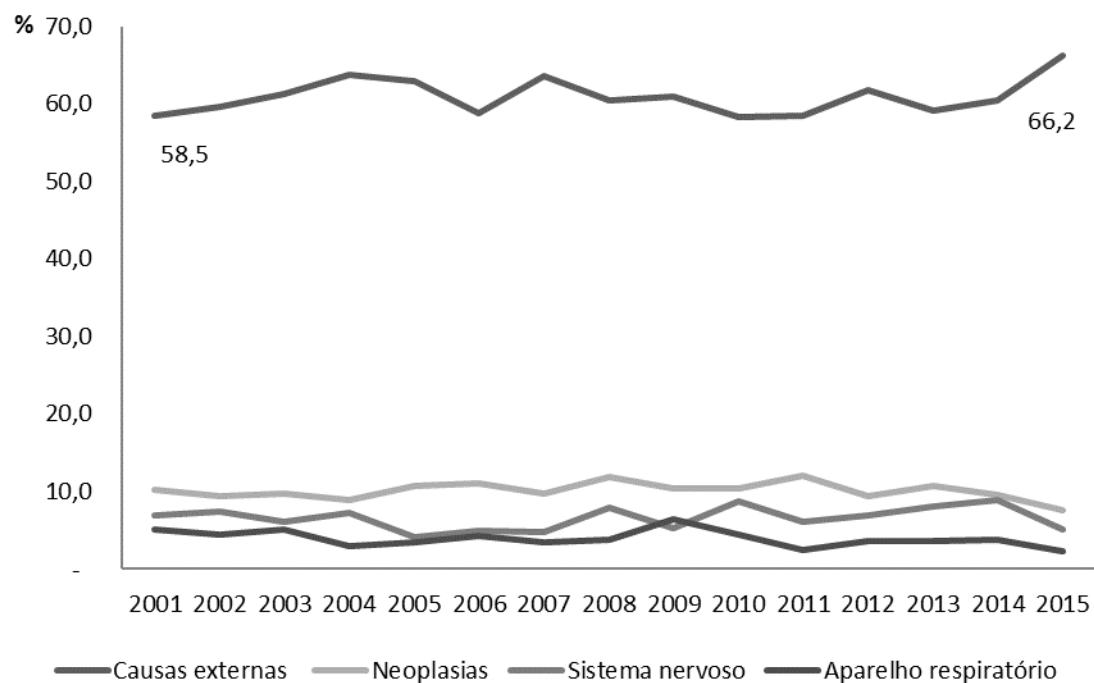


FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

A distribuição dos óbitos dos adolescentes de raça/cor branca revela um aumento da participação do grupo de causas externas de mortalidade, passando de 58,5%, em 2001, para 66,2% em 2015. Outras principais causas sofreram uma diminuição ao longo do período: as mortes por neoplasias caíram de 10 para 8%; mortes causadas por doenças do sistema nervoso de 7% para 5%, e as mortes devidas a doenças do aparelho respiratório apresentaram diminuição de 5% para 2% no período.

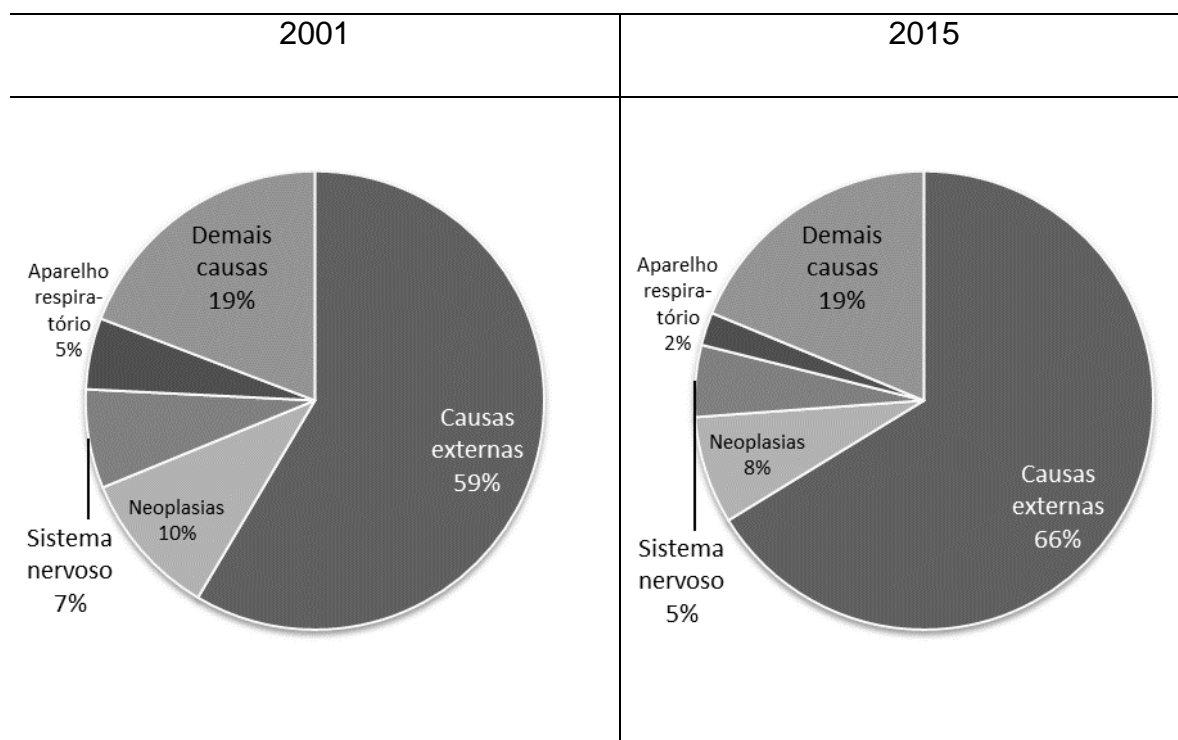
Gráfico 4.3.3.5.7- Distribuição dos óbitos de adolescentes de raça/cor branca, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.



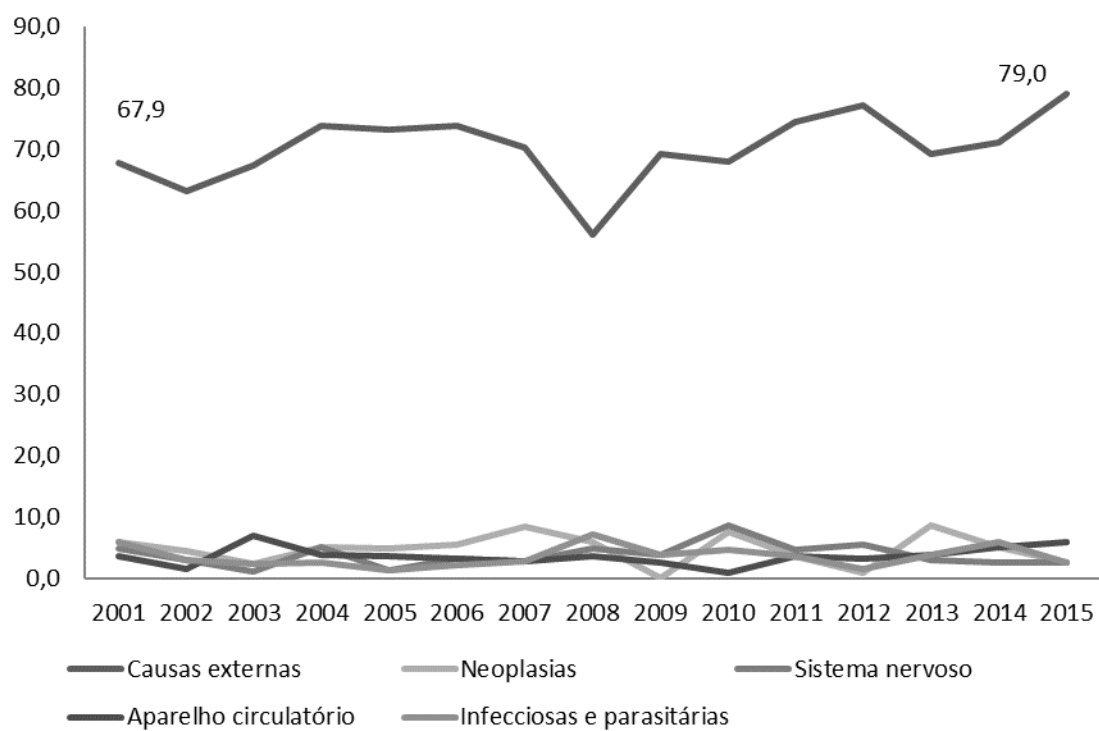
Figura 4.3.3.5.4 – Distribuição dos óbitos de adolescentes de raça/cor branca, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

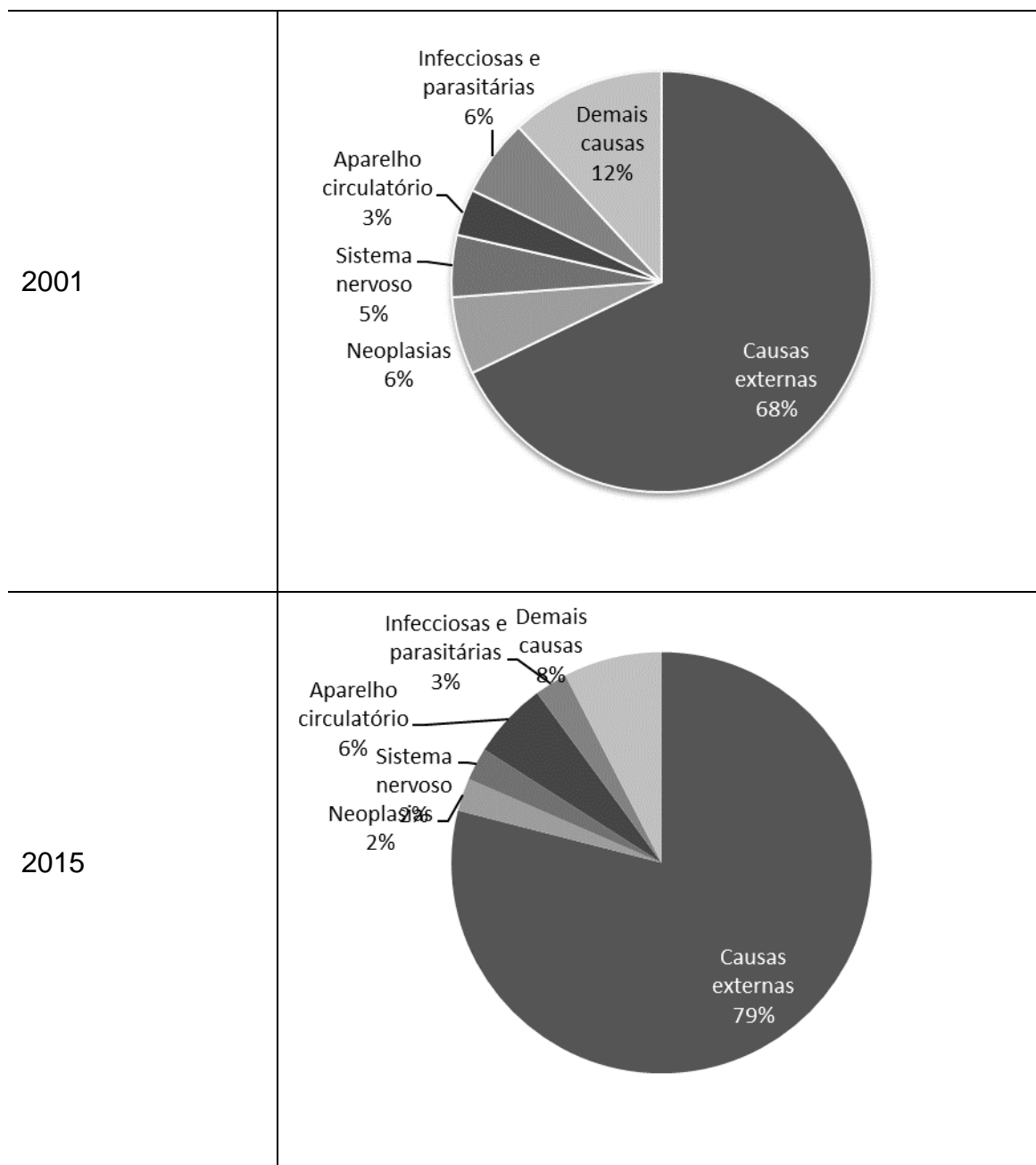
Já para os adolescentes de raça/cor preta ou parda, há uma participação maior dos óbitos por causas externas no total de mortes nessa faixa etária, comparado com os de raça/cor branca. Houve também um aumento da participação desse grupo de causas de mortalidade no período 2001-2015, passando de 67,9%, em 2001, para 79,0% em 2015. Para esses adolescentes, doenças infecciosas e parasitárias faziam parte das principais causas de morte em 2001, quando foram responsáveis por 6% dos óbitos, porém, com queda de participação em 2015, passando para 3%. Já para o grupo de doenças do aparelho circulatório, a participação foi de 6% em 2015, um aumento em relação a 2001, que era de 3%. As demais principais causas sofreram uma diminuição ao longo do período: as mortes por neoplasias caíram de 6% para 2%, enquanto as mortes causadas por doenças do sistema nervoso caíram de 5% para 2%. Doenças do aparelho respiratório não constaram como uma das principais causas de mortalidade de adolescentes pretos e pardos, como ocorreu com os adolescentes brancos.

Gráfico 4.3.3.5.8- Distribuição dos óbitos de adolescentes de raça/cor preta ou parda, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



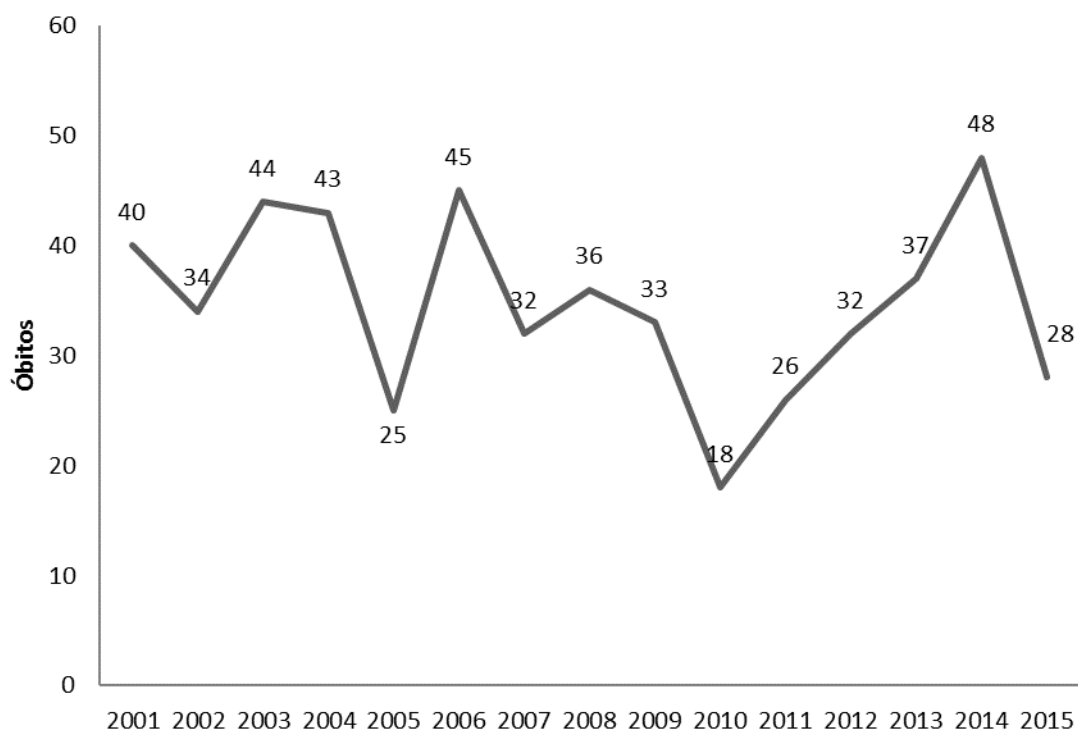
FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Figura 4.3.3.5.5- Distribuição dos óbitos de adolescentes de raça/cor preta ou parda, segundo principais causas, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Gráfico 4.3.3.5.9– Número de óbitos de adolescentes por suicídio, Rio Grande do Sul —2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Durante o período 2001 a 2015, ocorreram 521 óbitos de adolescentes devido a suicídios<sup>19</sup>, sendo 68,1% de pessoas do sexo masculino. Considera-se importante que se faça o monitoramento e a avaliação sistemáticos dos óbitos por suicídios, especialmente em relação aos adolescentes, na medida em que, nesta fase da vida, por diversos motivos, podem apresentar sinais de baixa estima e de autoexclusão e autocobrança excessivos.

<sup>19</sup> O número de óbitos de crianças tendo como causa o suicídio apresentou baixa incidência no período analisado, registrando-se 13 ocorrências de 2001 a 2015 e, por este motivo, não foi apresentado graficamente na seção Mortalidade Infantil.

#### 4.3.4. Rede de Atenção Psicossocial

A criação da Rede de Atenção Psicossocial<sup>20</sup> (RAPS) pelo Ministério da Saúde, em 2011, teve como objetivo prover atenção à saúde das pessoas “com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”<sup>21</sup>. O acesso ao atendimento psicossocial se dirige tanto à população em geral como também aos grupos mais vulneráveis, como crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas.

Os principais pontos de atenção da RAPS são: Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Consultórios na Rua e Centros de Convivência e Cultura (vinculados ao componente “atenção básica à saúde”); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em todas as suas modalidades (atenção psicossocial estratégica); Atenção de Urgência e Emergência; Unidades de Acolhimento, Adulto ou Infanto-juvenil e Serviços de Atenção em Regime Residencial (atenção residencial de caráter transitório); Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais (atenção hospitalar); Serviços Residenciais Terapêuticos (estratégias de desinstitucionalização), entre outros.

Em relação aos atendimentos ambulatoriais em saúde mental no Rio Grande do Sul<sup>22</sup>, pode-se verificar no gráfico a seguir que, entre os anos de 2008 a 2011, há uma elevação constante no número de atendimentos, apresentando relativa queda de 2011 para 2012 (-3,1%) e, entre 2012 e 2013, uma acentuada queda (-81,3%). Conforme especialistas em saúde da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, esta queda acentuada entre 2012 e 2013 tem relação com a mudança na forma de financiamento dos CAPS, ou seja, antes de 2012, os Centros de Atenção Psicossocial recebiam por

---

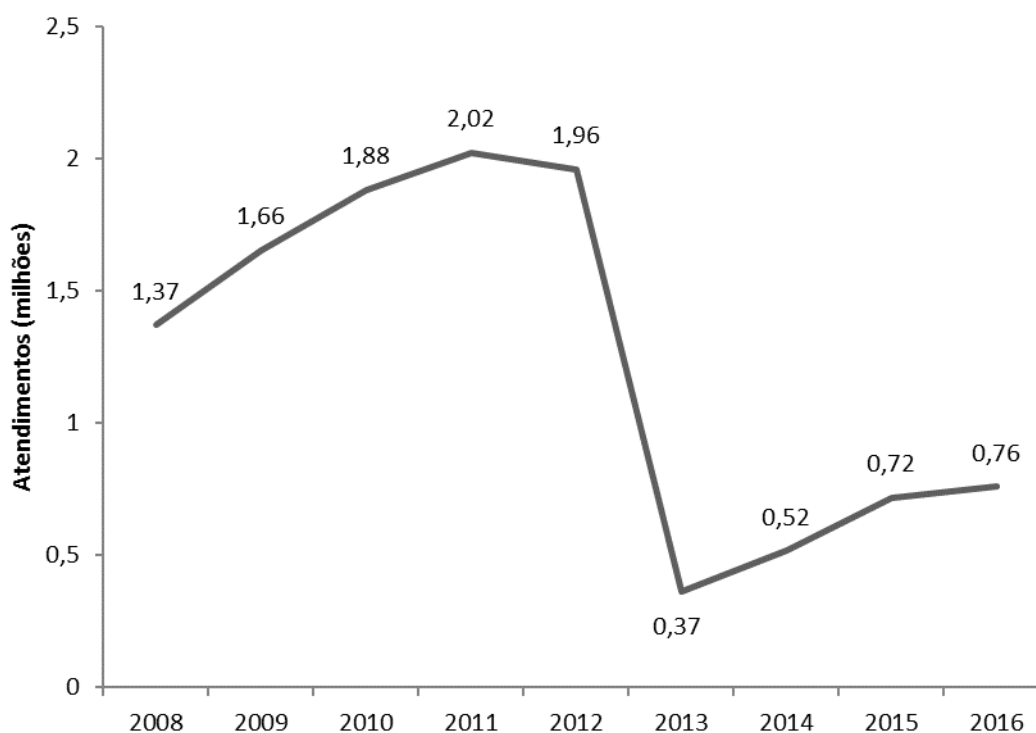
<sup>20</sup> Portaria GM/MS nº 3088, de 23/12/2011, com republicação em 21/05/2013. No Rio Grande do Sul se instituiu o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)/Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, através da Resolução CIB/RS nº 592/2013 e o Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial do RS (Resolução CIB/RS nº 655/2014).

<sup>21</sup> Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>> Acesso em: 09 de mai. 2017.

<sup>22</sup> Os dados da produção ambulatorial do atendimento da RAPS não permitem estratificação por faixa etária. Estes dados foram fornecidos por especialistas da Seção de Saúde Mental e Neurológica do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. A fonte dos dados brutos é o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), do Ministério da Saúde, cuja série histórica está disponível a partir de 2008.

produção e, assim, efetuavam os registros de todas as ações realizadas. Após 2012, passaram a receber um incentivo fixo, tanto do Ministério da Saúde quanto do governo estadual e, assim, deixaram de registrar a maior parte de suas ações. Quando isto foi detectado, o Ministério da Saúde passou a cobrar os registros dos CAPS, indicando que aqueles Centros que não apresentassem produção mensal perderiam os seus incentivos. Desta forma, os registros foram sendo retomados aos poucos após este período. Nos anos posteriores, o número de atendimentos passou a subir lentamente.

Gráfico 4.3.4.1 – Número de atendimentos ambulatoriais em saúde mental, Rio Grande do Sul — 2008-16



FONTE: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS/MS).

No tocante à atenção psicossocial estratégica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem diferentes modalidades de atendimento<sup>23</sup> e podem ser implantados nos municípios com população superior a 15 mil

<sup>23</sup> As modalidades de atendimento são: **CAPS I** e **CAPS II** (atendimento diário de adultos, com transtornos mentais severos e persistentes); **CAPS III** (atendimento diário e noturno de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, durante sete dias da semana); **CAPSi** (atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais); **CAPSad** (atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas; possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação) (Brasil, 2004, p. 22).

habitantes. Em 2016, o estado gaúcho possuía 199 CAPS em funcionamento (sendo 184 habilitados pelo Ministério da Saúde). Deste total, 14,6% se referiam à modalidade CAPSad e 10,5% à CAPSi (CNES/MS). O número de procedimentos aprovados para os CAPS gaúchos (discriminados entre população em geral e crianças e adolescentes), de 2012 a 2016, pode ser visualizado na tabela 5.3.4.1<sup>24</sup>.

Tabela 5.3.4.1 – Número de procedimentos aprovados em CAPS, segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2012-16

ANOS	FAIXA ETÁRIA	
	Pessoas de 0 a 19 anos	Total
2012	0	49
2013	34.216	188.625
2014	48.691	324.313
2015	71.071	533.419
2016	84.346	575.842

FONTE: Ministério da Saúde.

De acordo com os dados constantes na tabela acima, houve uma elevação contínua do número de procedimentos aprovados nos CAPS do Rio Grande do Sul, de 2013 a 2016, tanto para a população em geral quanto para as crianças e os adolescentes. Destaca-se, também, que o número de procedimentos para o público de 0 a 19 anos aumentou em 146,5% no ano de 2016 em relação a 2013.

Ainda no tocante à atenção psicossocial, outra discussão bastante importante se refere à medicalização de crianças e adolescentes. Peter Conrad (2007 apud Zorzanelli et al., 2014, p. 1860) afirma que a “medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser

<sup>24</sup> A faixa etária para crianças e adolescentes, neste caso, foi estabelecida de 0-19 anos. O Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) pelos CAPS foi instituído pela Portaria nº 276, de 30 de março de 2012, permitindo-se a sua apresentação, portanto, a partir deste ano (2012). As informações foram fornecidas por especialistas da Seção de Saúde Mental e Neurológica do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, com base nos dados do Ministério da Saúde.

definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos”.

Atento a essa questão, o CONANDA publicou a Resolução nº 177/2015, dispondo sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à **excessiva medicalização**, definida “como a redução inadequada de questões de aprendizagem, comportamento e disciplina a patologias, em desconformidade com o direito da criança e do adolescente à saúde, ou que configure negligência, discriminação ou opressão” (Brasil, 2015).

Na resolução, apontou-se para a necessidade de alternativas às ações medicalizantes, mediante uma abordagem que envolva diferentes profissionais, setores sociais e a família, fazendo referência também aos cuidados especiais necessários em saúde mental aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

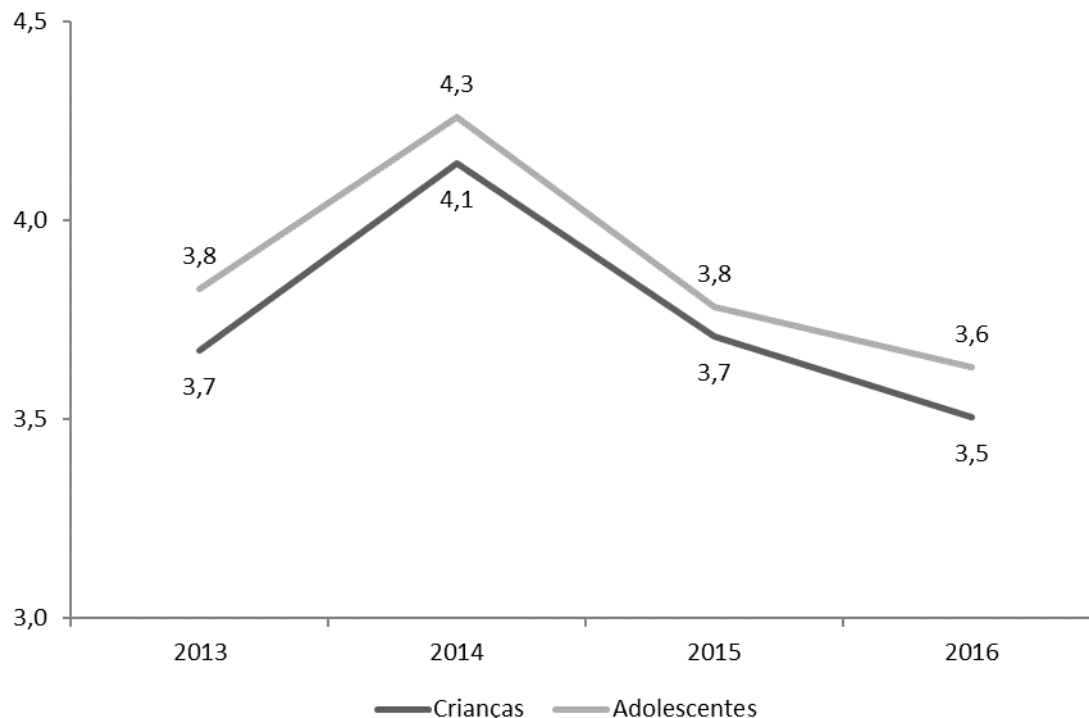
A partir dos dados enviados pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul sobre as dispensações de medicamentos da rede pública para crianças e adolescentes, é possível verificar que, de 2013 a 2016, o número de dispensações<sup>25</sup> por paciente se manteve, praticamente, estável, apresentando um discreto aumento em 2014 e posterior declínio nos anos de 2015 e 2016, tanto para crianças (0 a 11 anos) quanto para adolescentes (12 a 17 anos). Em relação ao número de pacientes que retiraram o medicamento, é possível afirmar que houve baixíssima variação no período em análise. Observa-se também que há mais dispensações de medicamentos por paciente para adolescentes do que para crianças (gráfico 4.3.4.2).

---

<sup>25</sup> O número de dispensações trata do total de dispensações (dispensação para um mês de tratamento), por idade, no ano. As dispensações são relativas aos seguintes medicamentos: Fluoxetina 20mg; Sertralina Clor. 50mg; Risperidona 1mg; Risperidona 2mg; Risperidona 3mg; Risperidona 1mg/ml (Sol. Oral) 30ml; Metilfenidato, Clor. 10mg.



Gráfico 4.3.4.2 – Quantidade de dispensações de medicamentos por paciente da rede pública, para crianças e adolescentes, Rio Grande do Sul — 2013-16

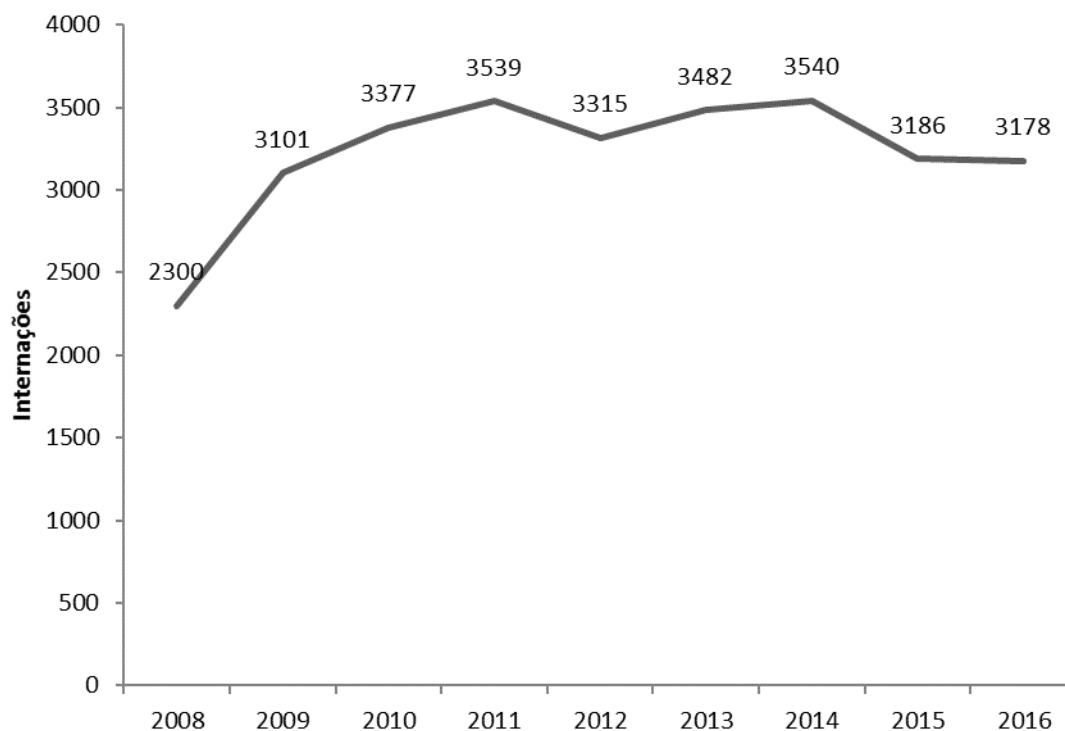


FONTE: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul.

#### 4.3.4.1. Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o número de internações hospitalares da população com 19 anos ou menos no Estado, devido a transtornos mentais e comportamentais, tem uma tendência de aumento: passou de 2.300 em 2008 para 3.178 em 2016, o que representa uma variação de, aproximadamente, 38%. Destaca-se que nos anos de 2011 e de 2014, o valor ultrapassou 3,5 mil internações para as pessoas nessa faixa etária.

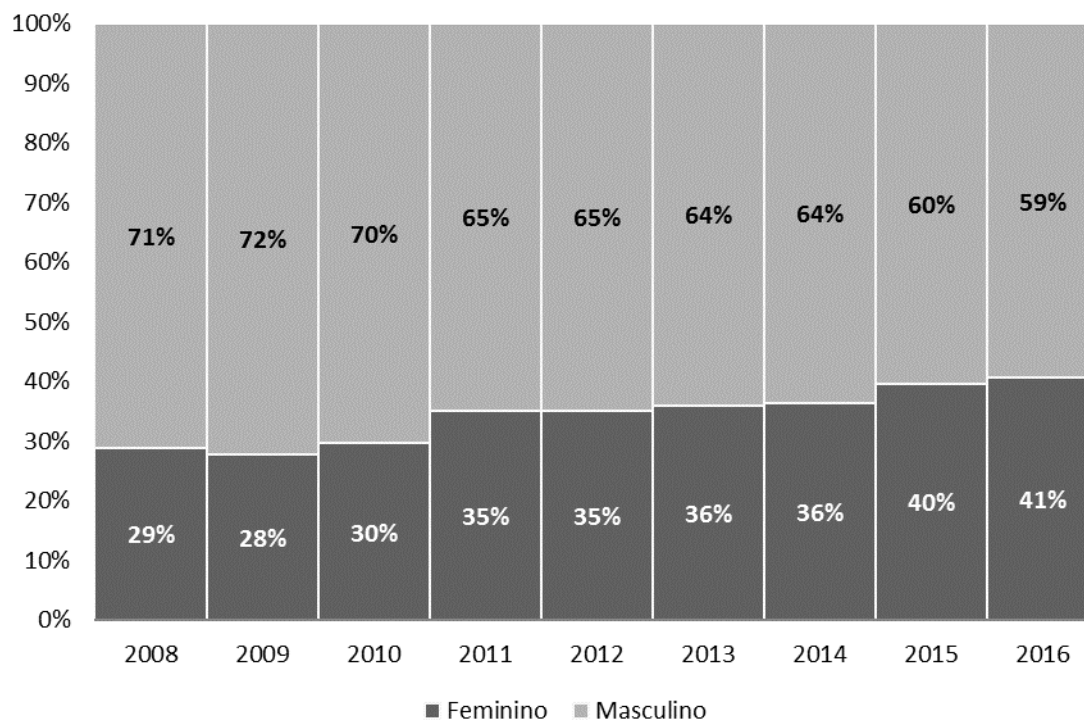
Gráfico 4.3.4.1.1 – Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais de pessoas de 0 a 19 anos, Rio Grande do Sul — 2008-16



FONTE: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

As internações hospitalares devido a transtornos mentais e comportamentais de pessoas de 0 a 19 anos afetam principalmente as do sexo masculino. Nota-se, porém, uma diminuição da incidência entre eles, cuja participação passou de 71% das internações em 2008 para 59% em 2016.

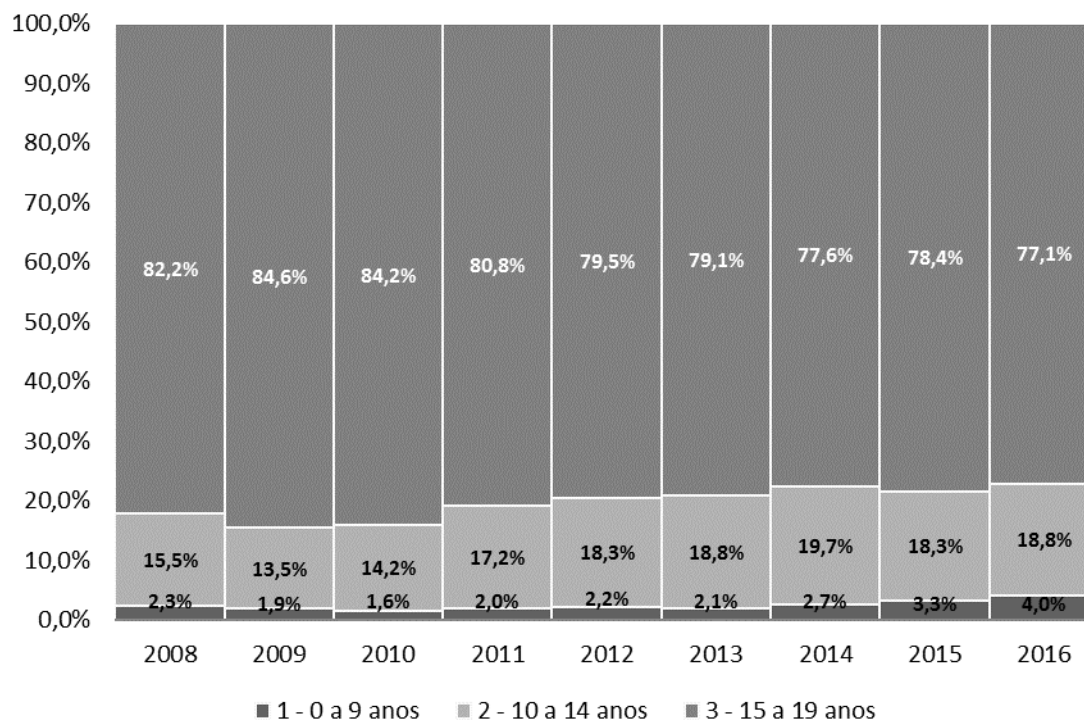
Gráfico 4.3.4.1.2 – Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais de pessoas de 0 a 19 anos, segundo sexo, Rio Grande do Sul — 2008-16



FONTE: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A desagregação por idade das internações devido a transtornos mentais e comportamentais revela que a maior incidência ocorre entre as pessoas de 15 a 19 anos, com participação caindo de 82,2% em 2008 para 77,1% em 2016. Já para a população de 10 a 14 anos, a participação passou de 15,5% para 18,8% no mesmo período. As internações hospitalares das crianças com até 9 anos devido a essa causa foram 2,3% em 2008, passando para 4,0% em 2016.

Gráfico 4.3.4.1.3 – Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais de pessoas de 0 a 19 anos, segundo faixa etária, Rio Grande do Sul — 2008-16



FONTE: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

#### 4.3.4.2. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

O setor da Saúde da Pessoa com Deficiência (SPD) da SES/RS, vinculado ao Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) é o responsável pela gestão da política de saúde para as pessoas com deficiência<sup>26</sup> no estado.

As ações de reabilitação se dão através de atendimentos especializados com equipe multiprofissional nos serviços contratualizados na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD), objetivando o alcance da melhor funcionalidade e independência possível para seus usuários, através de projeto terapêutico singular. São realizados procedimentos clínicos ambulatoriais para

<sup>26</sup> Portaria Ministerial nº 793 de abril de 2012, que institui e organiza a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

avaliação, indicação, concessão e treinamento de órteses, próteses, materiais especiais e meios auxiliares de locomoção (OPM).

Atualmente, a RCPcD no Rio Grande do Sul é composta por 84 serviços de reabilitação, sendo 11 de reabilitação auditiva, 11 de reabilitação física, 63 de reabilitação intelectual e cinco de reabilitação visual. Destes, dois são Centros Especializados em Reabilitação (CER), tipo II, ambos nas áreas física e visual; um é CER, tipo II, na área intelectual e física; um é CER, tipo II, nas áreas intelectual e auditiva; e um é CER, tipo III, nas áreas física, visual e auditiva. A rede também possui 99 pontos de atendimento no estado gaúcho de Triagem Auditiva Neonatal (TAN). Também contamos com serviços de dispensação de materiais, como coletores fecais e urinários, para o atendimento à pessoa ostomizada e/ou incontinente urinária em cada município, além da concessão de insumos de saúde para tratamento domiciliar.

Vale ser ressaltado que, no ano de 2016, com relação aos atendimentos às crianças e adolescentes nos serviços de Reabilitação Auditiva, foram concedidos 2.371 aparelhos auditivos, sendo 929 na faixa de 0 a 9 anos e 1.442 dos 10 aos 19 anos.

Em relação ao serviço de Reabilitação Visual, foram concedidos 729 dispositivos, entre próteses oculares, lupas, óculos para baixa visão e albinismo, bengala articulada, sendo que 318 destes dispositivos foram fornecidos para usuários na faixa etária de 0 a 9 anos e 411 para usuários dos 10 aos 19 anos. Na reabilitação física, foram concedidos 9.743 dispositivos: denominados de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção / OPM, entre cadeiras de rodas, próteses, palmilhas, bengalas, andadores, calçados ortopédicos e outros, sendo 61% para a faixa etária dos 0 aos 9 anos e 39% dos 10 aos 19 anos.

Na reabilitação intelectual, foram realizados 460.862 atendimentos às crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou autismo nos 63 serviços habilitados no RS pelo SUS, sendo a maior parte, 51,04%, para a faixa etária dos 10 aos 19 anos. Nos serviços de reabilitação intelectual do Estado, são ofertados atendimentos de estimulação precoce (EP), direcionado às crianças de 0 ano até os 3 anos e 11 meses de idade que apresentem transtornos no desenvolvimento. No caso de um bebê com deficiência visual, por exemplo, a EP é realizada no próprio serviço de Reabilitação Visual. No

ano de 2016, o RS possuía 71 serviços de reabilitação que viabilizam a estimulação precoce na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS.

#### **4.4. Educação**

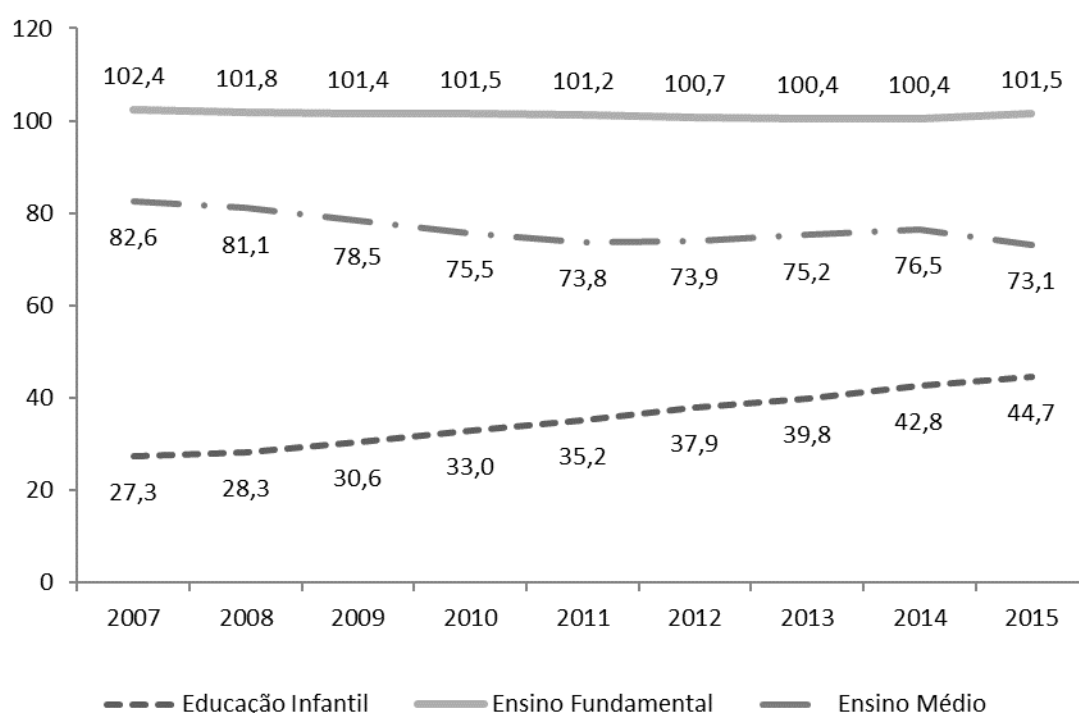
Nesta seção, serão apresentados dados sobre as questões educacionais que envolvem as crianças e os adolescentes gaúchos. Serão analisados os indicadores referentes às taxas brutas e líquidas de matrículas no Estado, no período de 2007 a 2015, além da porcentagem de matrículas na Educação Especial, entre 2007 a 2016. Serão descritas, também, a média de alunos por turma, segundo níveis de ensino e localização das escolas (área urbana ou rural), para o ano de 2015 e a taxa de distorção idade-série/taxa de abandono (de 2006 a 2015). Em relação à formação dos professores, serão retratados o percentual de docentes no ensino fundamental por grupo de adequação à disciplina que leciona e o percentual de docentes com e sem formação superior, segundo níveis de ensino, ambos para 2015. Para a análise da infraestrutura escolar serão analisados os indicadores de qualidade do *Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) das escolas gaúchas* para 2015. Na sequência, foram expostos dados relativos ao *Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)* e a *média do desempenho nas provas de proficiência em língua portuguesa e em matemática do Saeb*, ambos no período de 2005 a 2015. Finalizando a seção, será apresentado o percentual de matrículas de pessoas de 15 a 19 anos em cursos profissionalizantes, entre 2007 a 2016.

##### **4.4.1. Taxa Bruta de Matrícula**

A taxa bruta de matrícula é razão entre o número total de matrículas e a população correspondente na faixa etária prevista para a etapa de ensino. O RS apresentou um grande crescimento (63%), entre 2007 e 2015, na taxa de escolarização na educação infantil. Isso é resultado dos esforços dos gestores em cumprir a meta 1 do Plano Nacional de Educação que propõe, para 2016, 100% de matrículas de crianças de 4 e 5 anos na pré-escola e, para 2024, 50%

de matrículas de crianças de até 3 anos em creches. Já no Ensino Médio, houve uma redução de 11% na taxa bruta de matrícula no período analisado. Com relação ao Ensino Fundamental, os dados apontam para a universalização nesta etapa, com taxas brutas próximas a 100%. Ressalta-se que, nesta etapa principalmente, as taxas podem ser superiores a 100%, em virtude de matrículas de alunos fora da faixa etária correspondente.

Gráfico 4.4.1.1 - Taxa bruta de matrícula, Rio Grande do Sul — 2007-15



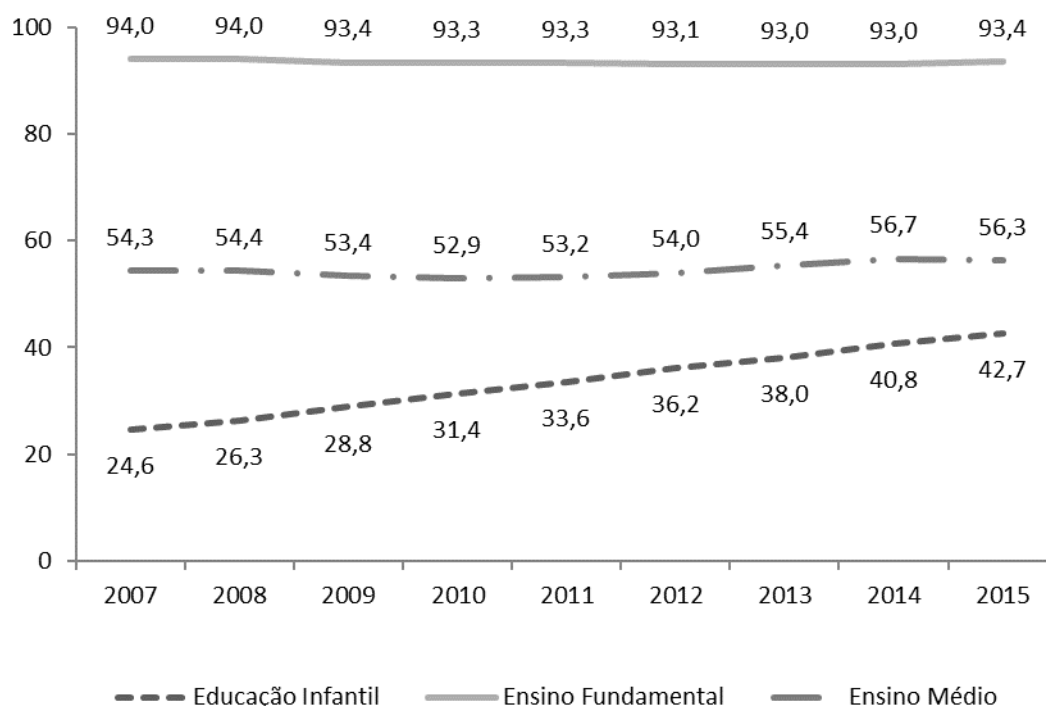
FONTE: INEP, Censo da Educação Básica.  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

#### 4.4.2. Taxa Líquida de Matrícula

A taxa líquida de matrícula representa a razão entre o número de matrículas de alunos com idade prevista para determinada etapa escolar e a população total na faixa etária correspondente. Para a educação infantil, os resultados do RS são muito similares aos já apresentados nas taxas brutas. Isso é esperado, na medida em que não deve haver grande representação de crianças matriculadas nesta etapa com idade acima da faixa etária correspondente. O mesmo ocorre para no ensino fundamental. Nesta etapa, as

taxas de escolarização líquida são próximas a 100%. Já para o ensino médio há uma grande diferença ao considerar apenas as matrículas de jovens entre 15 e 17 anos. Embora as diferenças entre as taxas venham caindo, a taxa bruta, em 2015, foi cerca de 17 pontos percentuais superior. Isso evidencia uma grande distorção idade-série nesta etapa.

Gráfico 4.4.2.1 – Taxa líquida de matrícula, Rio Grande do Sul — 2007-15



FONTE: INEP, Censo da Educação Básica.  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

#### 4.4.3. Matrículas na Educação Especial

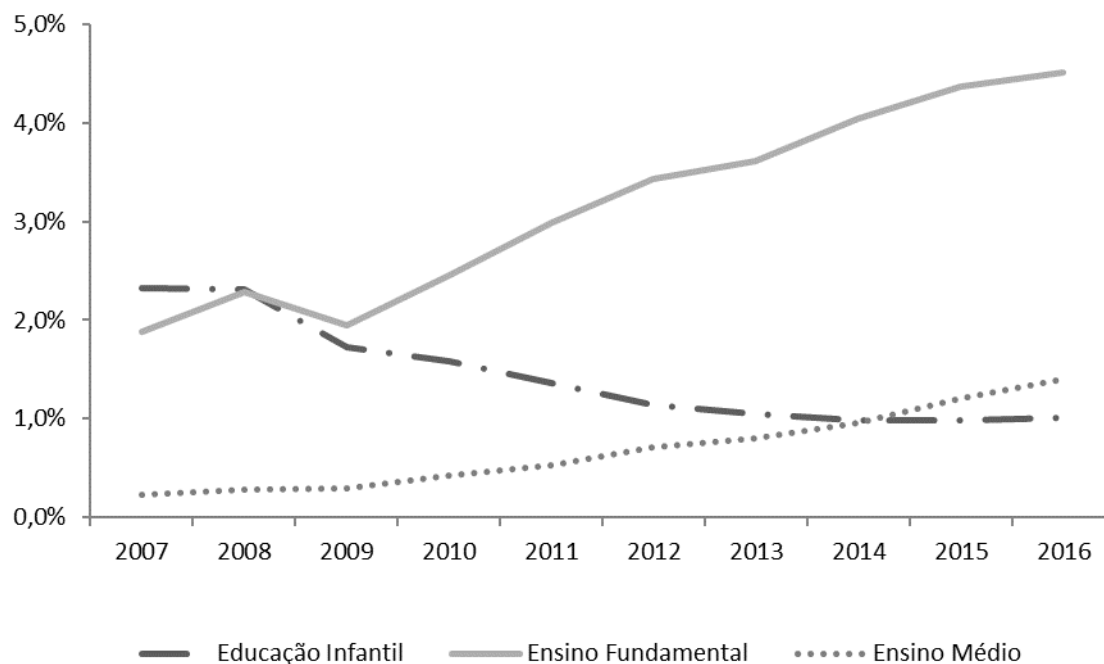
Considerando todas as modalidades de ensino em 2016, o número de matrículas na educação especial<sup>27</sup> é de 79.455, o que corresponde a cerca de 3% do total de alunos do RS. Enquanto a inclusão parece vir aumentando no Ensino Fundamental, verifica-se a baixa porcentagem de matrículas de alunos da educação especial, principalmente, no Ensino Infantil e no Ensino Médio.

<sup>27</sup> O número de matrículas na educação especial inclui os alunos com deficiência, com transtorno global do desenvolvimento e os com altas habilidades/superdotação.



Nesse contexto, são necessárias políticas públicas que garantam a todos o direito à educação.

Gráfico 4.4.3.1 - Porcentagem de matrículas na educação especial, Rio Grande do Sul — 2007-16

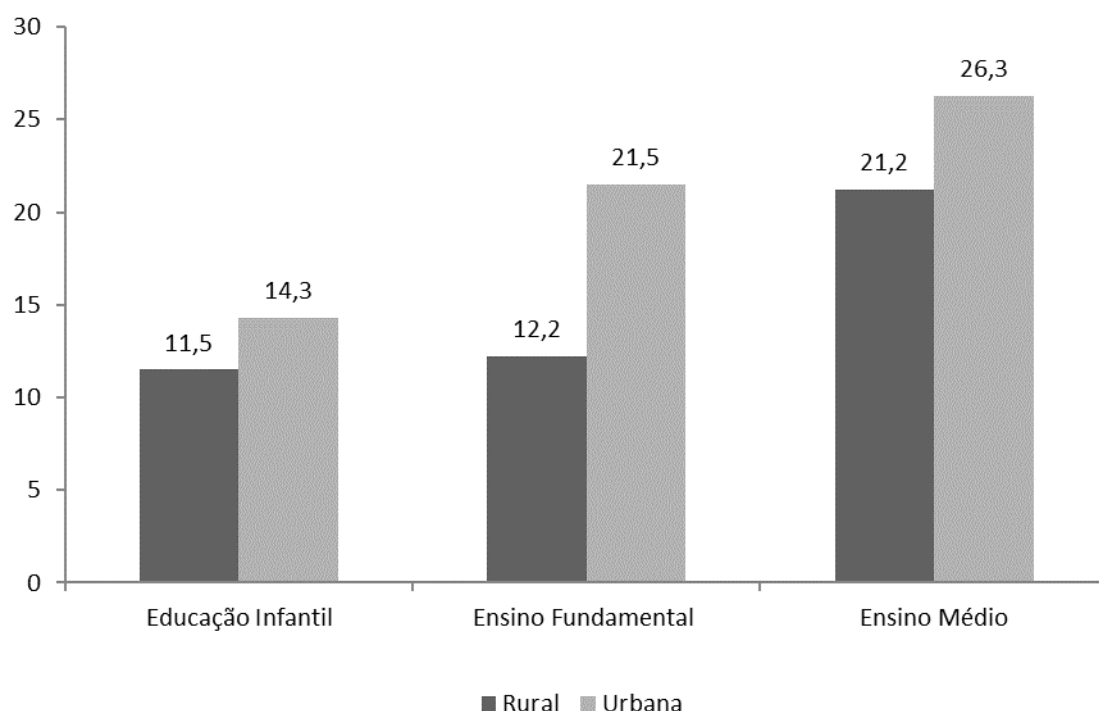


FONTE: INEP, Censo da Educação Básica.

#### 4.4.4. Alunos por Turma

O já conhecido estágio avançado do processo de transição demográfica gaúcho se reflete em turmas com menores médias de alunos. Chama atenção, no entanto, a diferença dos tamanhos das turmas entre a zona rural e urbana. Para todos os níveis de ensino, as turmas localizadas em áreas urbanas são maiores que as localizadas em áreas rurais. No caso do ensino fundamental, essa diferença chega a ser 76% superior.

Gráfico 4.4.4.1 – Média de alunos por turma, segundo níveis de ensino e localização das escolas, Rio Grande do Sul — 2015

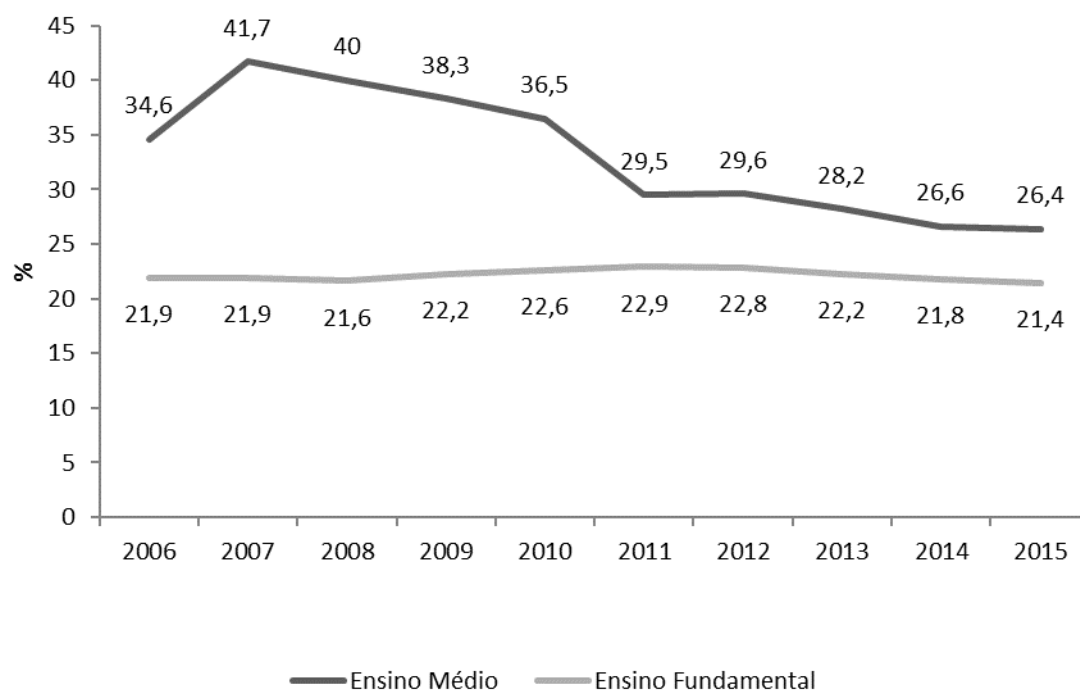


FONTE: INEP, Censo da Educação Básica.

#### 4.4.5. Taxa de Distorção Idade-Série/Taxa de Abandono

A taxa de distorção idade-série é o percentual de alunos com mais de dois anos de atraso escolar. Altas taxas de distorção idade-série são resultados de altas taxas de reprovação e/ou taxas de abandono. Embora o atraso escolar no Ensino Médio venha caindo no Estado, dentre os estados da Região Sul, o RS é o que apresenta maiores taxas para todas as modalidades de ensino. Esse resultado negativo é decorrente, principalmente, das altas taxas de reprovação dos alunos gaúchos tanto no Ensino Fundamental como no Ensino Médio (em 2015, 11,5% e 17,3% respectivamente). Com relação à taxa de abandono, chama a atenção o resultado do Ensino Médio, 7,1% em 2015, bastante superior à taxa do Ensino Fundamental, 1,1%.

Gráfico 4.4.5.1 – Taxa de distorção idade-série, Rio Grande do Sul — 2006-15

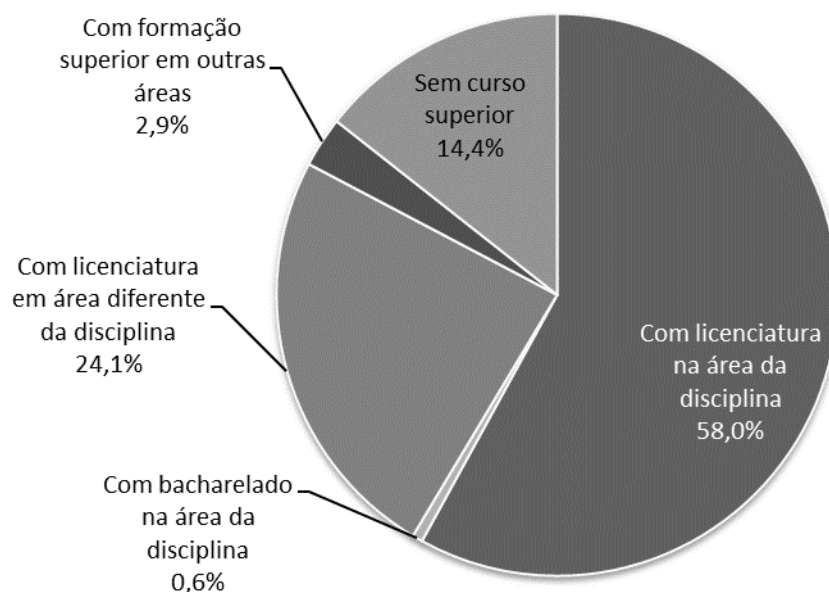


FONTE: INEP, Censo da Educação Básica.

#### 4.4.6. Formação dos Professores

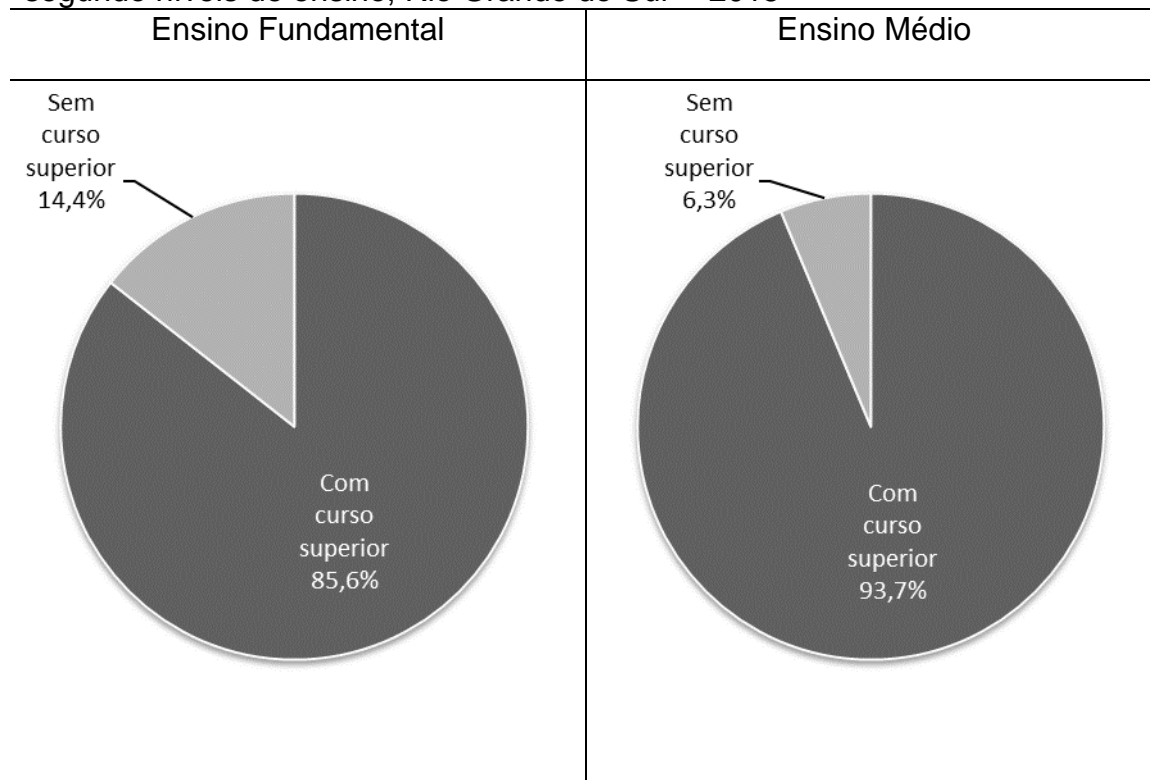
O principal indicador da qualidade docente é o nível de formação dos professores. Nas escolas gaúchas, 85,6% das funções docentes do Ensino Fundamental regular são de profissionais com curso superior, acima da média brasileira de cerca de 80%. O curso de formação, entretanto, nem sempre é de licenciatura ou na mesma disciplina que leciona. Em 2015, apenas 58% dos docentes no RS tinham a formação considerada adequada (curso de licenciatura na área que ministra a disciplina). No ensino médio regular, 93,7% dos professores gaúchos possuem curso superior. Com relação à adequação da área de formação, apenas 62,8% dos profissionais possuem a formação adequada à função que desempenham.

Gráfico 4.4.6.1 – Percentual de docentes no ensino fundamental por grupo de adequação à disciplina que leciona, Rio Grande do Sul — 2015



FONTE: INEP, Censo da Educação Básica.

Figura 4.4.6.1 – Percentual de docentes com e sem formação superior, segundo níveis de ensino, Rio Grande do Sul —2015

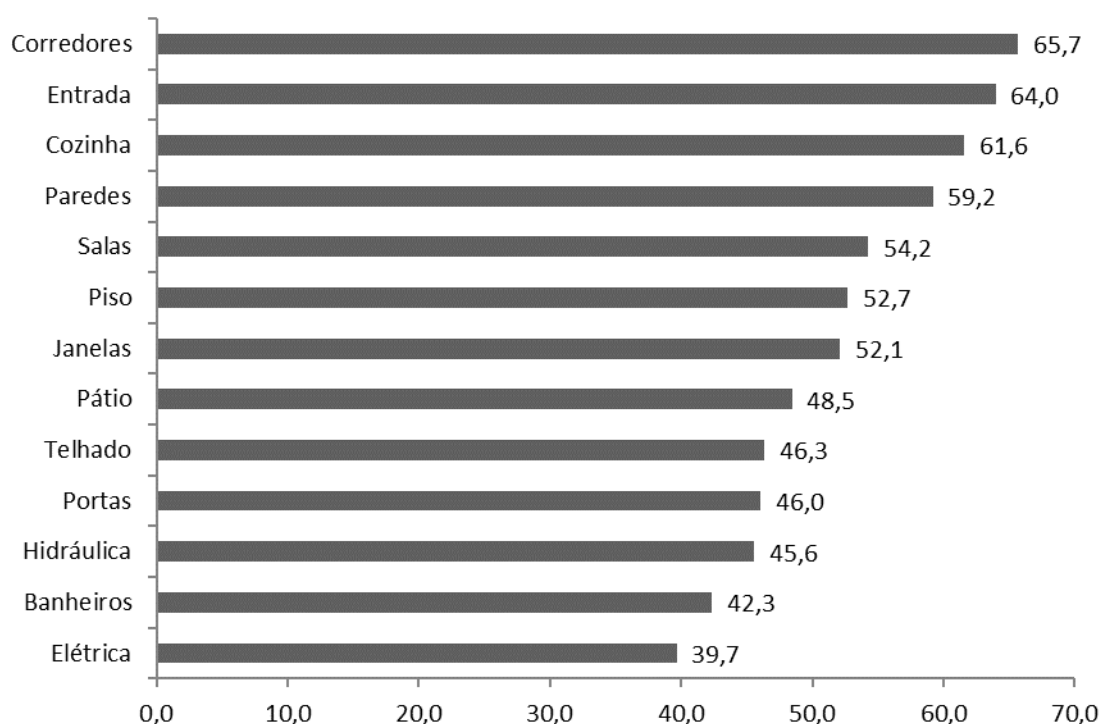


FONTE: INEP, Censo da Educação Básica.

#### 4.4.7. Infraestrutura Escolar

A importância da escola no aprendizado escolar se dá, além da qualificação do corpo docente, em função da estrutura disponível. Verifica-se que, em 2015, grande parte das escolas do RS não atende aos critérios de infraestrutura considerados bons para o desenvolvimento pleno dos alunos. Apenas 13% das 2895 escolas públicas gaúchas avaliadas pela Prova Brasil (parte censitária do Saeb) apresentam todos os 13 indicadores considerados de boa qualidade. Esses indicadores são respondidos segundo a percepção do aplicador.

Gráfico 4.4.7.1 Percentual de escolas gaúchas com boas condições de infraestrutura, por critério, Rio Grande do Sul — 2015



FONTE: INEP, Sistema de Avaliação da Educação Básica – SAEB.

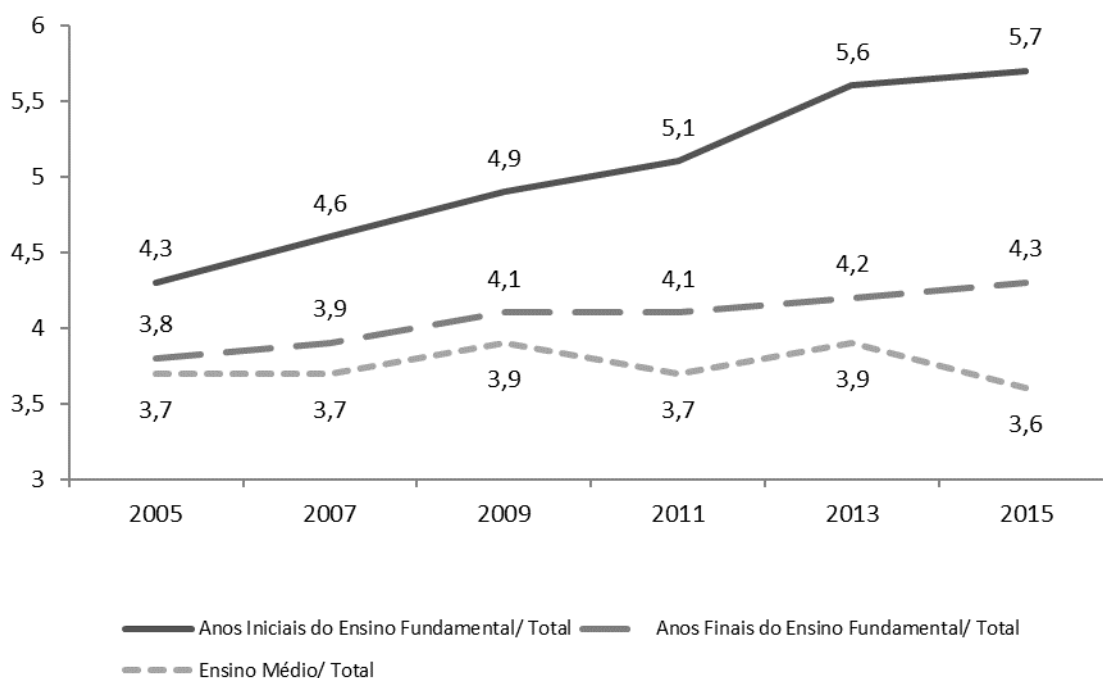
#### 4.4.8. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)

O IDEB é o principal indicador nacional da qualidade da educação básica. O índice, divulgado em uma escala de 0 a 10, é uma composição de

duas medidas: taxa de rendimento escolar e médias dos desempenhos em provas de língua portuguesa e matemática do Saeb, aplicadas pelo Inep. O objetivo é que, em 2021, o Brasil alcance IDEB de 6,0, o que corresponderia à qualidade educacional de países desenvolvidos.

Como aponta o gráfico, o RS, principalmente para anos finais do Ensino Fundamental e para o Ensino Médio, se encontra muito distante da meta nacional, 4,3 e 3,6 respectivamente. Esse objetivo parece mais inalcançável ainda quando analisamos os resultados apenas das escolas da rede estadual, rede de pior desempenho entre todas.

Gráfico 4.4.8.1 – Índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB), Rio Grande do Sul — 2005-15



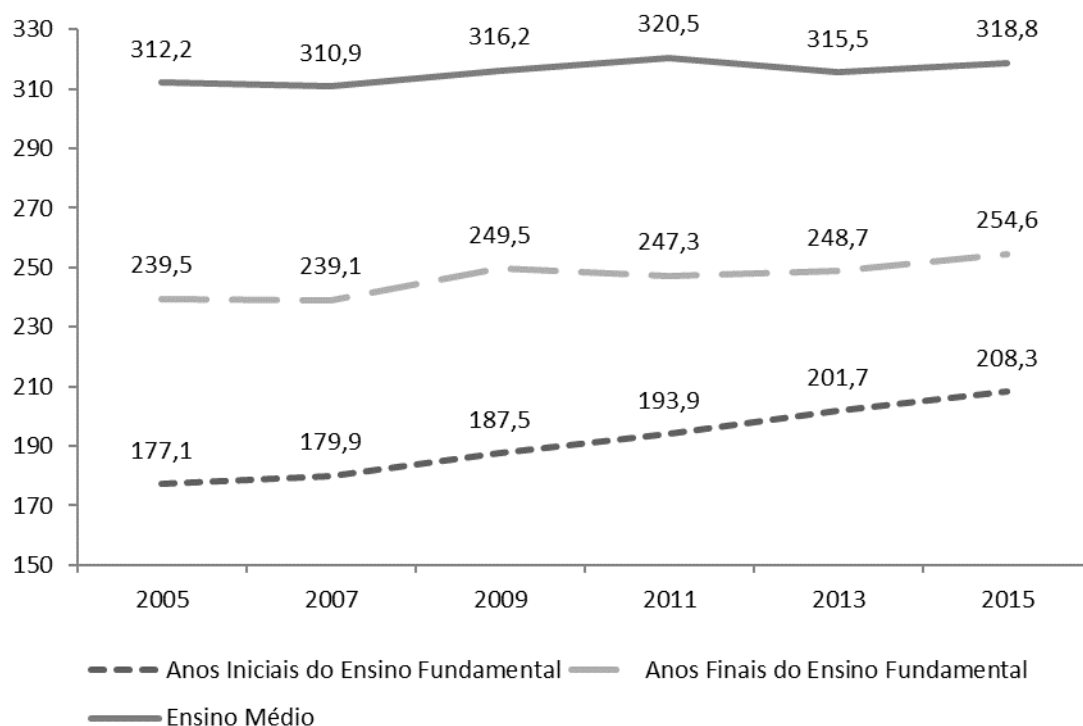
FONTE: INEP.

#### 4.4.9. Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB)

As provas do Saeb têm como característica avaliar as competências dos alunos de forma cumulativa. Dessa forma, é adequado que os desempenhos dos alunos de modalidades de ensino mais elevadas estejam em níveis mais altos. Ressalta-se de forma negativa, no entanto, a estabilidade no decorrer dos anos das notas nos exames de proficiência em língua portuguesa para

estudantes de anos finais do Ensino Fundamental e de Ensino Médio. Constatase uma melhora significativa, desde o início da série, apenas para os alunos dos anos iniciais do Ensino Fundamental.

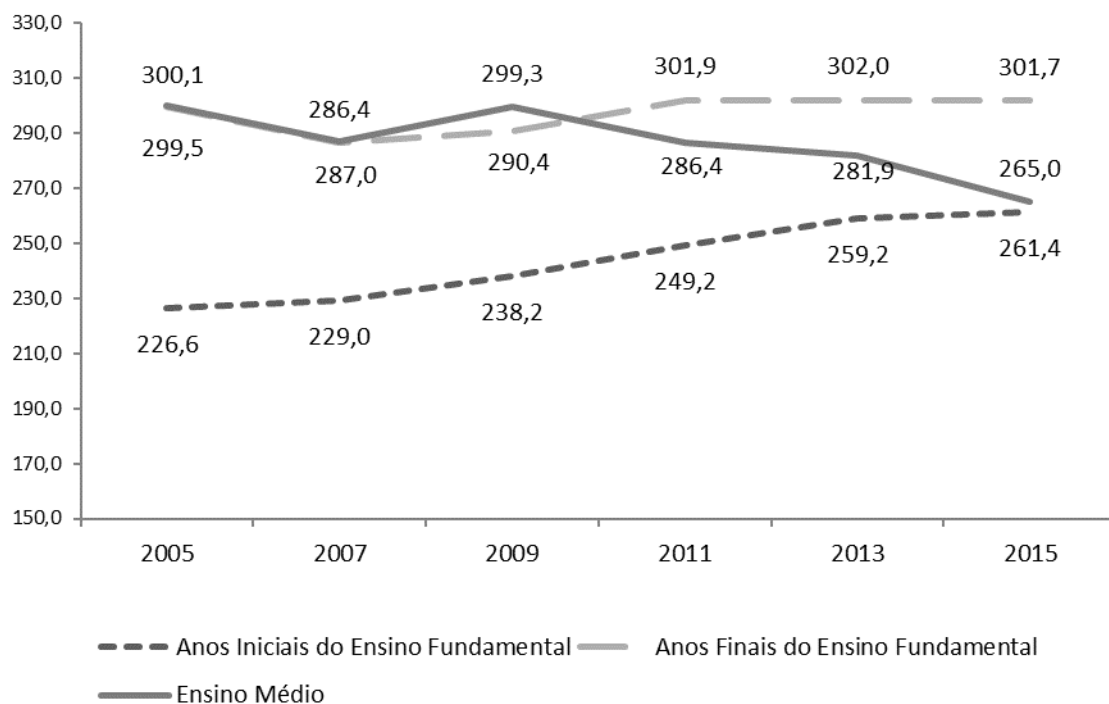
Gráfico 4.4.9.1 – Média do desempenho nas provas de proficiência em língua portuguesa do sistema de avaliação da educação básica (Saeb), Rio Grande do Sul — 2005-15



FONTE: INEP.

Embora as médias dos desempenhos em matemática sejam superiores às de língua portuguesa, dois pontos negativos chamam a atenção. O primeiro é com relação aos níveis dos resultados entre as diferentes modalidades. O fato das médias nas provas dos alunos dos anos finais do Ensino Fundamental serem superiores, desde 2011, às aquelas observadas para os alunos do Ensino Médio indica que alunos não absorvem adequadamente novas competências na transição das diferentes etapas escolares. O segundo ponto que chama a atenção é a queda das notas médias nas provas de matemática dos alunos do Ensino Médio. Assim, como no caso da língua portuguesa, apenas as médias dos alunos dos anos iniciais do Ensino Fundamental cresceram consistentemente ao longo dos anos.

Gráfico 4.4.9.2 – Média do desempenho nas provas de proficiência em matemática do sistema de avaliação da educação básica (Saeb), Rio Grande do Sul — 2005-15



FONTE: INEP.

#### 4.4.10. Cursos Profissionalizantes

Uma das principais causas do desinteresse das pessoas entre 15 a 19 anos pelo ensino médio é a falta de vagas em cursos profissionalizantes<sup>28</sup>. Com relação às matrículas no RS, percebe-se um aumento da proporção das pessoas entre 15 e 19 anos em cursos profissionalizantes. Enquanto, em 2007, apenas 7,1% das matrículas desta faixa etária eram em cursos profissionalizantes, em 2016, já era 9,3%, um acréscimo de 31%.

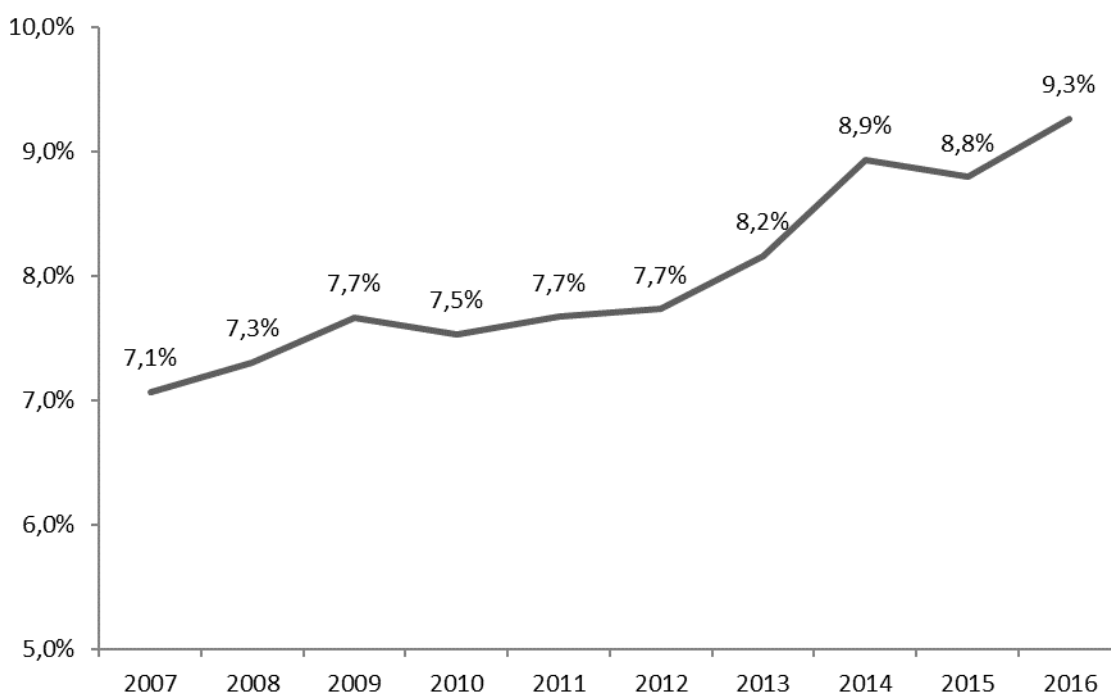
<sup>28</sup> Neste diagnóstico foram considerados cursos profissionalizantes: o Ensino Médio Integrado à Educação Profissional (etapas 30 a 34); o Ensino Médio Normal/Magistério (etapas 35 a 38); a Educação Profissional Concomitante e Subsequente (etapas 39 e 40, respectivamente); a Educação de Jovens e Adultos (EJA) integrada à Educação Profissional de Ensino Fundamental – Presencial e Semipresencial – FIC (etapas 59, 60, 61 e 73); a EJA integrada à Educação Profissional de Ensino Médio – Presencial e Semipresencial (etapas 57, 62, 63 e 74); a EJA Presencial Ensino Fundamental Projovem Urbano (etapa 65); e o Curso FIC Concomitante (etapa 68).



Considerando a faixa etária entre 15 a 17 anos, apenas 6,33% das matrículas eram em cursos profissionalizantes em 2016.

Já no tocante à proporção de matriculados nestes cursos, existe certa estabilidade ao longo da série, variando de 4,5% em 2007 para 5,31% em 2015.

Gráfico 4.4.10.1 – Percentual de matrículas de pessoas de 15 a 19 anos em cursos profissionalizantes, Rio Grande do Sul — 2007-16



FONTE: INEP, Censo da Educação Básica.

#### 4.5. Segurança

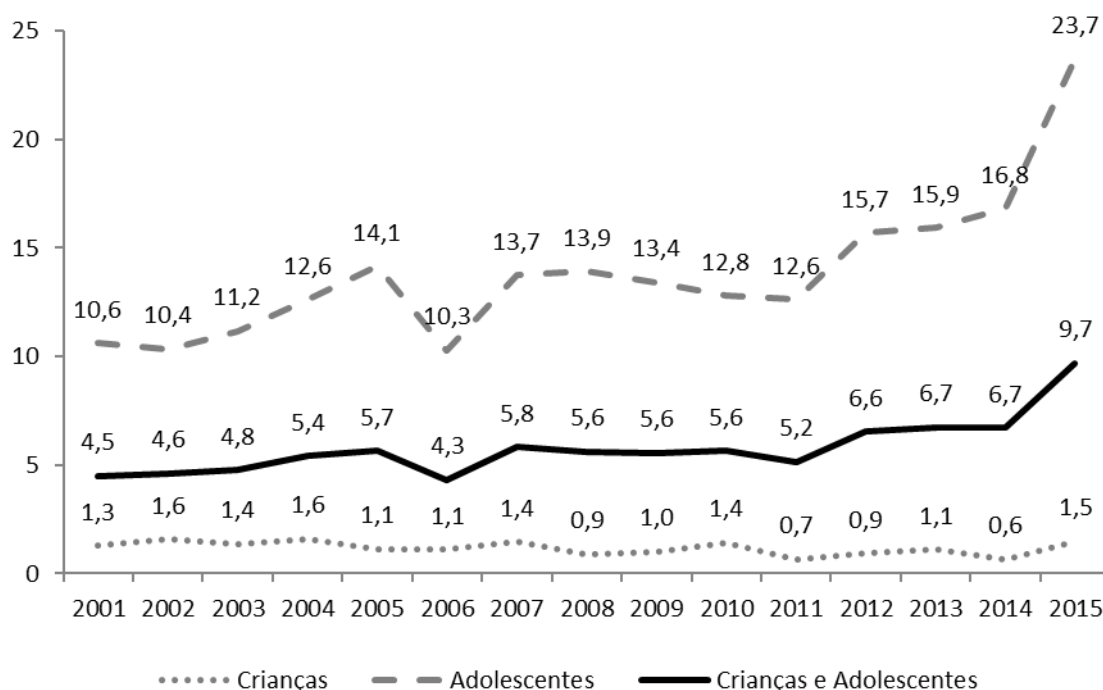
Nesta seção, serão apresentados dados relativos à temática da segurança de crianças e adolescentes. Em relação aos homicídios, serão expostas as taxas de homicídio de crianças e adolescentes gaúchos; a taxa e a distribuição dos homicídios segundo sexo e raça/cor e a distribuição e o número dos homicídios de acordo com o meio pelo qual o homicídio foi executado. Na sequência, serão apresentadas informações relativas ao Departamento Estadual da Criança e do Adolescente (DECA) e às delegacias especializadas para crianças e adolescentes no RS, seguidas pelo número de

crianças e adolescentes desaparecidos no Estado; número de crianças em presídios femininos com a mãe e, por fim, quantitativo de crianças e adolescentes protegidos pelo Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM).

#### 4.5.1. Homicídios envolvendo Crianças e Adolescentes

O principal indicador de violência é a taxa de homicídios, onde usualmente seu valor é apresentado para cada cem mil pessoas de determinada região ou estrato social. Os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) são considerados de alta qualidade, pois as mortes não naturais sofrem um processo de investigação para garantir a exatidão do fato causador (Cerqueira, 2014).

Gráfico 4.5.1.1 – Taxa de homicídio (por cem mil) de crianças e adolescentes, Rio Grande do Sul — 2001-15

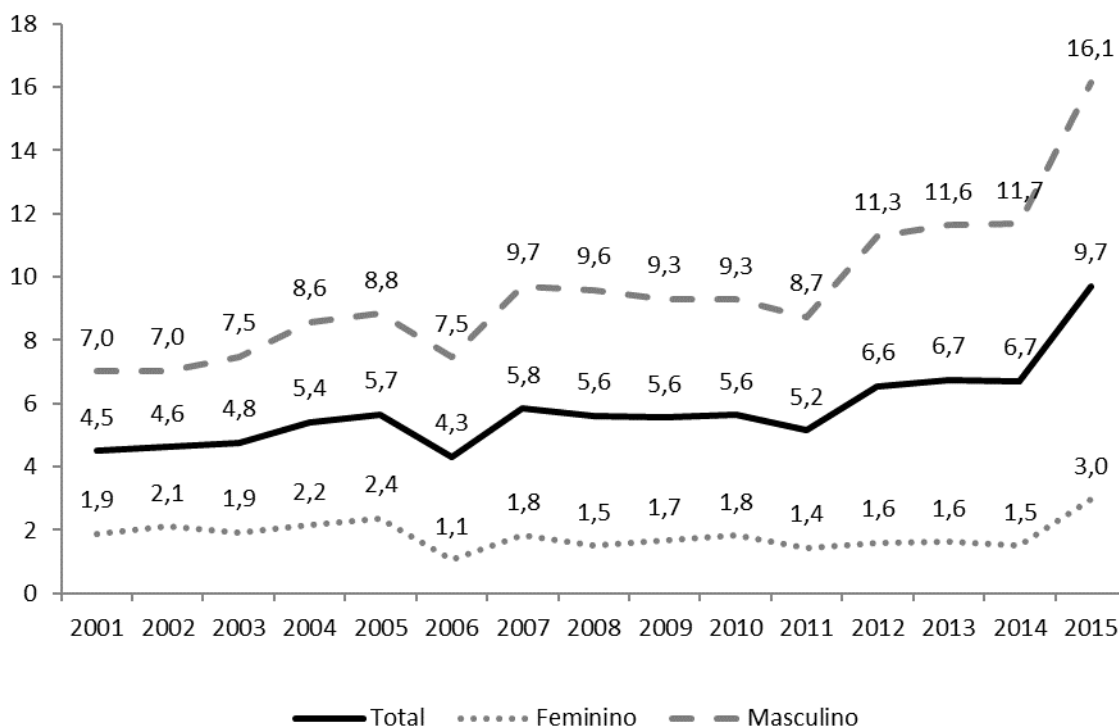


FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

Conforme pode ser visto no gráfico, a evolução das taxas de homicídios entre crianças e adolescentes apresenta uma tendência crescente e gradual no Rio Grande do Sul. Neste grupo, os adolescentes representaram 90,4% dos

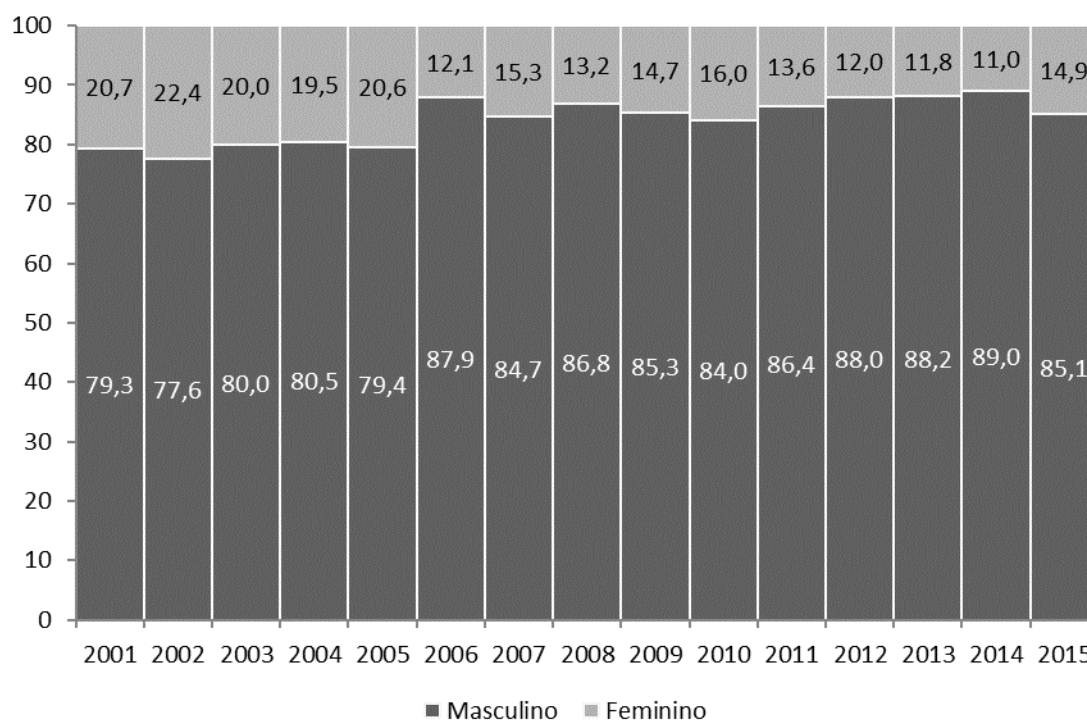
homicídios em 2015. Esta tendência dos homicídios se constitui em um preocupante indicador de 23,7 mortes para cada cem mil adolescentes gaúchos. Em termos de magnitude, é importante frisar que taxas de homicídios acima de 10 por cem mil configuram um fator preocupante segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), por já considerar este valor como uma epidemia homicida.

Gráfico 4.5.1.2 – Taxa de homicídio de crianças e adolescentes, segundo sexo, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

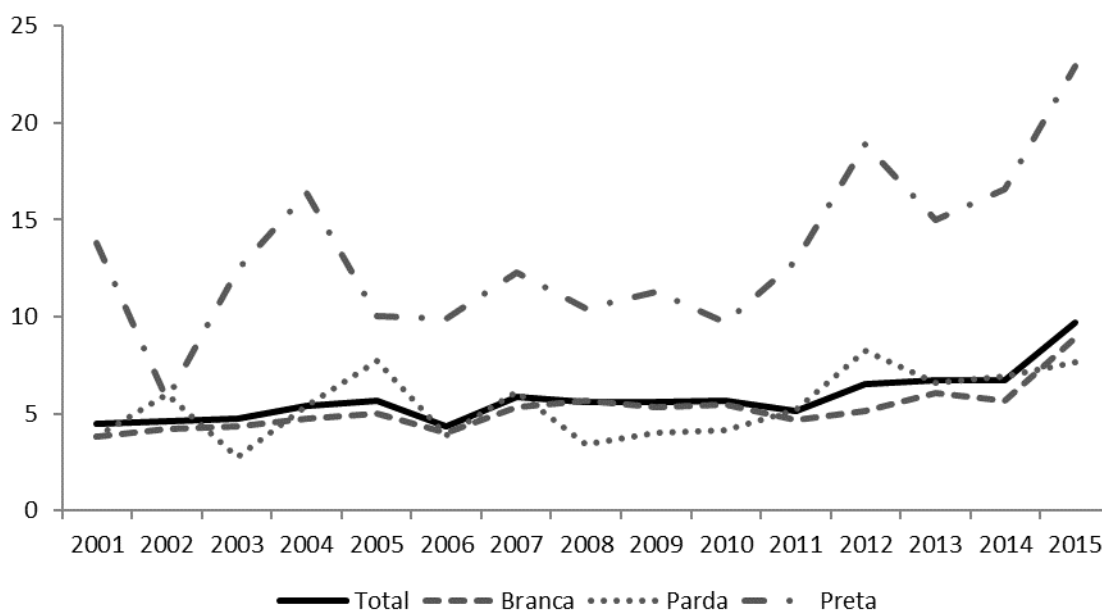
Gráfico 4.5.1.3 – Distribuição dos homicídios de crianças e adolescentes, segundo sexo, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

O padrão das vítimas de homicídio entre crianças e adolescentes no estado é caracterizado principalmente pela maior frequência entre os do sexo masculino. Com exceção de 2001, 2002 e 2005, os adolescentes representaram mais de 80% das vítimas nos dados da série histórica. Além disso, as maiores taxas, por cem mil habitantes, também são do sexo masculino variando de 7,0 em 2001 para 16,1 em 2015, enquanto que no sexo feminino as taxas foram de 1,9 em 2001 para 3,0 em 2015.

Gráfico 4.5.1.4 - Taxa de homicídio de crianças e adolescentes, segundo raça/cor, Rio Grande do Sul — 2001-15



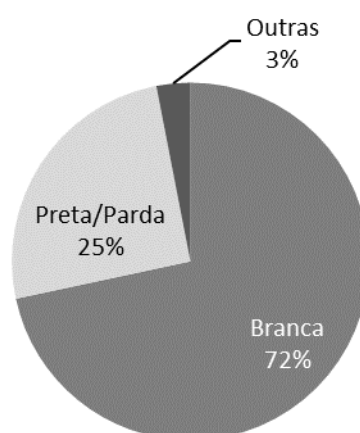
FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

Nota: as raças/cores amarela e indígena foram suprimidas para melhor visualização gráfica, uma vez que apresentam taxas nulas em alguns anos da série.

Gráfico 4.5.1.5 – Distribuição dos homicídios de crianças e adolescentes, segundo raça/cor ou etnia, Rio Grande do Sul — 2015

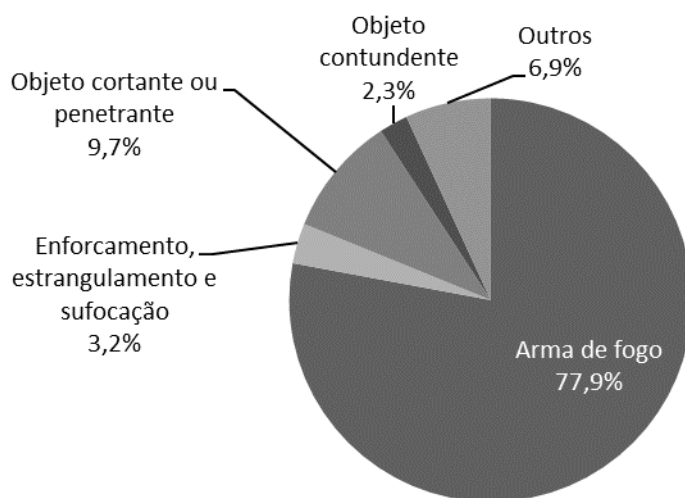


FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Em relação às classificações por raça/cor das crianças e adolescentes, as maiores taxas estão presentes na população negra. Este grupo apresenta valores de taxas maiores que o dobro do nível estadual em quase todos os

anos. A tendência ascendente desta série registrou 22,9 homicídios por cem mil em 2015. A composição por raça/cor da vitimização homicida é constituída em sua maioria por brancos o que, em grande parte, é reflexo da estrutura demográfica do RS.

Gráfico 4.5.1.6 - Distribuição dos homicídios de crianças e adolescentes, segundo o meio pelo qual o homicídio foi executado, Rio Grande do Sul — 2001-15



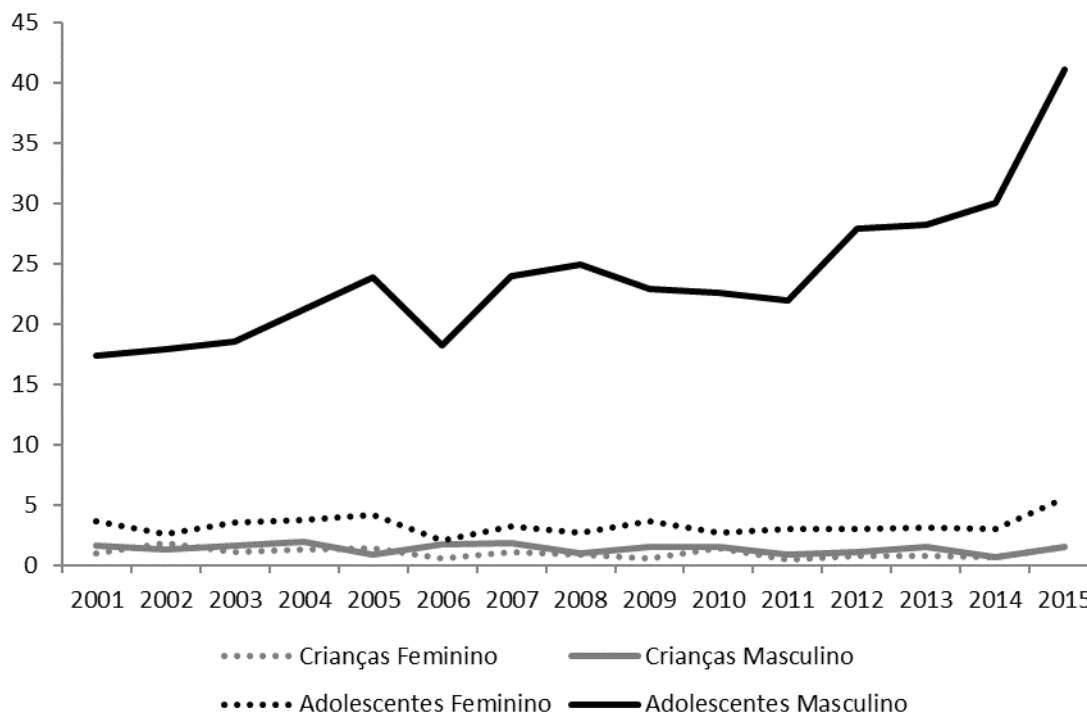
FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

As armas de fogo continuam sendo o principal meio utilizado nos homicídios. Entre crianças e adolescentes, em todo o período de análise no RS, elas representaram 77,9% dos meios empregados para causar a morte. Logo em seguida, estão presentes os objetos cortantes/penetrantes (9,7%) e enforcamento/estrangulamento/sufocação (3,2%). Em termos comparativos, a participação dos homicídios por arma de fogo no total de homicídios no Brasil foi de 71,7% em 2014 (Waiselfisz, 2016).

A questão de relação entre disponibilidade de armas de fogo e a taxa de homicídios é objeto de estudo de diversos trabalhos. Apesar das carências que a área sofre com relação às estatísticas, uma grande vertente (Cerqueira, 2014; Oliveira, C. A., Rostirolla, 2017) argumenta que a disponibilidade de armas de fogo aumenta a taxa de homicídios. No âmbito nacional, a maioria

dos trabalhos avaliam os efeitos do estatuto do desarmamento que entrou em vigor no território nacional no início dos anos 2000.

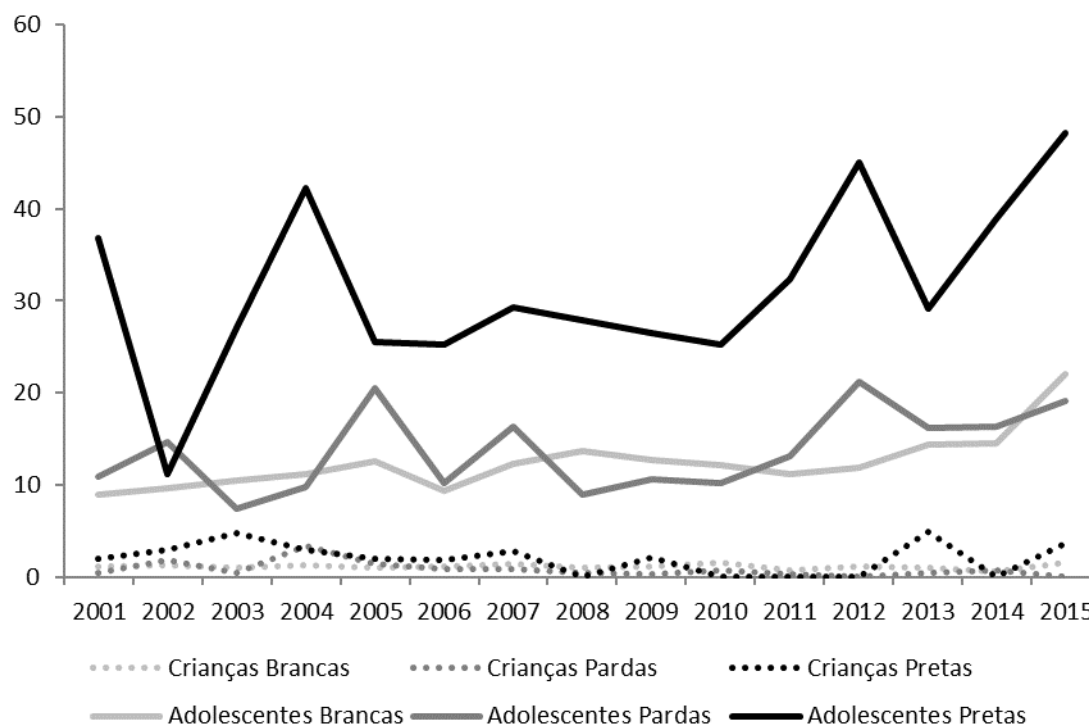
Gráfico 4.5.1.7 – Taxa de homicídios de crianças e adolescentes, segundo grupos etários e sexo, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

Quando se analisam separadamente as faixas etárias e o sexo das crianças e dos adolescentes, fica evidente qual é o estrato afetado pelas altas taxas de homicídios observadas no estado. Os adolescentes do sexo masculino são as principais vítimas deste tipo de violência, chegando ao patamar de 41,1 homicídios por cem mil. Vale destacar que esta taxa de homicídios é muito similar às taxas de homicídios dos países mais violentos do mundo. Por exemplo, em 2012, o quarto país mais perigoso do mundo foi El Salvador com uma taxa de 41,2 homicídios por cem mil habitantes (ONU, 2013).

Gráfico 4.5.1.8 - Taxa de homicídios de crianças e adolescentes, segundo raça/cor, Rio Grande do Sul — 2001-15

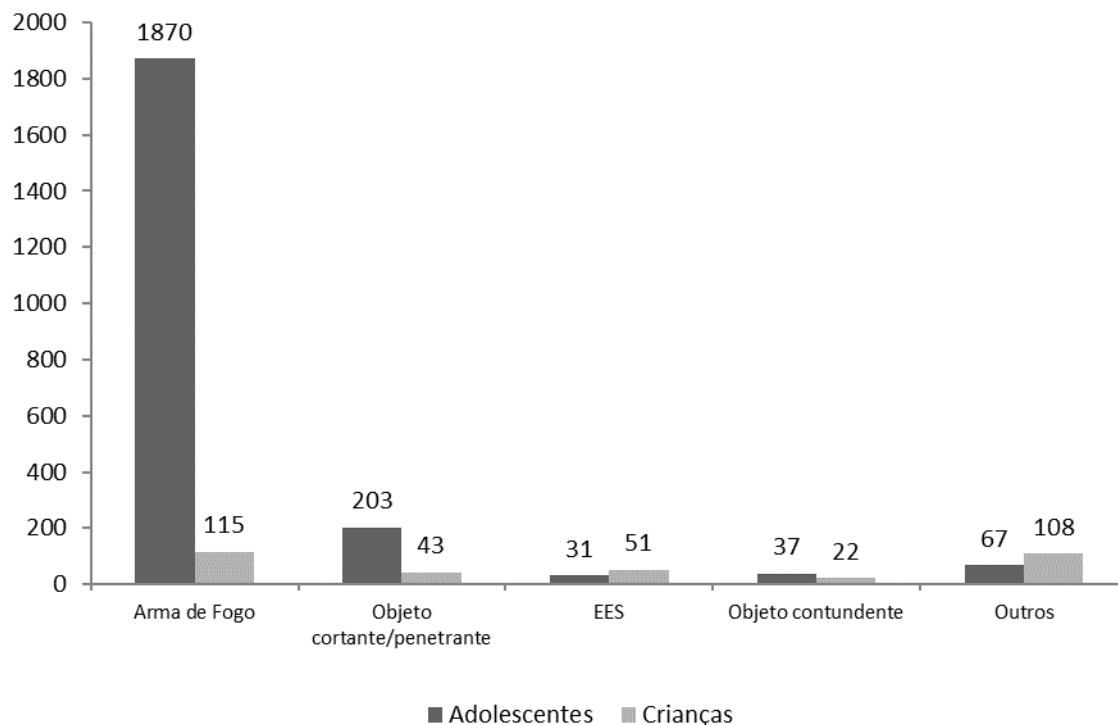


FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.  
IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

Quando analisamos o perfil dos homicídios gaúchos desagregando entre crianças e entre adolescentes de acordo com raça/cor, vemos que os adolescentes negros são os que apresentam as maiores taxas. O único ano em que este substrato foi ultrapassado foi em 2002, em que adolescentes pardos tiveram uma taxa de 14,6 enquanto que os negros tiveram 11,1 homicídios por cem mil habitantes. Outro ponto que é percebido e esperado no gráfico é que os adolescentes possuem taxas maiores do que as crianças.



Gráfico 4.5.1.9 – Número de homicídios de crianças e adolescentes acumulados no período, segundo o meio pelo qual o homicídio foi executado, Rio Grande do Sul — 2001-15



FONTE: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.  
Nota: EES - Enforcamento/estrangulamento/sufocação.

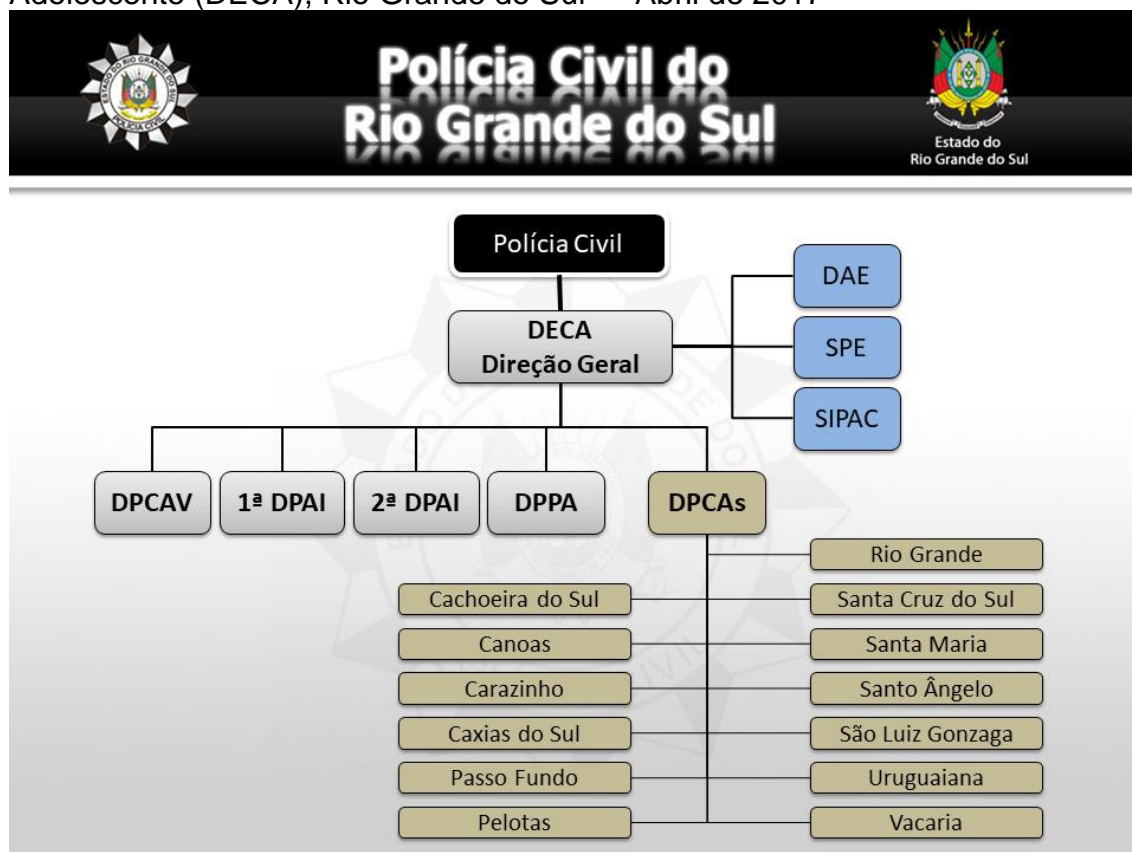
O meio mais empregado no cometimento de homicídios, entre crianças e adolescentes, são as armas de fogo. A maior frequência observada em toda a série histórica analisada foi de 1.870 casos de homicídios de adolescentes com este tipo de instrumento. Este valor representa mais do que nove vezes a frequência do segundo grupo que são objetos cortantes/penetrantes dos adolescentes. Com relação às crianças, nota-se que existe uma heterogeneidade de meios empregados e com frequências com menor magnitude.

Por fim, é importante registrar que, em termos de autores de homicídios, a maior frequência é de agressores masculinos e, com relação aos feminicídios, as principais vítimas são adolescentes de 13 a 17 anos.

#### 4.5.2. Delegacias Especializadas para Crianças e Adolescentes

A Polícia Civil do estado do Rio Grande do Sul possui, em sua estrutura organizacional, o Departamento Estadual da Criança e do Adolescente<sup>29</sup> (DECA), responsável por atuar em defesa desta população e pela apuração de atos infracionais. O DECA possui 17 delegacias especializadas para crianças e adolescentes no estado, sendo quatro na capital e 13 no interior, conforme organograma abaixo.

Figura 4.5.2.1 - Organograma do Departamento Estadual da Criança e do Adolescente (DECA), Rio Grande do Sul — Abril de 2017



FONTE: Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul, Polícia Civil, DECA.

Em Porto Alegre (RS), se localizam uma Delegacia para Crianças e Adolescentes Vítimas de Delito (DPCASV's); duas Delegacias para o Adolescente Infrator (DPAI's), e uma Delegacia de Pronto Atendimento (DPPA). Através da Redepol (constituída pelas Delegacias de Proteção à

<sup>29</sup> A Lei Estadual nº 10.994/97 criou o DECA e o Decreto Estadual 41.049/2001 regulamentou.

Criança e ao Adolescente situadas fora da Capital), o DECA se articula às delegacias de proteção do interior (subordinadas técnica e operacionalmente ao Departamento)<sup>30</sup>.

#### 4.5.3. Crianças e Adolescentes Desaparecidos

No parágrafo 2º do artigo 208 do Estatuto Criança e do Adolescente, está disposto que “a investigação do desaparecimento de crianças ou adolescentes será realizada imediatamente após notificação aos órgãos competentes, que deverão comunicar o fato aos portos, aeroportos, Polícia Rodoviária e companhias de transporte interestaduais e internacionais, fornecendo-lhes todos os dados necessários à identificação do desaparecido” (Brasil, 1990). Este parágrafo foi incluído pela Lei 11.259/20015<sup>31</sup>, a qual determina **investigação imediata** em caso de desaparecimento de criança ou adolescente.

Em 2011, foi instituída a Semana de Mobilização Nacional para Busca e Defesa da Criança Desaparecida<sup>32</sup>, que deve ser realizada anualmente entre os dias 25 a 31 de março, através de atividades e ações estratégicas para “promover a busca e a defesa das crianças desaparecidas no território nacional” (Parágrafo único, art. 2º, Lei 12.393/2011) visando proteger e localizar as crianças e os adolescentes desaparecidos e, assim, assegurar seu direito à convivência familiar e comunitária.

Conforme dados enviados pela Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul, foram registrados, em 2015, 482 casos de desaparecimento de crianças no estado e, em 2016, 397 (uma diminuição de 17,63% em relação ao ano anterior). O número de registros de desaparecimento de adolescentes é bem mais elevado do que o de crianças, tendo, em 2015, 5.210 ocorrências registradas e, em 2016, 5.053 (queda de 3,01% em relação a 2015). Comparando-se estes registros com a população nas faixas etárias correspondentes (em 2015, havia 1.693.041 crianças e 996.769 adolescentes

---

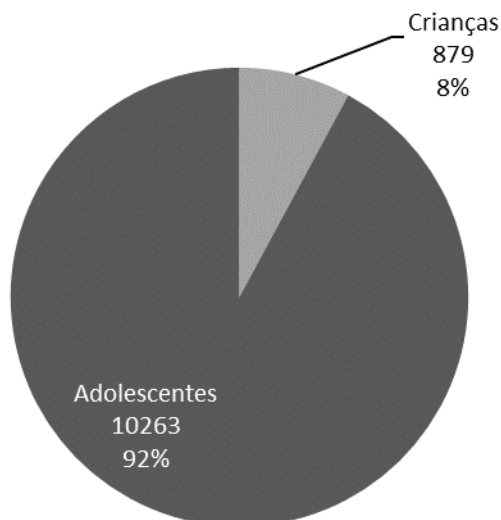
<sup>30</sup> Disponível em: <<http://deca.pc.rs.gov.br/conteudo/22099/redepol>> Acesso em: 29 jun. 2017.

<sup>31</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2005/lei/l11259.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11259.htm)> Acesso em: 29 jun. 2017.

<sup>32</sup> Através da Lei 12.393/2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/lei/l12393.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/l12393.htm)> Acesso em: 29 jun. 2017.

no RS), pode-se inferir que, em 2015, a taxa de crianças desaparecidas era de 0,28 por mil, e a taxa de adolescentes desaparecidos, 5,23 por mil.

Gráfico 4.5.3.1 – Distribuição e quantidade acumulada no período de crianças e adolescentes desaparecidos, Rio Grande do Sul — 2015 e 2016



F

ONTE: Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul

#### 4.5.4. Crianças em Presídios Femininos com a Mãe

A lei 11.492/2009<sup>33</sup> é um importante marco legal para as mães presas, pois, a partir dela, três artigos da Lei Execução Penal receberam nova redação<sup>34</sup>, assegurando a essas mulheres e aos seus recém-nascidos condições mínimas de assistência, tempo mínimo para a amamentação (seis meses) e uma “seção para gestante e parturiente e de creche para abrigar crianças maiores de 6 (seis) meses e menores de 7 (sete) anos, com a finalidade de assistir a criança desamparada cuja responsável estiver presa” (Brasil, 2009).

Em 15 de julho de 2009, através da Resolução nº 04<sup>35</sup>, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária reforçou a importância do vínculo materno e da amamentação. Na Resolução, há instruções acerca da

<sup>33</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l11942.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11942.htm)> Acesso em: 29 jun. 2017.

<sup>34</sup> Artigos 14, 83 e 89 da Lei nº 7210/1984.

<sup>35</sup> Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/mulheres-1/anexos-projeto-mulheres/resolucao-no-04-de-15-de-julho-de-2009.pdf>> Acesso em: 29 jun. 2017.

permanência da criança com sua mãe, indicando a necessidade de adequação das penitenciárias para o recebimento destas crianças, priorizando, assim, o princípio da convivência familiar, em consonância à doutrina da proteção integral.

Em nível internacional, as Regras de Bangkok das Nações Unidas dispõem sobre o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras. No documento que compõe as “Regras”, considera-se, em linhas gerais, que as mulheres presas constituem grupos vulneráveis e com exigências específicas, ressaltando que a maioria das penitenciárias existentes foram concebidas para o sexo masculino. A regra 22 dispõe que “não se aplicarão sanções de isolamento ou segregação disciplinar a mulheres gestantes, nem a mulheres com filhos/as ou em período de amamentação” (Brasil, 2016, p. 25). Além disso, conforme o segundo item da regra 48, “mulheres presas não deverão ser desestimuladas a amamentar seus filhos/as, salvo se houver razões de saúde específicas para tal” (Brasil, 2016, p. 32).

De acordo com os dados enviados pelo Departamento de Planejamento e Políticas de Segurança Pública da Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul, em consulta à Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), em abril de 2017, seis bebês estavam juntos às suas mães na Unidade Materno Infantil (UMI) da Penitenciária Feminina Madre Pelletier.

#### **4.5.5. Crianças e Adolescentes Protegidos pelo Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM)**

Criado em 2003, o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM) visa à preservação da vida de crianças e adolescentes sob ameaça de morte. O ingresso ao Programa ocorre através de ações realizadas pelo Poder Judiciário, Conselhos Tutelares e Ministério Público. O PPCAAM atua no atendimento direto aos ameaçados de morte, deslocando-os do local da ameaça para novos espaços de moradia e convivência.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/protecao-a-criancas-e-adolescentes-ameacados> Acesso em: 29 jun. 2017.

Conforme os dados do Departamento de Justiça (SDSTJDH/RS), enviados em abril de 2017, estavam registrados 17 casos de crianças e adolescentes protegidos (apenas um destes já estava incluído no Programa; os demais ainda não), e todos se encontravam em abrigos. Convém ressaltar que há muitas informações não preenchidas na planilha enviada (referentes, por exemplo, à data de nascimento/idade; data de ingresso; cidade de origem, etc.), não permitindo uma análise mais detalhada do PPCAAM no Rio Grande do Sul.

#### **4.6. Socioeducação**

Nesta seção, serão apresentados indicadores sobre a política de atendimento dos adolescentes em conflito com a lei, abordando-se questões referentes aos Juizados da Infância e Juventude (JIJ) assim como ao Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente no Rio Grande do Sul (CEDICA/RS). Em relação ao atendimento de adolescentes em privação de liberdade, serão examinados alguns dados relativos à Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS), são eles: capacidade de atendimento e índice de lotação, segundo unidades de internação e unidades de semiliberdade; população da Fase/RS, segundo sexo e níveis de escolaridade; quantidade e percentual de adolescentes, segundo tipo de ingresso; adolescentes do sexo masculino e do sexo feminino, segundo tipo de ingresso; distribuição (média do período) dos adolescentes que ingressaram, por sexo, por faixa etária e por raça/cor; proporção de adolescentes que reingressam, por sexo, por faixa etária e por raça/cor; adolescentes de 12 a 14 anos e de 15 a 17 anos, segundo tipo de ingresso na FASE/RS; adolescentes de raça/cor branca, parda e preta, segundo tipo de ingresso; distribuição dos atos de primeiro ingresso e reingresso, segundo tipos de atos infracionais; egressos da FASE/RS, segundo tipos de internação; egressos acolhidos pelo Programa de Oportunidades e Direitos (POD Socioeducativo) - Fundação Pão dos Pobres e Centro de Educação Profissional São João Calábria; uso de psicotrópicos por adolescentes internos; presença de bebês junto a suas mães no Centro de Atendimento Socioeducativo Feminino (CASEF) e quantidade de medidas socioeducativas aplicadas, segundo tipos de medidas.

A concepção atual sobre a política de atendimento aos adolescentes em conflito com a lei se baseia na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989), regulamentada no Brasil através do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) (Brasil, 2010). O Estatuto estabeleceu um novo paradigma, pois crianças e adolescentes passaram a ser considerados sujeitos de direitos, elevados à condição de cidadãos, e, por estarem na condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, a eles são garantidos prioridade absoluta, proteção especial e integral (Rio Grande do Sul, 2016).

Em 1993, (através da Lei Estadual nº 9896/93) dez comarcas gaúchas passaram a contar com Juizados da Infância e Juventude (JIJ), cujas atribuições consistem em “processar as adoções internacionais e fiscalizar as entidades de execução de medidas socioeducativas de internação e semiliberdade”<sup>37</sup>, além das que lhes confere a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, em relação à Comarca-Sede e no âmbito regional. Neste mesmo ano, foi criado o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente no Rio Grande do Sul (CEDICA/RS), constituído em “*um órgão público visando normatizar, deliberar e controlar as Políticas Públicas e as ações Estaduais voltadas à infância e à juventude do estado do Rio Grande do Sul*”<sup>38</sup>.

Com relação ao atendimento de adolescentes em privação de liberdade, a Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS) é a instituição especializada e responsável pela execução das medidas de internação e de semiliberdade, em especial após a efetivação de seu reordenamento institucional, através Lei Estadual nº 11.800, de 28 de maio de 2002, que dispôs sobre a execução de medidas socioeducativas de internação e de semiliberdade e autorizou a criar a Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul, que foi regulamentada pelo Decreto nº 41.664, de 06 de junho de 2002 (Rio Grande do Sul, 2016, p. 11).

---

<sup>37</sup> As Regionais da Infância e Juventude estão nas seguintes comarcas: Porto Alegre (abrange 25 municípios); Caxias do Sul (48 municípios); Santa Maria (40 municípios); Novo Hamburgo (35 municípios); Osório (23 municípios); Santa Cruz do Sul (58 municípios); Passo Fundo (144 municípios); Pelotas (27 municípios); Santo Ângelo (89 municípios) e Uruguaiana (8 municípios). Disponível em: <[https://www.tjrs.jus.br/site/poder\\_judiciario/comarcas/juizados\\_da\\_infancia\\_e\\_da\\_juventude/](https://www.tjrs.jus.br/site/poder_judiciario/comarcas/juizados_da_infancia_e_da_juventude/)> Acesso em: 26 jun. 2017.

<sup>38</sup> Criado pela Lei Estadual nº 9896/93. Disponível em: <[http://cedica.rs.gov.br/conteudo/519/?Hist%C3%B3ria\\_do\\_CEDICA](http://cedica.rs.gov.br/conteudo/519/?Hist%C3%B3ria_do_CEDICA)> Acesso em: 26 jun. 2017.

A estrutura de atendimento da FASE/RS localiza-se nos municípios-sede dos JIJs (listados anteriormente), possuindo, atualmente, 23 unidades de atendimento, das quais 13 são destinadas à execução da Internação Provisória e da Medida de Internação (seis na capital e sete no interior do Estado), e as demais para o cumprimento da Medida de Semiliberdade (duas na capital e oito no interior)<sup>39</sup>.

A fonte dos dados que serão apresentados sobre a Fundação de Atendimento Sócio-Educativo é o Sistema de Acompanhamento de Menores da FASE (AMF), utilizado pela instituição desde a década de 1980 para armazenar as informações de cadastro e de movimentações de adolescentes. Este sistema recebia os registros de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional (da atual Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul) até setembro de 2001 e, por isso, podem aparecer inconsistências em algumas informações (como, por exemplo, erros de registros e/ou falta de atualização da situação da criança/adolescente no sistema), em especial nos anos de 2002 e 2003 (FASE/RS).

Conforme os dados da tabela 5.6.1, a Fase possui uma capacidade de atendimento para 927 adolescentes, sendo 79,29% para internação e o restante para semiliberdade (20,71%). Observa-se, na tabela a seguir que, em dezembro de 2016, excetuando-se a CSE e o CASE Santo Ângelo, as demais unidades de internação ultrapassaram os índices de lotação<sup>40</sup>, ou seja, atenderam mais pessoas do que as vagas disponíveis em cada centro, com especial destaque para os CASE POA I, CASE Uruguaiana, CASE Novo Hamburgo e CASE POA II, todos com população superior ao dobro de sua capacidade de atendimento.

---

<sup>39</sup> Disponível em: <<http://www.fase.rs.gov.br/wp/unidades/>> Acesso em: 26 jun. 2017.

<sup>40</sup> Os dados referentes aos índices de lotação são relativos à população da Fase de 12 a 20 anos.



Tabela 5.6.1 – Capacidade de atendimento e índice de lotação, segundo unidades de internação e unidades de semiliberdade da Fase/RS, Rio Grande do Sul — Dezembro de 2016

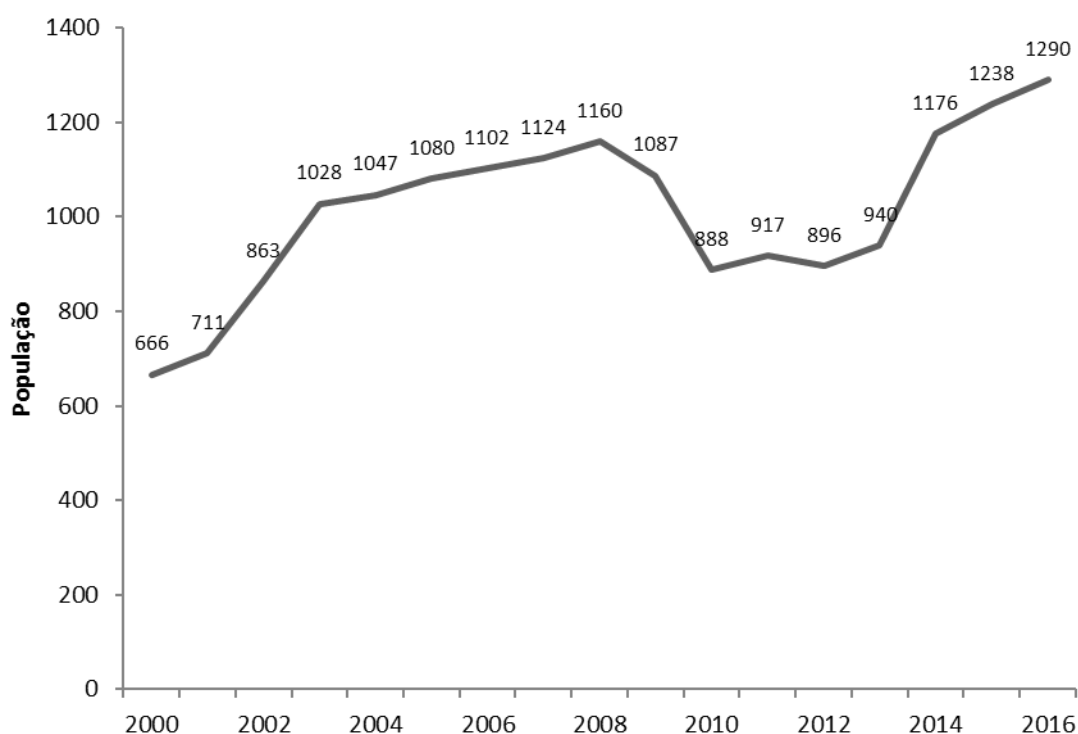
UNIDADES	QUANTIDADE	ÍNDICE DE LOTAÇÃO	
Unidades de Internação	CSE	103	99,0
	CASE POA I	62	225,8
	CASE Uruguaiana	40	225,0
	CASE Novo Hamburgo	60	215,0
	CASE POA II	72	202,8
	CASE Caxias do Sul	40	192,5
	CASE Santa Maria	39	174,4
	CASE Passo Fundo	40	172,5
	CASE Pelotas	40	172,5
	CASE Padre Cacique	80	162,5
	CASE Feminino	33	103,0
	CIP Carlos Santos	86	102,3
	CASE Santo Ângelo	40	100,0
	<b>Total</b>	<b>735</b>	<b>160,8</b>
	Unidades de Semiliberdade	CAS POA Masculino	20
CAS Caxias do Sul		15	86,7
CAS Santo Ângelo		20	70,0
CAS Uruguaiana		20	65,0
CAS São Leopoldo		20	60,0
CAS Pelotas		20	55,0
CAS Passo Fundo		20	50,0
CAS Santa Maria		25	44,0
CAS Santa Cruz do Sul		20	20,0

CAS POA Feminino	12	16,7
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>56,3</b>
<b>Total</b>	<b>927</b>	<b>139,2</b>

FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

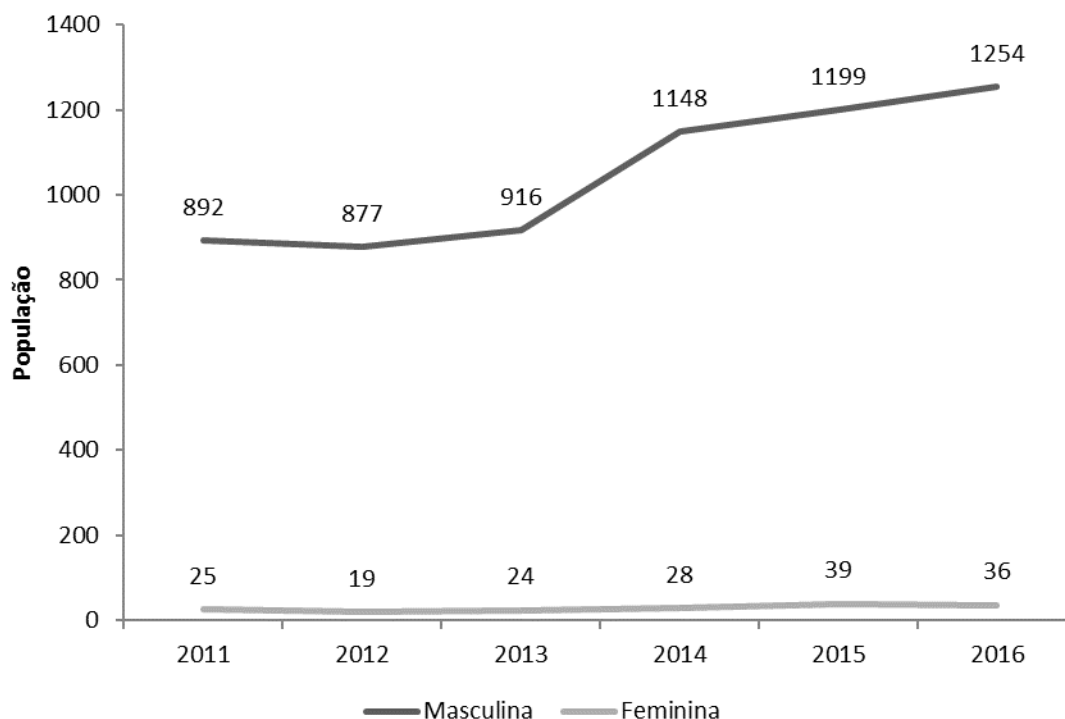
No gráfico 4.6.1, é possível visualizar a população de internos na Fase no período de 2000 a 2016, com dados referentes ao mês de dezembro de cada ano. Entre 2000 a 2008, percebe-se uma elevação no número de socioeducandos, e uma queda em 2009, mantendo-se relativamente estável até 2013. A partir deste ano, há uma elevação contínua na população da Fase, apesar da redução da proporção de pessoas nesta faixa etária, conforme apontado no perfil demográfico deste diagnóstico.

Gráfico 4.6.1 - População da Fase/RS, Rio Grande do Sul — 2001-2016



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).  
Data de referência: dezembro de cada ano.

Conforme consta no gráfico 4.6.2, a grande maioria dos internos da Fase, entre os anos 2011 a 2016, são do sexo masculino (dados referentes a dezembro de cada ano). Gráfico 4.6.2 – População da Fase/RS, segundo sexo, Rio Grande do Sul — 2011-16

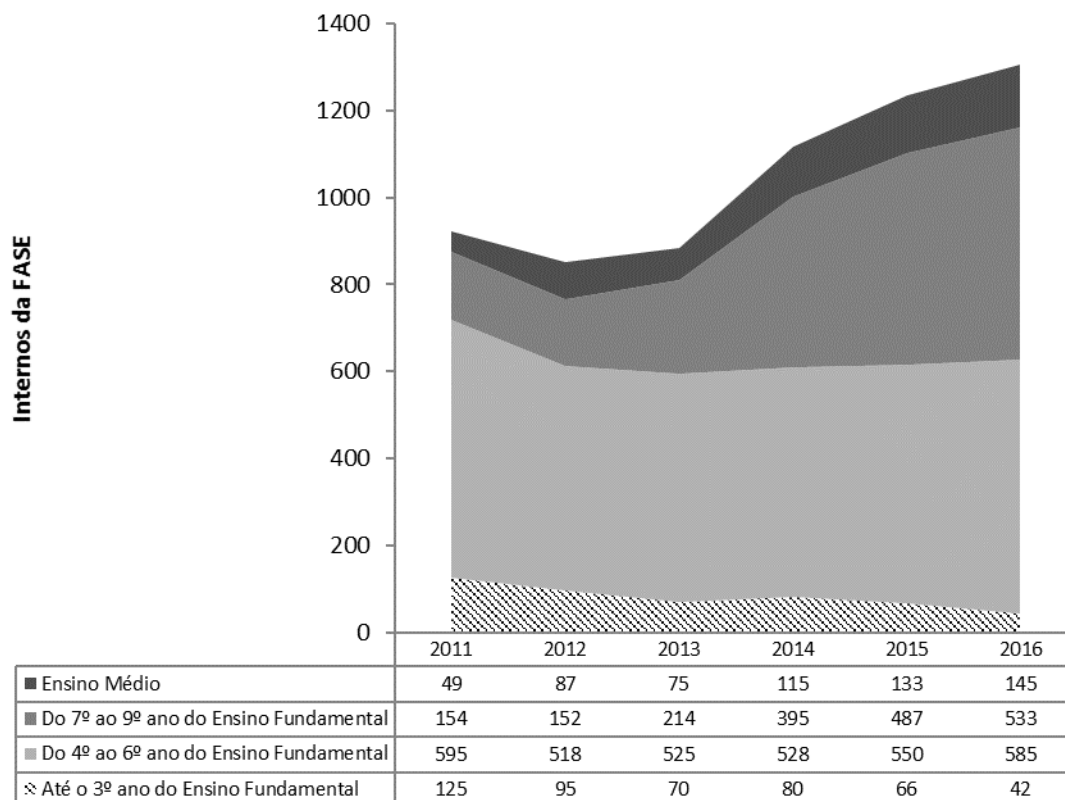


FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).  
Data de referência: dezembro de cada ano.

Em relação à escolaridade do total de internos da Fase, verifica-se que a maioria estava cursando o ensino fundamental no período analisado (2011 a 2016), conforme pode ser visualizado no gráfico 4.6.3. É importante destacar o que consta no Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo, no qual se identifica “uma elevada defasagem escolar, uma vez que a faixa etária predominante é de 15 a 17 anos (64,9% dos internos<sup>41</sup>), idade compatível com a frequência no ensino médio” (Rio Grande do Sul, 2016, p. 35). Tanto a repetência quanto a evasão escolar, de forma precoce, se constituem em fatores de risco para o envolvimento em atos infracionais, sendo necessários atenção e desenvolvimento de “estratégias/fatores de proteção para prevenir o agravamento de situações de vulnerabilidade que podem contribuir ao seu envolvimento em condutas infracionais” (Rio Grande do Sul, 2016, p. 35).

<sup>41</sup> Referente à população do dia 02/09/2015.

Gráfico 4.6.3 – População da FASE/RS, segundo níveis de escolaridade, Rio Grande do Sul — 2011-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).  
Data de referência: último bimestre de cada ano.

Considerando-se os adolescentes que ingressaram na FASE<sup>42</sup>, é possível verificar uma queda variável na proporção de reingressos na Fundação (tabela 5.6.2). Em 2002, por exemplo, esta proporção era de 34,3%; em 2016, 26,8% (7,5 pontos percentuais de queda ou redução de 21,9%). Já o número de primeiros ingressos, devido às proporções, se elevou ao longo do tempo (em 2002 representava 65,7% em relação ao total de ingressos; em 2016, 73,2%), evidenciando um aumento no número de jovens encaminhados,

<sup>42</sup> De acordo com a Assessoria de Informação e Gestão da Fase, foi feita uma revisão em relação às datas de nascimento dos socioeducandos que constavam na relação de ingressos com menos de 12 anos, inclusive os que apareciam com idade igual à zero, com base nas informações dos prontuários físicos. Verificou-se que na maioria dos casos ocorreram equívocos no registro das informações no Sistema. Na relação de ingressos, há o registro de duas crianças com 11 anos (uma em 2003 e outra em 2005), ambos com permanência de um dia na Fundação. De um dos internos não se localizou a data de nascimento (ingresso em 2003, em Uruguaiana, também permaneceu apenas um dia na Fase).

pela primeira vez, para o cumprimento de medidas socioeducativas de privação e restrição de liberdade.

Tabela 5.6.2 - Quantidade e percentual de adolescentes, segundo tipo de ingresso na FASE/RS, Rio Grande do Sul — 2002-16

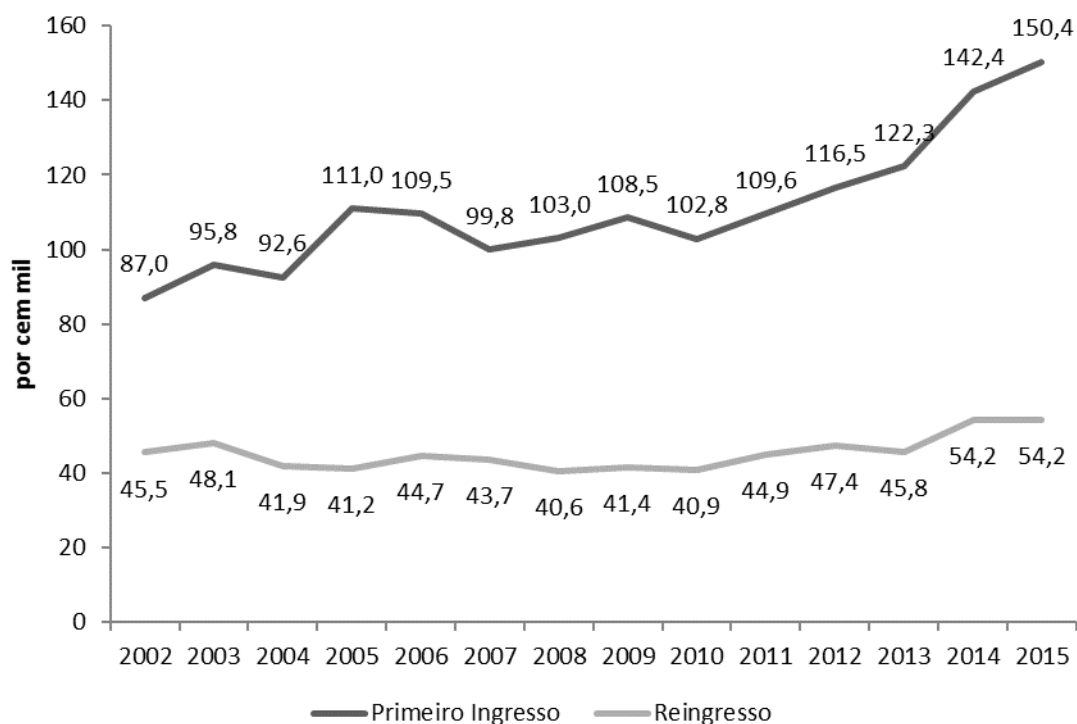
Ano	Adolescentes que				Total
	Ingressaram na FASE Pela Primeira Vez		Reingressaram na FASE		
	Quantidade	%	Quantidade	%	
2002	958	65,7	501	34,3	1459
2003	1047	66,6	526	33,4	1573
2004	998	68,8	452	31,2	1450
2005	1193	72,9	443	27,1	1636
2006	1173	71,0	479	29,0	1652
2007	1076	69,6	471	30,4	1547
2008	1109	71,7	437	28,3	1546
2009	1166	72,4	445	27,6	1611
2010	1102	71,6	438	28,4	1540
2011	1173	70,9	481	29,1	1654
2012	1249	71,1	508	28,9	1757
2013	1283	72,8	480	27,2	1763
2014	1450	72,4	552	27,6	2002
2015	1499	73,5	540	26,5	2039
2016	1462	73,2	535	26,8	1997

FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

Quando se calcula a taxa (por cem mil) de ingresso e reingresso de adolescentes na Fase, é possível verificar que o primeiro ingresso apresenta um aumento significativo na série histórica, passando de uma taxa de 87,0 (por cem mil) em 2002 para 150,4 adolescentes (por cem mil) em 2015. O reingresso apresenta tendência de elevação no período em análise, embora

com menor variação em relação ao primeiro ingresso (taxa de reingresso de 45,5 em 2002 e 54,2 em 2015, por cem mil), conforme consta no gráfico 4.6.4.

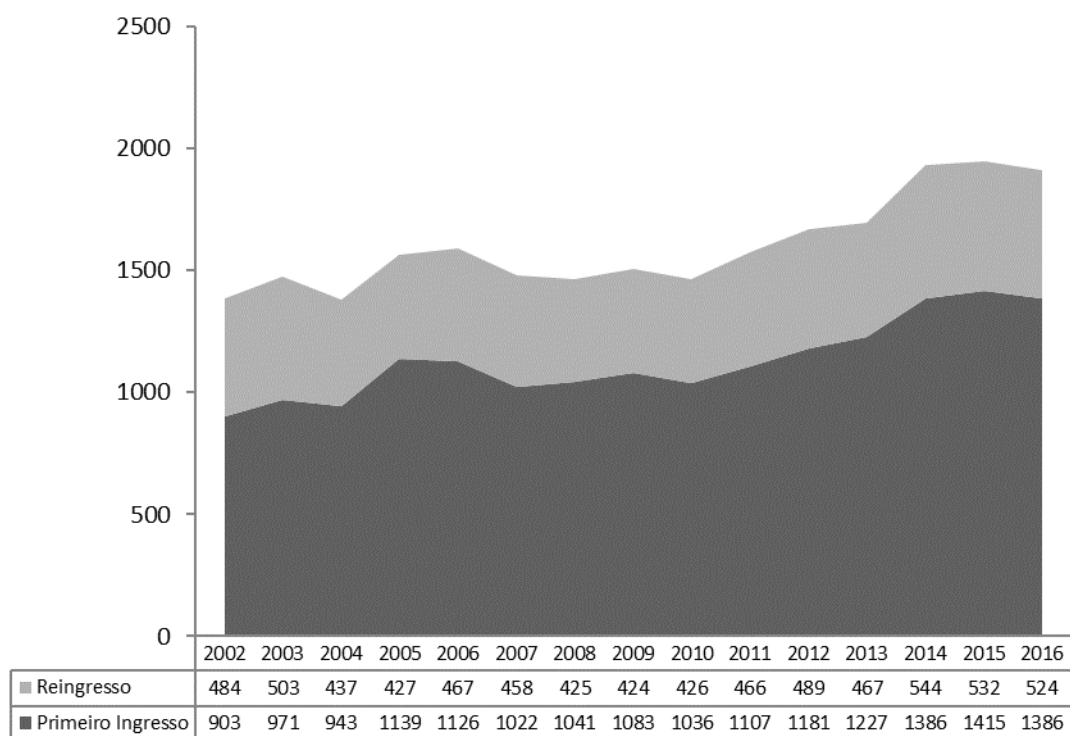
Gráfico 4.6.4 – Taxa (por cem mil) de ingresso e reingresso de adolescentes na FASE/RS, Rio Grande do Sul — 2002-15



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).  
FEE, Estimativas Populacionais – Revisão 2015.

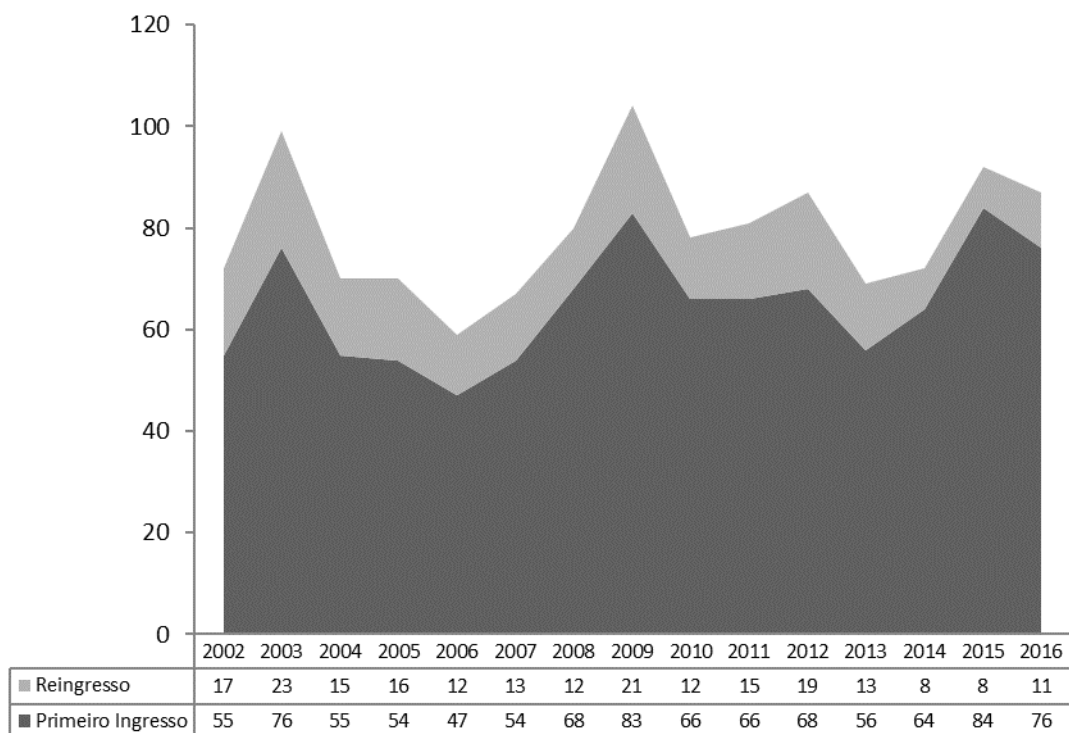
Os gráficos 5.6.5 (adolescentes do sexo masculino) e 5.6.6 (adolescentes do sexo feminino) permitem observar o comportamento relativo ao primeiro ingresso e ao reingresso na Fase, no período de 2002 a 2016, na faixa dos 12 aos 17 anos. Em relação aos adolescentes do sexo masculino (gráfico 4.6.5), verifica-se um aumento de 37,7% no número de ingressos e reingressos de 2016 em relação a 2002; contudo, 34,1% destes adolescentes eram reingressos em 2002 e, em 2016, esse índice caiu para 27,4%. A população feminina (gráfico 4.6.6) apresentou um acréscimo de 20,8% no total de ingressos (de 2016 em relação a 2002), sendo que, em 2002, os reingressos representavam 23,6% e, em 2016, 12,6%.

Gráfico 4.6.5 – Adolescentes do sexo masculino, segundo tipo de ingresso na FASE/RS, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

Gráfico 4.6.6 - Adolescentes do sexo feminino, segundo tipo de ingresso na FASE/RS, Rio Grande do Sul — 2002-16

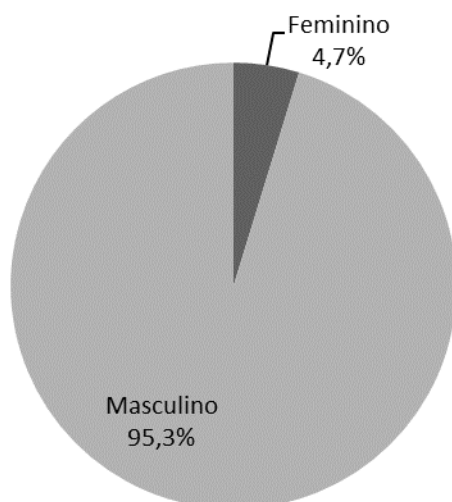


FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

De acordo com o gráfico 4.6.7, considerando-se a proporção média de ingressos na Fase por sexo, no período de 2002 a 2016, verifica-se que a grande maioria é composta por adolescentes do sexo masculino (95,3%). Destaca-se que o mínimo de participação feminina ocorreu em 2006 (3,6%), enquanto o máximo foi em 2009 (6,5%).



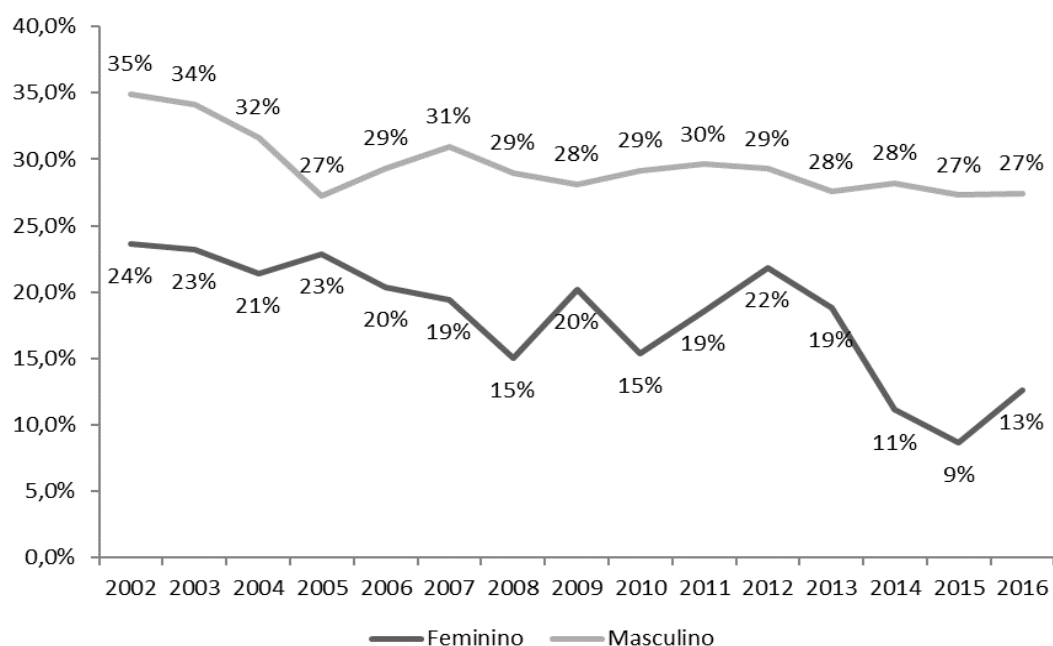
Gráfico 4.6.7 – Distribuição (média do período) dos adolescentes que ingressaram na FASE/RS, por sexo, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

No gráfico 4.6.8, considerando-se a proporção de adolescentes que reingressam na Fase, por sexo, é possível verificar que os do sexo masculino possuem maiores índices de reingresso do que as do sexo feminino, em todo o período analisado.

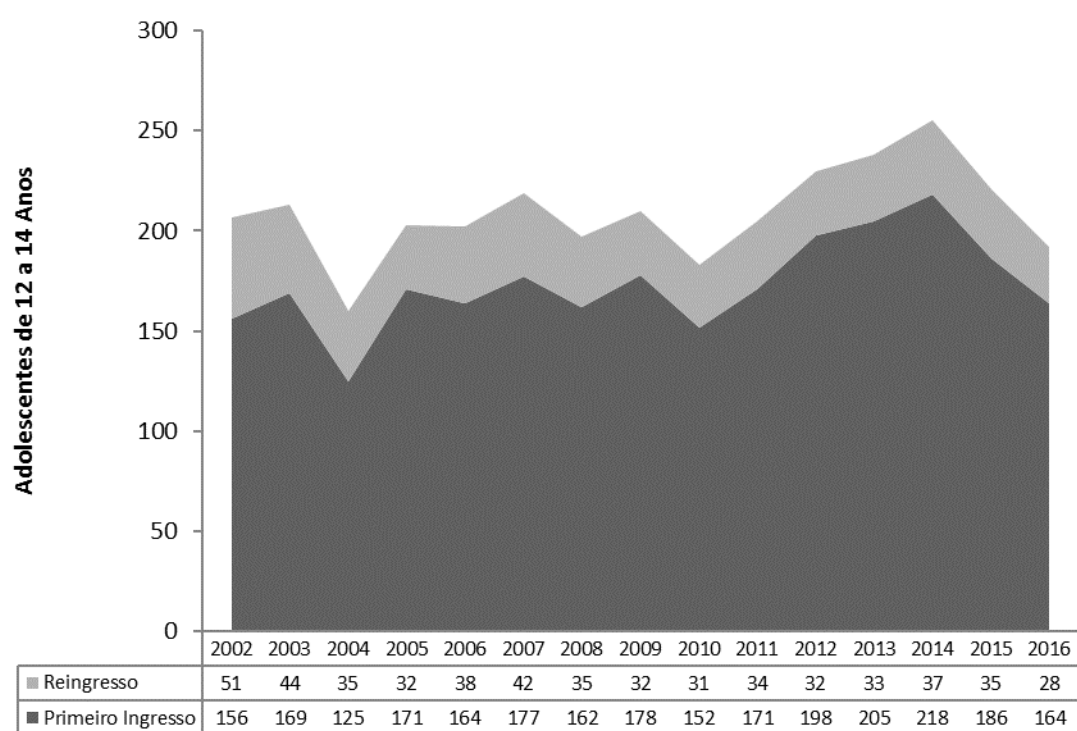
Gráfico 4.6.8 - Proporção de adolescentes que reingressam na FASE/RS, por sexo, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

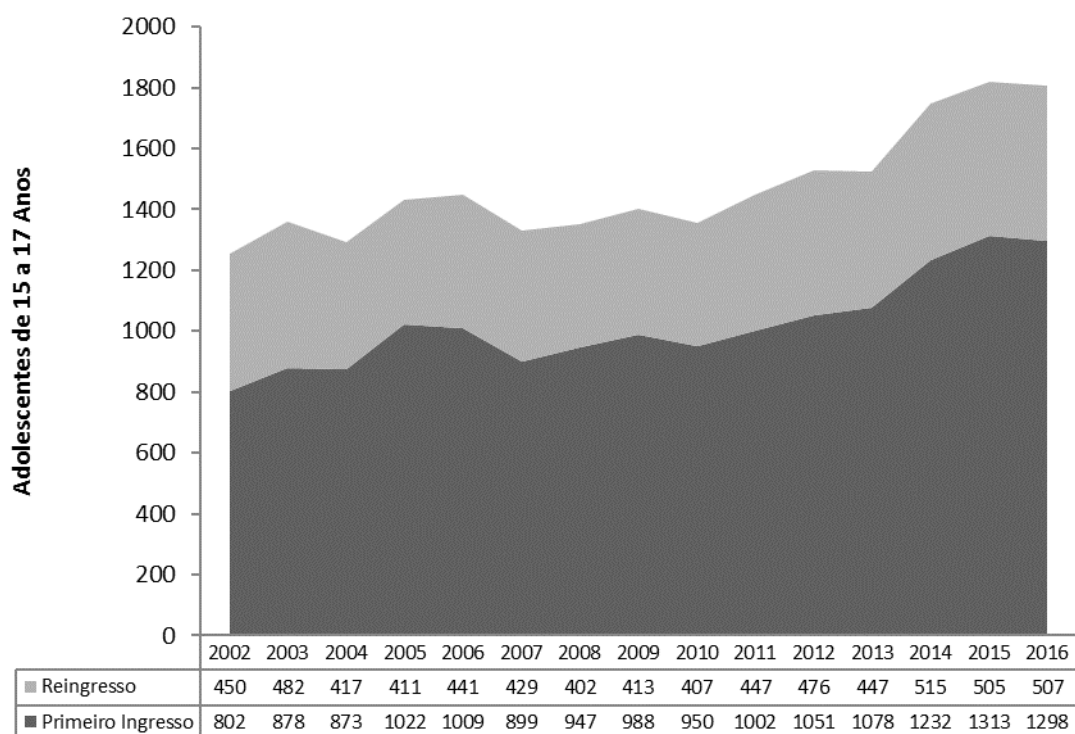
Em relação ao primeiro ingresso ou reingresso na Fase, por faixa etária, analisando-se os dados de 2016 em relação a 2002, houve uma queda de 7,2% no total de ingressos de adolescentes dos 12 aos 14 anos (gráfico 4.6.9), ao passo que, na faixa etária dos 15 aos 17 anos, esse número aumentou em 44,1% (gráfico 4.6.10). A proporção média no total de ingressos na Fase, neste período, foi de 12,5%, na faixa de 12 a 14 anos, e 87,5%, dos 15 aos 17 anos.

Gráfico 4.6.9 – Adolescentes de 12 a 14 anos, segundo tipo de ingresso na FASE/RS, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

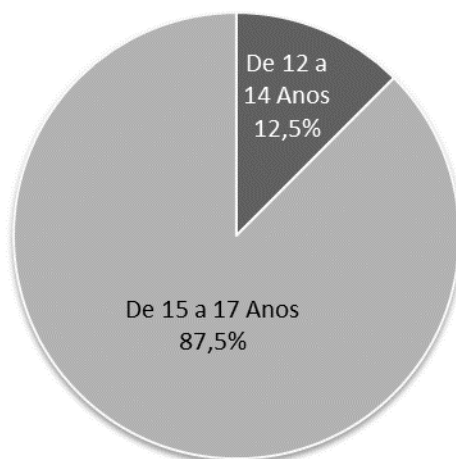
Gráfico 4.6.10 - Adolescentes de 15 a 17 anos, segundo tipo de ingresso na FASE/RS, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

Na proporção média de ingressos na Fase, no período de 2002 a 2016 (gráfico 4.6.11), 87,5% possuem de 15 a 17 anos e 12,5% de 12 a 14 anos. Essa proporção se manteve estável por todo o período, porém pode haver uma mudança de padrão, pois, em relação à proporção de ingressos de 12 a 14 anos, os dois mínimos da série foram 10,8% e 9,6% nos anos de 2015 e 2016, respectivamente. No período em análise, na faixa etária dos 12 aos 14 anos, o mínimo de proporção da série histórica foi de 9,6% e o máximo, 14,2%. Já dos 15 aos 17 anos, o mínimo foi de 85,8% e o máximo 90,4%.

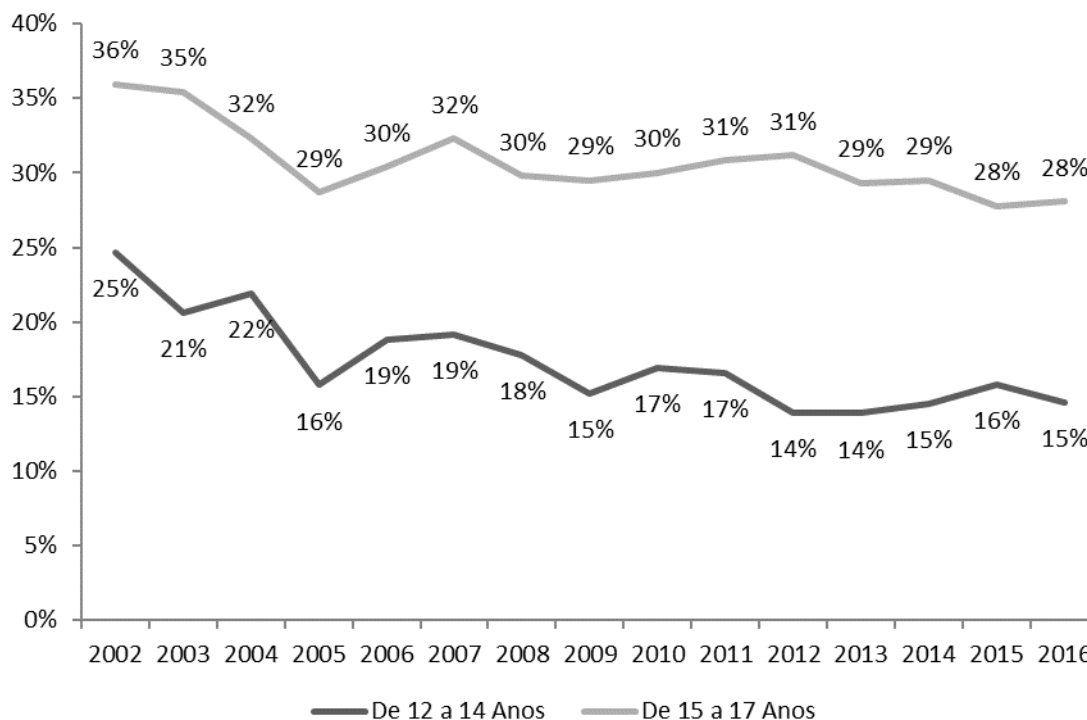
Gráfico 4.6.11 – Distribuição (média do período) dos adolescentes que ingressaram na FASE/RS, por faixa etária, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

No gráfico 4.6.12, é possível verificar a diminuição na proporção de adolescentes que reingressaram na Fase, de 2002 a 2016, sendo que, na faixa dos 12 aos 14 anos, a proporção de reingressos, em 2002, era de 25% e, em 2016, 15%; já na faixa dos 15 aos 17 anos, em 2002 era 36% e, em 2016, 28%.

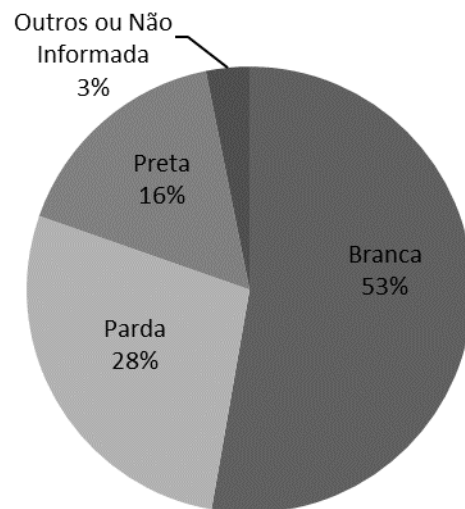
Gráfico 4.6.12 – Proporção de adolescentes que reingressam na FASE/RS, por faixa etária, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

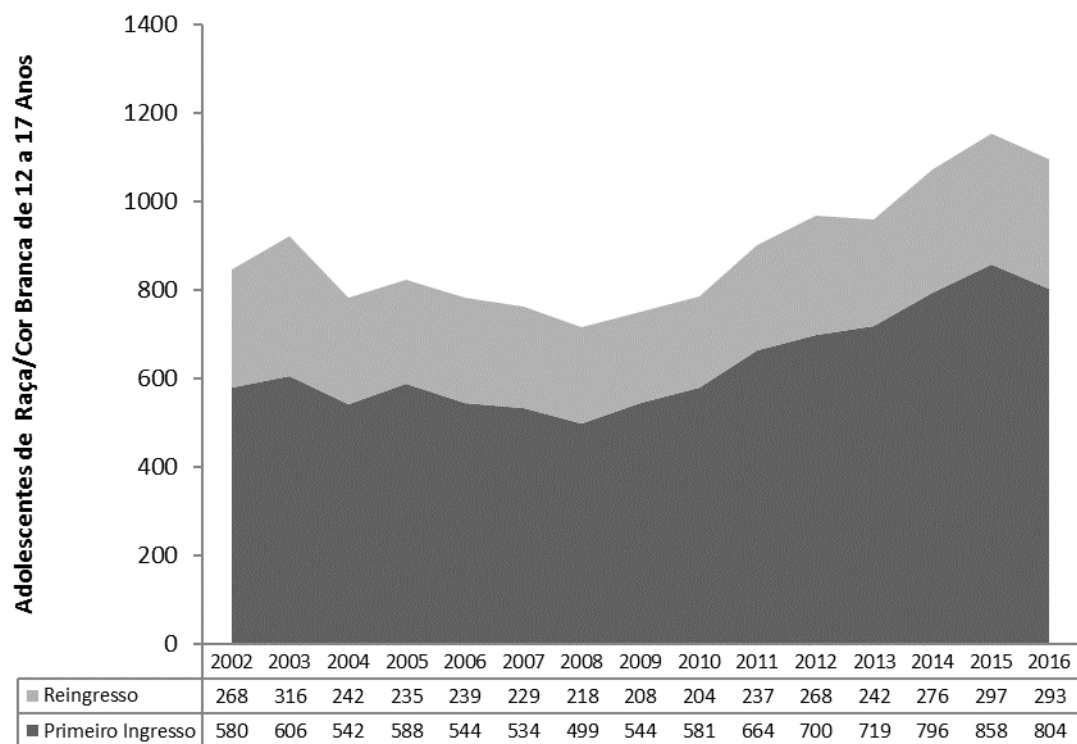
Em relação à raça/cor dos adolescentes, verifica-se que, entre os de raça/cor branca, os quais na proporção média do período (2002-2016) representam 53% da população de ingressos ou reingressos da Fase (gráfico 4.6.13), houve um aumento de 29,4% no número de ingressos, comparando-se o ano de 2016 a 2002 (gráfico 4.6.14). Ainda, em 2002, o número de reingressos representava 31,6% do total de ingressos para esta população, e, em 2016, 26,7% (gráfico 4.6.14).

Gráfico 4.6.13 – Distribuição (média do período) dos adolescentes que ingressaram na FASE/RS, por raça/cor, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

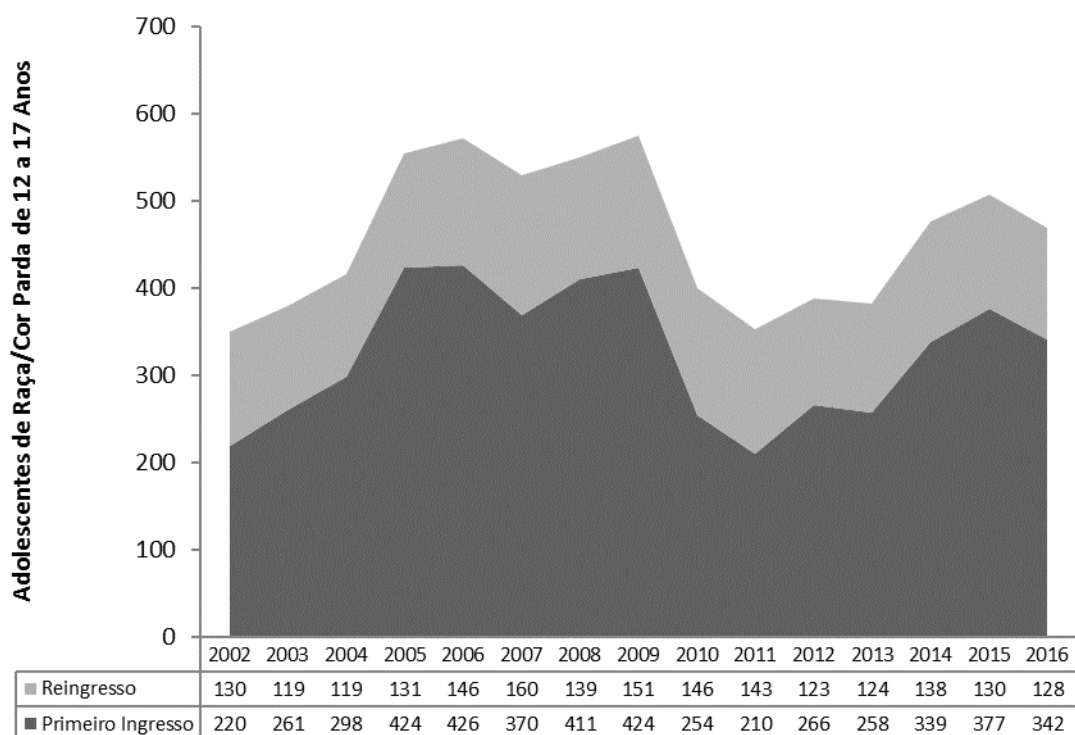
Gráfico 4.6.14 – Adolescentes de raça/cor branca, segundo tipo de ingresso FASE/RS, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

Já em relação às pessoas de raça/cor parda (gráfico 4.6.15), que na proporção média do período (2002-2016) representam 28% da população de ingressos ou reingressos da Fase, é possível verificar oscilações no número de primeiro ingresso ou reingresso durante o período em análise, destacando-se que há um crescimento significativo em 2005, em relação a 2004 (33,1%), e uma queda relevante em 2010 (-30,4%), em comparação ao ano de 2009. Comparando-se o número de ingressos e reingressos, houve um aumento de 34,3% entre 2002 e 2016. Em 2002, os reingressos representavam 37,1% do total de ingressos e, em 2016, 27,2%.

Gráfico 4.6.15 – Adolescentes de raça/cor parda, segundo tipo de ingresso na 4FASE/RS, Rio Grande do Sul — 2002-16

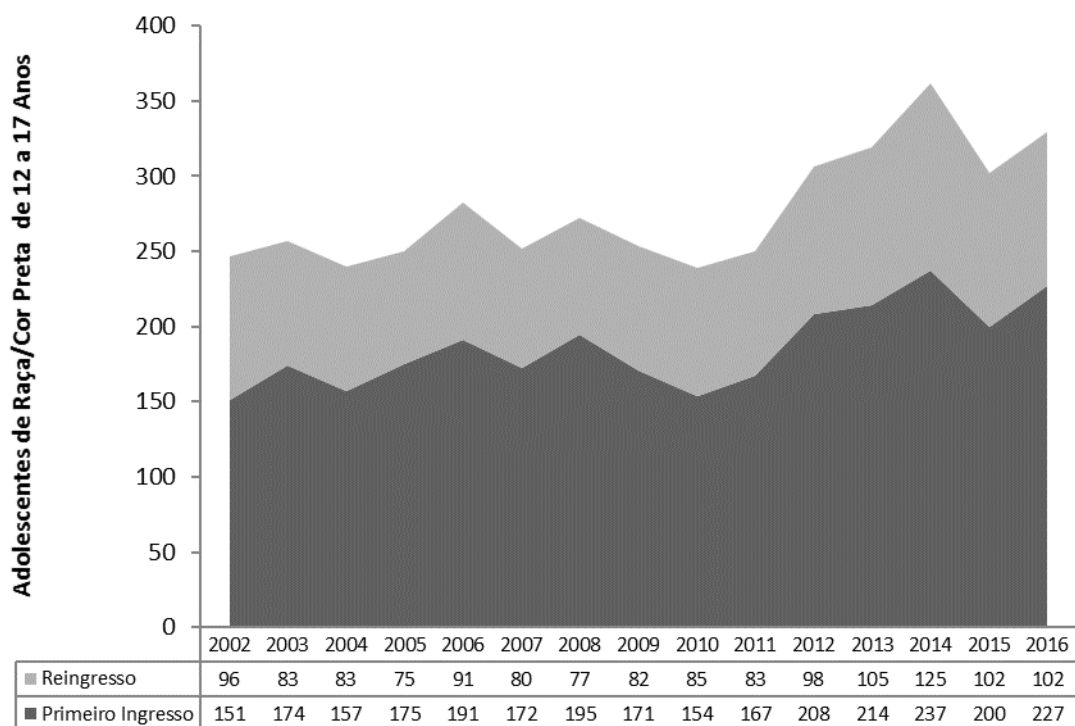


FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

Os adolescentes de raça/cor preta representaram 16% da proporção média de ingressos na Fase dos 12 aos 17 anos, no período de 2002 a 2016. Conforme o gráfico 4.6.16, o número de ingressos ou reingressos se manteve estável até 2011; houve um aumento de 22,4% no ano de 2012, em relação ao ano anterior, e uma queda de 16,6% de 2015 em relação a 2014. Importante destacar que ocorreu um aumento de 33,2% no número total de ingressos

desta população do ano de 2016 em relação a 2002. O percentual de reingressos em 2002 era de 38,9% e, em 2016, 31%.

Gráfico 4.6.16 – Adolescentes de raça/cor preta, segundo tipo de ingresso na FASE/RS, Rio Grande do Sul — 2002-16

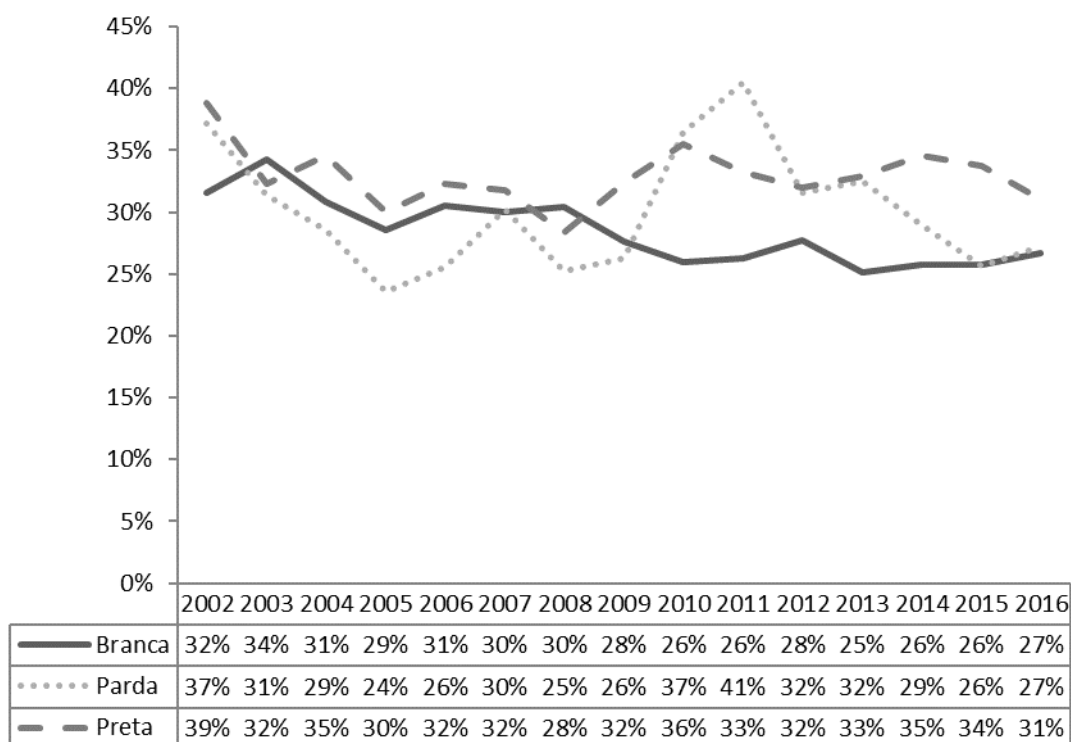


FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

Ainda sobre a raça/cor, é possível verificar, no gráfico 4.6.17, que os adolescentes negros são os que mais reingressam na Fase em relação à proporção dos adolescentes brancos e pardos que reingressam, durante o período em análise.



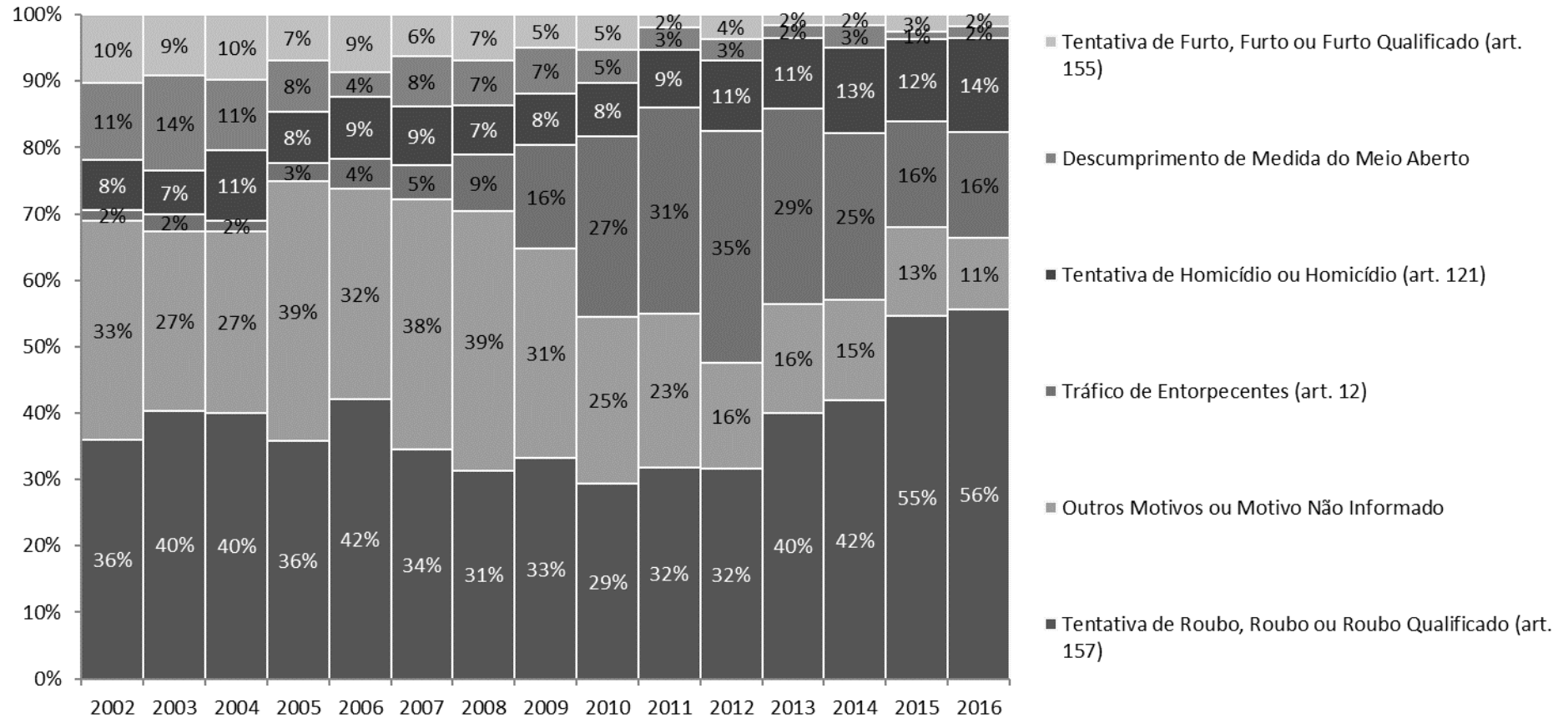
Gráfico 4.6.17 – Proporção de adolescentes que reingressam na FASE/RS, por raça/cor, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

Em relação à tipificação dos atos infracionais no primeiro ingresso, os atos prevaletentes para aplicação de medidas socioeducativas são tentativa de roubo, roubo ou roubo qualificado, representando mais da metade dos casos de primeiro ingresso nos anos de 2015 e 2016 (gráfico 4.6.18). O tráfico de entorpecentes passou a ser um motivo significativo no primeiro ingresso a partir do ano de 2009. Também no reingresso na Fase, as categorias prevalentes são “tentativa de roubo, roubo ou roubo qualificado” e “outros motivos ou motivo não informado” (gráfico 4.6.19). Além disso, é importante observar o elevado número de reingressos por tráfico de entorpecentes de 2009 em diante.

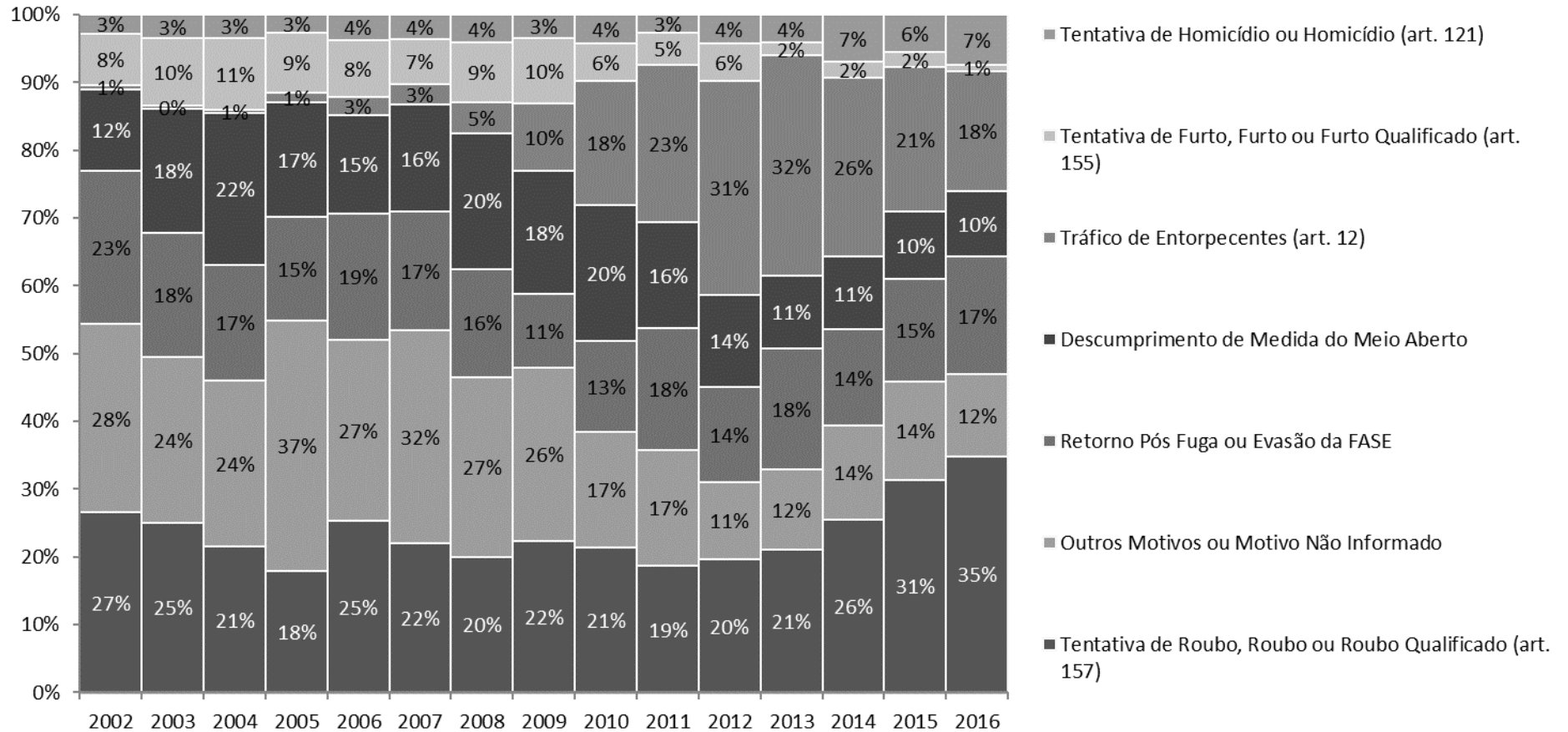
Gráfico 4.6.18 – Distribuição dos atos de primeiro ingresso na FASE/RS, segundo tipos de atos infracionais, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

NOTA: A categoria “outros motivos ou motivo não informado” engloba todos os atos infracionais não citados no gráfico além dos atos cujo motivo não foi informado.

Gráfico 4.6.19 - Distribuição dos atos de reingresso na FASE/RS, segundo tipos de atos infracionais, Rio Grande do Sul — 2002-16

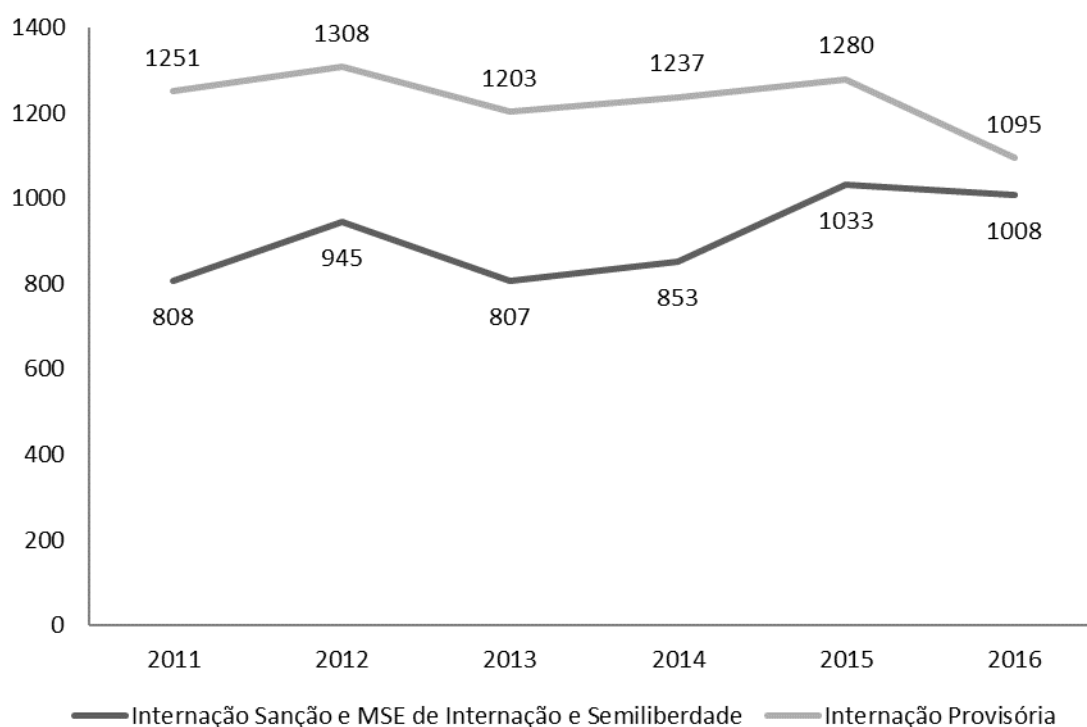


FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

NOTA: A categoria "outros motivos ou motivo não informado" engloba todos os atos infracionais não citados no gráfico além dos atos cujo motivo não foi informado.

Em relação aos egressos da Fase, no período de 2011 a 2016, é possível verificar uma diminuição no número de egressos por internação provisória e, por outro lado, uma elevação nas saídas daqueles adolescentes em cumprimento de internação sanção e medida socioeducativa de internação e semiliberdade (gráfico 4.6.20).

Gráfico 4.6.20 – Egressos da FASE/RS, segundo tipos de internação, Rio Grande do Sul — 2011-16



FONTE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

Os egressos da Fase por medidas socioeducativas podem se candidatar ao Programa de Oportunidades e Direitos<sup>43</sup> (POD Socioeducativo). O programa possui quatro eixos<sup>44</sup>, são eles:

- Eixo 1 - Incentivo às medidas de Meio Aberto;

<sup>43</sup> Em 2009, foi instituído o Programa RS Socioeducativo, através da Lei nº 13.122/09, no âmbito da então Secretaria da Justiça e do Desenvolvimento Social. Em 2013, este programa foi modificado pela Lei nº 14.228/13, passando a ser denominado Programa de Oportunidades e Direitos RS Socioeducativo - POD RS Socioeducativo.

<sup>44</sup> As informações referentes ao POD RS Socioeducativo foram disponibilizadas pelos técnicos do Departamento de Justiça da Secretaria do Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos do RS.

- Eixo 2 - Inserção Social, no Mundo do Trabalho e Acompanhamento Escolar de Adolescentes Egressos da FASE;
- Eixo 3 - Ampliação das Unidades de Semiliberdade e,
- Eixo 4 - Nova Reestruturação das Medidas Socioeducativas Privadas de Liberdade.

A Secretaria do Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos é responsável pela implementação do Eixo 2, em conjunto com entidades conveniadas que auxiliam na execução do Programa, como, por exemplo, a Fundação Pão dos Pobres e o Centro de Educação Profissional São João Calábria. Como finalidade, o Eixo 2 busca efetivar ações de acompanhamento dos adolescentes (extensivas às suas famílias), com vistas a oportunizar formação profissional (inclusão em oficinas ou cursos de acordo com a faixa etária e escolaridade dos adolescentes), acompanhamento escolar, assistência psicossocial, atividades culturais e esportivas, encaminhamento ao mercado de trabalho e auxílio financeiro (até 50% do salário regional). A premissa do Programa vai ao encontro da proposta e dos princípios de responsabilização, respeito, horizontalidade, inclusão, participação e protagonismo da Justiça Restaurativa.

No período de 2011 a 2015, a Fundação Pão dos Pobres foi responsável pela execução do POD Socioeducativo, atendendo a 1430 egressos da Fundação durante os cinco anos citados. Entre 2012 a 2016, o POD Calábria acolheu 249 egressos da Fase<sup>45</sup>. Salienta-se a importância do Programa visando contribuir, além dos aspectos listados anteriormente, também na redução da reincidência infracional e na prevenção da violência.

Em relação ao uso de psicotrópicos por adolescentes internos na Fase, 496 (51,2%) deles faziam uso de algum psicotrópico em 2013, 559 (53%) em 2014, 466 (38,8%) em 2015 e 469 (38,5%) em 2016.<sup>46</sup> Quanto à presença de bebês junto a suas mães internadas no CASEF - Centro de Atendimento Socioeducativo Feminino, realizou-se um levantamento desta informação (pela Fase/RS) com base em duas datas em cada ano, de 2010 a 2016, visto que

---

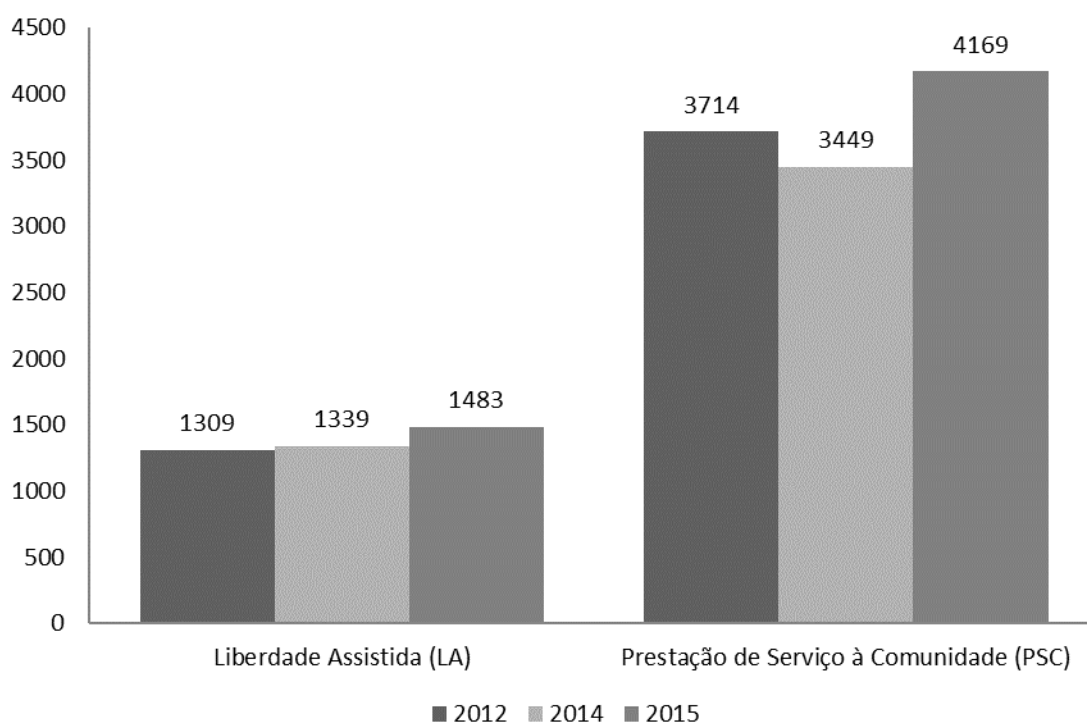
<sup>45</sup> Informação enviada por integrantes do Departamento de Justiça da Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos (SDSTJDH/RS), em abril e em agosto de 2017.

<sup>46</sup> Mês de referência: novembro de cada ano, com base em toda a população da Fase, pois, neste caso, não é possível separar o número de internos com menos de 18 anos.

esta informação não é registrada em sistema. No CASEF, foram registrados 12 bebês no período citado.

A execução de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e de Liberdade Assistida (LA) é realizada de forma municipalizada pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no contexto dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). No Rio Grande do Sul, a Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos (SDSTJDH/RS), através do Departamento de Assistência Social (DAS), é responsável pela gestão, monitoramento e assessoria na execução dos Serviços de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de LA e de PSC. Para tanto, o estado dispõe de 115 CREAS implantados (CENSO SUAS, 2014), e, em 98 deles, é possível o cumprimento MSE de LA e de PSC.

Gráfico 4.6.21 – Quantidade de medidas socioeducativas aplicadas, segundo tipos de medidas, Rio Grande do Sul — 2012, 2014 e 2015<sup>47</sup>



FONTE: Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos do Rio Grande do Sul, Departamento de Assistência Social (DAS/SDSTJDH/RS)

<sup>47</sup> O ano de 2013 não pode ser incluído na análise, pois, conforme informação de técnicos do DAS/SDSTJDH, muitos municípios não preencheram o Censo Suas neste ano ou, então, preencheram de forma incompleta.

Conforme os dados no gráfico 4.6.21, o cumprimento de MSE de Liberdade Assistida no Rio Grande do Sul vem crescendo ano após ano. O cumprimento da medida de Prestação de Serviço à Comunidade, além de bastante superior à LA, sofreu uma pequena queda em 2014 em relação a 2012 e voltou a subir em 2015.

#### **4.7. Violação de Direitos**

Os direitos fundamentais são previstos constitucionalmente e garantidos à pessoa humana. No caso de crianças e adolescentes, esses direitos estão dispostos no Estatuto da Criança e do Adolescente da seguinte forma: (1) direito à vida e à saúde; (2) direito à liberdade, ao respeito e à dignidade; (3) direito à convivência familiar e comunitária; (4) direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer; e o (5) direito à profissionalização e à proteção no trabalho.

Para realizar a análise sobre a violação dos direitos das crianças e dos adolescentes gaúchos, seriam observadas, minimamente, três diferentes fontes de dados. A primeira delas se referia ao Sistema de Informações para a Infância e Adolescência (SIPIA), através do qual seria possível o mapeamento das violações a partir dos direitos fundamentais previstos no ECA. Entretanto, conforme os relatórios de atendimentos do SIPIA no RS, enviados por técnicos da Coordenadoria de Políticas para a Criança e o Adolescente, do Departamento de Direitos Humanos e Cidadania/SDSTJDH, o sistema está significativamente desatualizado, com pouquíssimas quantidades de registros, evidenciando uma utilização muito baixa do SIPIA no Rio Grande do Sul e impossibilitando qualquer tipo de análise a partir desta fonte de informação. Desta forma, a maioria dos indicadores analisados nesta seção se baseia em duas fontes de dados distintas: nos dados provenientes do Sistema Informações de Agravo de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, e nos Registros Mensais de Atendimentos (RMA) dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), enviados pelo Departamento de Assistência Social (DAS/SDSTJDH/RS)

Assim, nesta seção, serão analisadas as seguintes violações das notificações compulsórias extraídas do SINAN/MS: negligência/abandono;

violências doméstica, física, sexual e psicológica/moral; tortura; estupro; exploração sexual e trabalho infantil. Dos RMA/CREAS, serão examinadas cinco violações: abuso e exploração sexual; negligência; trabalho infantil e violência intrafamiliar (física ou psicológica). Por fim, se terá uma terceira fonte de informação para mapear o trabalho infantil que é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE.

A violação de direitos se refere a qualquer ação que ameace ou viole os direitos fundamentais de crianças e adolescentes, como violência física, abuso ou exploração sexual, exploração do trabalho infantil, entre outros, por ação ou omissão dos pais ou responsáveis, da sociedade ou do Estado. As Defensorias Públicas atuam na defesa judicial e extrajudicial dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente. Atualmente, a Defensoria Pública do Rio Grande do Sul possui 396 agentes em atividade e 485 servidores exercendo suas funções em 153 comarcas gaúchas<sup>48</sup>.

#### **4.7.1. Notificações Compulsórias**

Dos dados extraídos do SINAN/MS, é possível verificar um aumento significativo no número de ocorrências de violência física contra crianças e adolescentes gaúchos entre os anos de 2009 e 2010, quando o número de casos passou de 230 para 1277, resultando em um crescimento de 455,2%. O ritmo de aumento de casos desse tipo diminuiu nos anos seguintes, mas, mesmo assim, o crescimento em valores absolutos é considerável, atingindo 2619 casos em 2013. No entanto, em 2014, ocorre uma inversão na trajetória de crescimento desse tipo de violência, havendo uma queda no número de ocorrências: 2141 casos, número inferior, portanto, ao de 2011. Comportamento semelhante à trajetória temporal da curva de violência física contra crianças e adolescentes teve a curva de ocorrências registradas de violência psicológica/moral. Partindo de 272 casos em 2009, atingiu-se um máximo de 1833 notificações em 2012, diminuindo para 1344 ocorrências em 2014, número inferior, portanto, aos 1525 casos de 2011. As trajetórias de

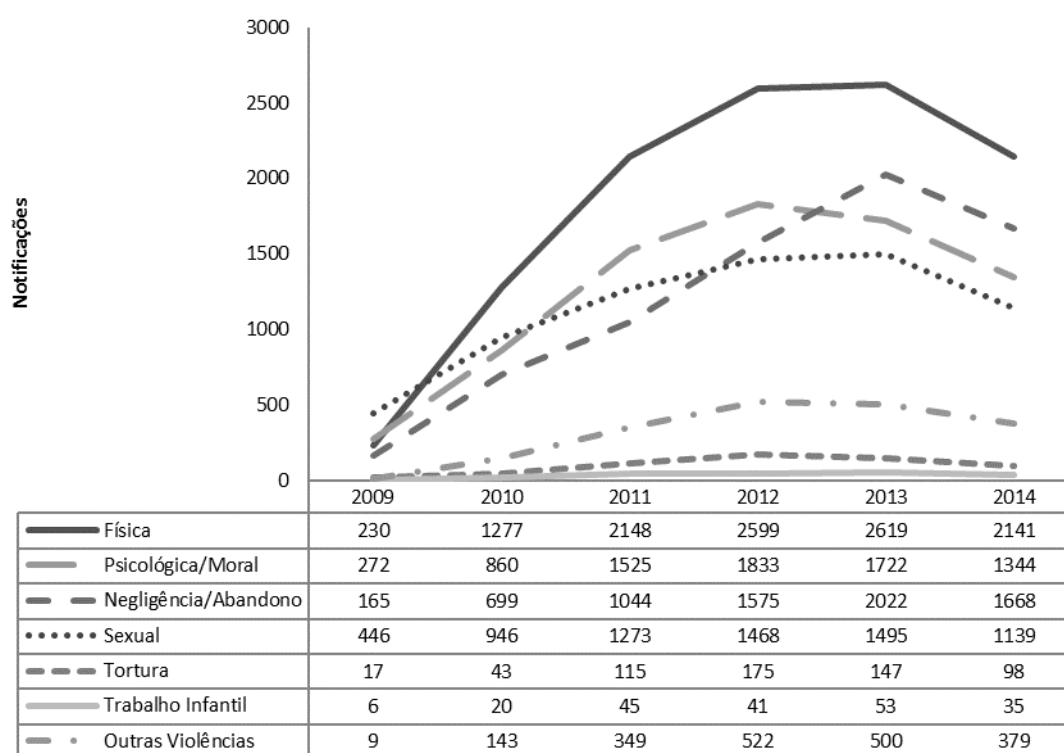
---

<sup>48</sup> Disponível em: <<http://www.defensoria.rs.def.br/conteudo/18836/apresentacao>> Acesso em: 22 jun. 2017.



casos de violência sexual e de tortura apresentam padrão semelhante de comportamento às de violência física e psicológica/moral. As notificações de negligência/abandono e outras violências diferem das trajetórias de crescimento anteriores única e exclusivamente pelo fato de, no ano de 2014, o número de notificações não ser inferior ao de 2011, como nos outros casos citados. Por outro lado, a quantidade de casos de negligência/abandono e outras violências apresentou queda no ano de 2014, em comparação ao ano de 2013: 1668 contra 2022 e 379 contra 500, respectivamente. Por último, o número de casos de trabalho infantil atinge um máximo de 53 ocorrências em 2013, diminuindo para 35 no ano seguinte (gráfico 4.7.1.1).

Gráfico 4.7.1.1 – Notificações no sistema informações de agravo de notificação (SINAN), segundo tipos de violência, Rio Grande do Sul — 2009-14

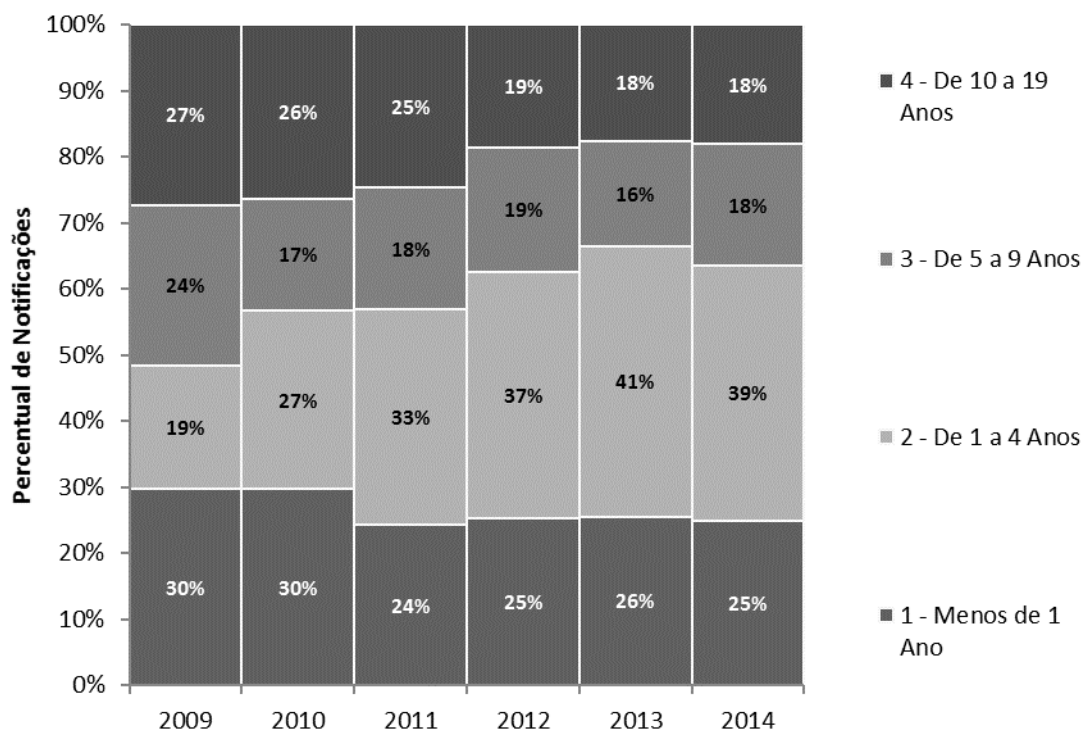


FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

#### 4.7.1.1. Negligência/Abandono

Em 2009, a faixa etária de menos de 1 ano liderou os registros de negligência/abandono de crianças e adolescentes, com 30% do número de casos. Na sequência, se sucederam as faixas etárias de 10 a 19 anos, com 27%; 5 a 9 anos com 24% e, em último, o grupo de 1 a 4 anos, com 19% do total. No ano de 2010, o grupo de menos de 1 ano continuou na liderança do número de casos, com 30% do total. O segundo lugar passa a ser da faixa etária de 1 a 4 anos, com 27% dos casos. Em seguida, vem o estrato de 10 a 19 anos, com 26% e, por último, o grupo de 5 a 9 anos, com 17% do total. Em 2011, a faixa etária de 1 a 4 anos passa a liderar o número de casos, com 33% do total, ficando o grupo de 10 a 19 anos em segundo, com 25%; a faixa de menos de 1 ano cai para o terceiro lugar, com 24% e, em quarto, ficou o grupo de 5 a 9 anos, com 18%. Em 2012, há um aumento na incidência de casos entre o grupo de 1 a 4 anos para 37% do total. O grupo de menos de 1 ano reassume a segunda posição, com 25% dos casos. Os grupos de 5 a 9 anos e de 10 a 19 anos empatam na terceira posição, com 19% dos casos cada. Em 2013 e 2014, as distribuições percentuais são semelhantes àquela verificada em 2012.

Gráfico 4.7.1.1.1 - Distribuição das notificações de negligência e/ou abandono no sistema informações de agravo de notificação (SINAN) segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2009-14



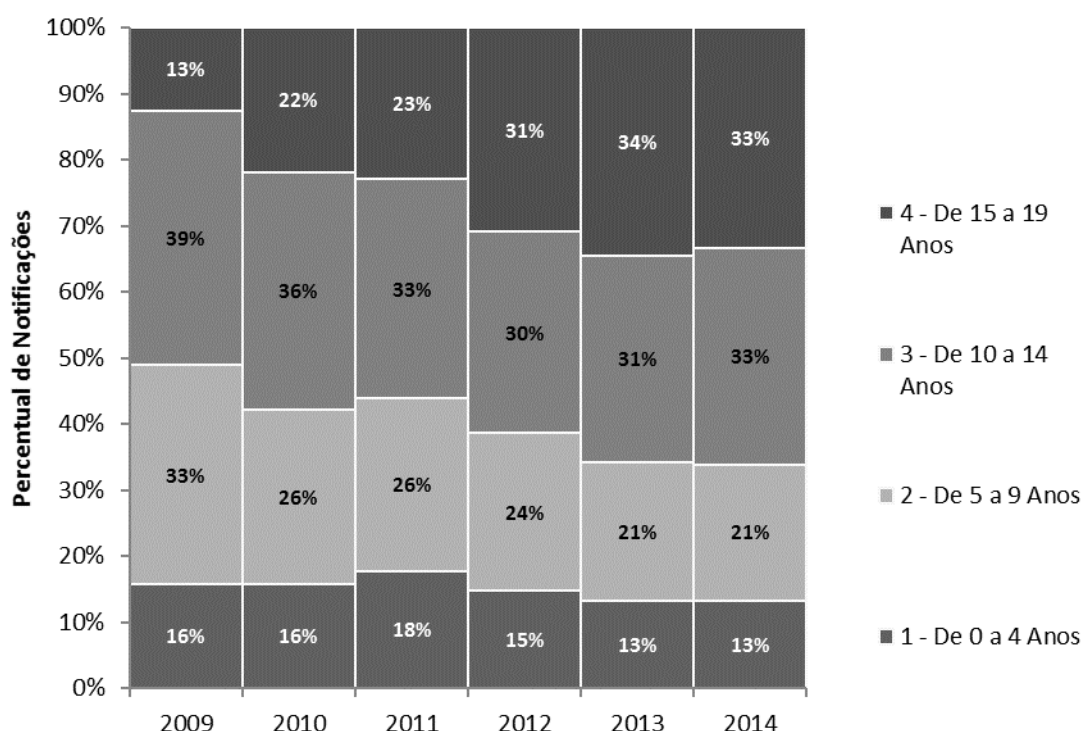
FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

#### 4.7.1.2 Violência Psicológica/Moral

No ano de 2009, a distribuição das notificações de violência psicológica/moral contra crianças e adolescentes mostra que a faixa etária com maior incidência de casos foi a de 10 a 14 anos, com 39% do total. Em segundo lugar, está o grupo de 5 a 9 anos, com 33% do total. Na sequência, vem a faixa etária de 0 a 4 anos, com 16% do número de casos. Por último, o estrato de 15 a 19 anos representava 13% do total. Em 2010, o grupo de 10 a 14 anos continuou na liderança, com 36% do número de notificações. Em segundo lugar, permaneceu o estrato de 5 a 9 anos, com 26%. O terceiro lugar passa a ser do grupo de 15 a 19 anos, com 22%. Em último lugar, ficou a faixa de 0 a 4 anos, com 16% dos casos registrados. A distribuição percentual pouco se alterou em 2011. Em 2012, o primeiro lugar das ocorrências passa a ser do grupo de 15 a 19 anos, com 31% do total. Na sequência, com percentual de 30%, vem a faixa de 10 a 14 anos. Em terceiro, vem o estrato de 5 a 9 anos, com 24%. Na última posição, continuou o grupo de 0 a 4 anos, com 15%. Em

2013, as alterações nas distribuições são pouco significativas. Em 2014, as faixas etárias de 10 a 14 e de 15 a 19 anos dividem a liderança, com 33% cada do total de casos registrados, vindo em seguida os grupos de 5 a 9 e o de 0 a 4 anos, com 21% e 13% das ocorrências registradas, respectivamente.

Gráfico 4.7.1.2.1 - Distribuição das notificações de violência psicológica/moral no sistema informações de agravo de notificação (SINAN) segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2009-14



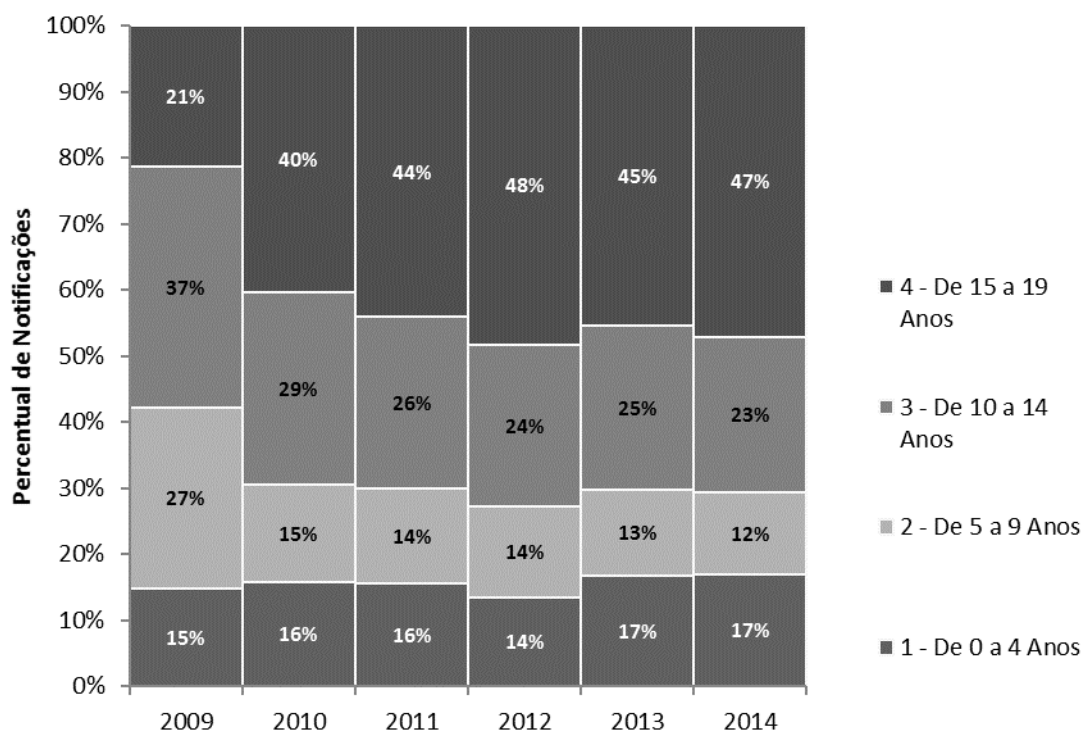
FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

#### 4.7.1.3. Violência Física

A distribuição das notificações de violência física contra crianças e adolescentes por faixa etária indica que, no ano de 2009, o grupo com maior incidência foi o de 10 a 14 anos, com 37% do total de ocorrências. Em segundo lugar, vem o grupo de 5 a 9 anos, com 27% do total. Na sequência, o estrato de 15 a 19 anos perfaz um total de 21% do número de casos. Por último, o grupo de 0 a 4 anos representa 15% do número de ocorrências. Por outro lado, no ano de 2010, a faixa etária que lidera o número de casos passou a ser a de

15 a 19 anos, com 40% do número de notificações, quase o dobro do percentual verificado no ano anterior. O segundo lugar passa a ser ocupado pelo grupo de 10 a 14 anos, com 29% do número de ocorrências. O estrato de 0 a 4 anos vem em terceiro lugar, com 16% do total. Em contrapartida, a faixa etária de 5 a 9 anos sofre uma queda expressiva no número de ocorrências, em relação ao ano anterior, ficando com 15% do total de casos. Nos anos seguintes, o ranking de casos de violência física por faixa etária se mantém a mesma de 2010. Os percentuais de distribuição por faixa etária também não se alteram significativamente entre 2010 e 2014.

Gráfico 4.7.1.3.1 - Distribuição das notificações de violência física no sistema informações de agravo de notificação (SINAN) segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2009-14



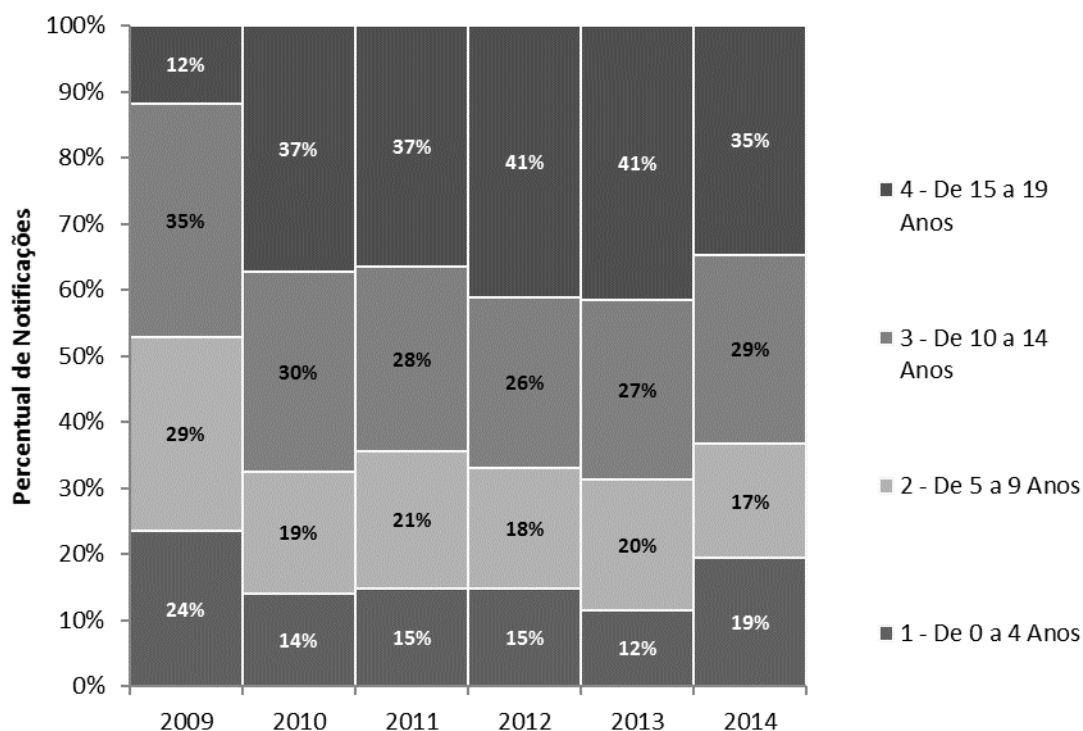
FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

#### 4.7.1.4. Tortura

A faixa etária de 10 a 14 anos ficou em primeiro lugar, no ano de 2009, em notificações de tortura, com 35% do total. Em segundo lugar, vem o grupo de 5 a 9 anos, com 29% dos casos. Na sequência, vem o grupo de 0 a 4 anos,

com 24% do número de casos. Por último, o estrato de 15 a 19 anos concentrou 12% do número de ocorrências. Em 2010, ocorreram modificações significativas na distribuição dos casos de tortura por faixas etárias. O grupo de 15 a 19 anos registrou um grande aumento de registros em relação ao ano anterior, passando a ter 37% do total, ficando em primeiro lugar. Em seguida, ficaram os estratos de 10 a 14 anos, com 30%; 5 a 9 anos, com 19%, e 0 a 4 anos, com 14%, respectivamente. Nos anos seguintes, não houve modificações importantes na estrutura de distribuição dos casos de tortura por faixas etárias.

Gráfico 4.7.1.4.1 - Distribuição das notificações de tortura no sistema informações de agravo de notificação (SINAN) segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2009-14



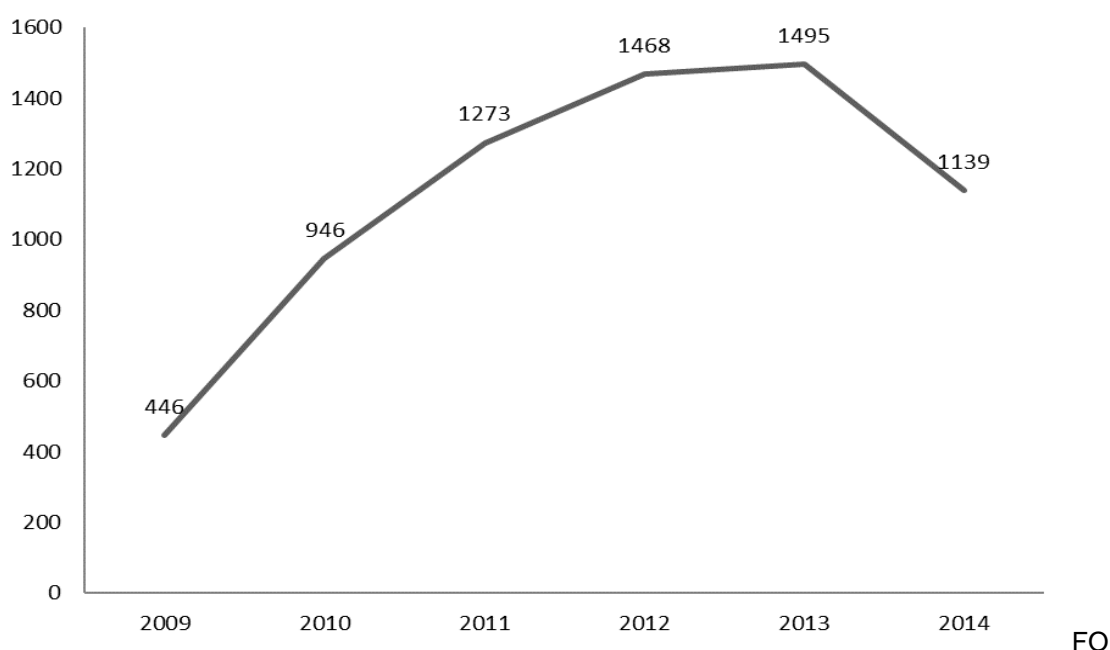
FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

#### 4.7.1.5. Violência Sexual

A curva que representa o número de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, entre 2009 e 2013, seguiu uma trajetória de

crescimento ano após ano. Por outro lado, o ritmo de aumento foi desacelerando ao longo do tempo, chegando a cair o total de casos absolutos em 2014, em relação a 2013. Enquanto, entre 2009 e 2010, o número de casos cresceu de 446 para 946 (112,1% de aumento), entre 2012 e 2013, houve estabilidade no registro de ocorrências, com o número de casos notificados de 1468 e de 1495, respectivamente. Já em 2014, o número de registros caiu para 1139 casos verificados, uma queda de 23,8% em relação ao ano anterior.

Gráfico 4.7.1.5.1 - Total de notificações de violência sexual no sistema informações de agravo de notificação (SINAN), Rio Grande do Sul — 2009-14

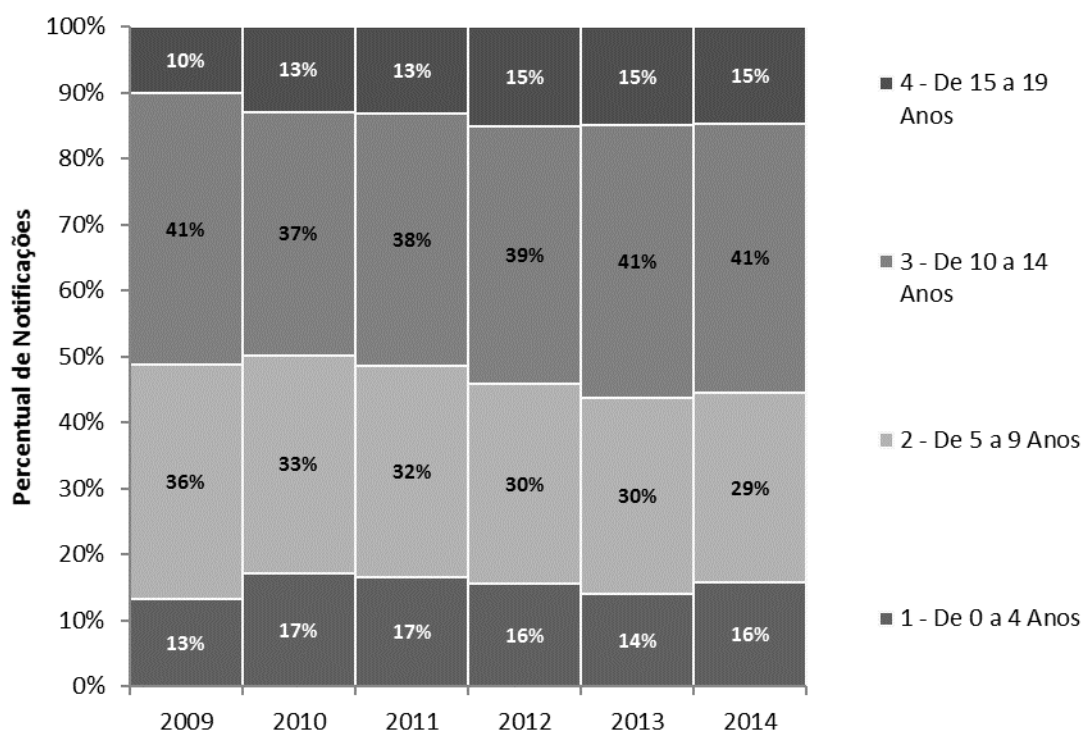


NTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

Em 2009, em primeiro lugar no *ranking* de violência sexual contra crianças e adolescentes estava o estrato de 10 a 14 anos, com 41% dos casos. Na sequência, estava o estrato de 2 a 5 anos, com 33% dos registros. Em terceiro, se encontrava o grupo de 0 a 4 anos, com 13%. Por último, ficou o grupo de 15 a 19 anos, com 10% do total de casos. Nos anos subsequentes, não houve modificações significativas nas distribuições de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes por faixas etárias. Assim, em 2014, o estrato de 10 a 14 anos permaneceu líder do *ranking*, com 41% (o mesmo

percentual de 2009), vindo, na sequência, os grupos etários de 5 a 9 anos, com 29%; 0 a 4 anos, com 16%; e 15 a 19 anos, com 15% do total de registros.

Gráfico 4.7.1.5.2 - Distribuição das notificações de violência sexual no sistema informações de agravo de notificação (SINAN), segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2009-14



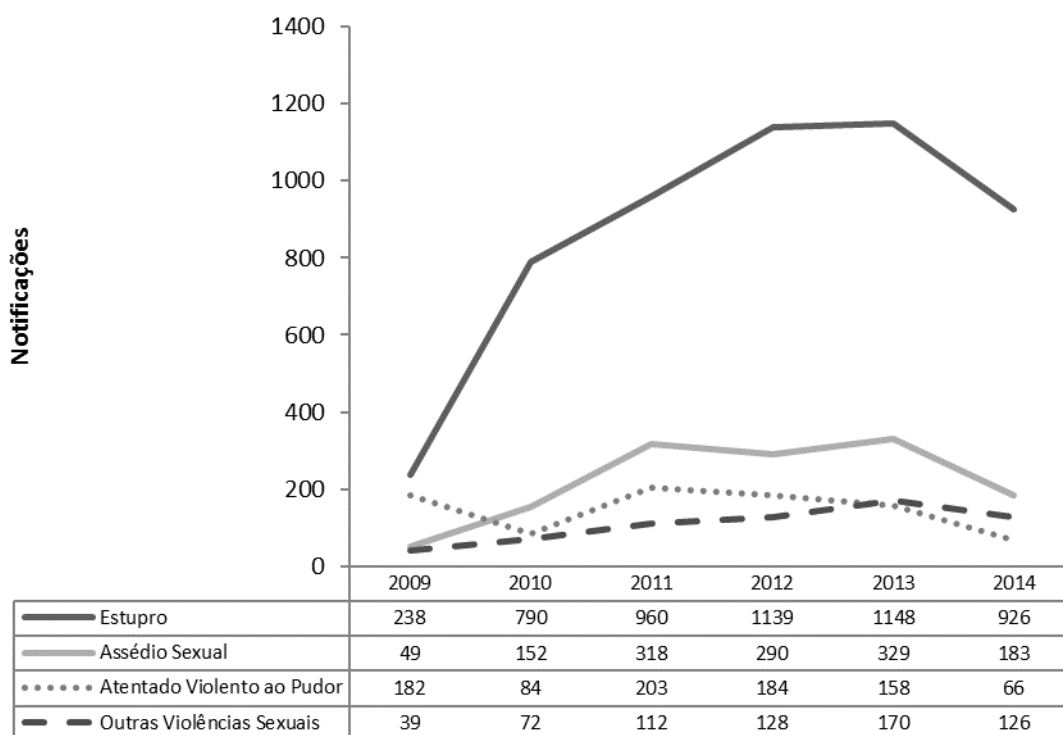
FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

Entre 2009 e 2010, houve um crescimento acentuado de ocorrências de estupro contra crianças e adolescentes, quando o total de registros passou de 238 para 790, representando uma variação de 231,9%. O ritmo de aumento de casos desse tipo decresceu nos anos subsequentes. Em 2011, o número de registros foi de 960 casos, representando um aumento de 21,5%, em relação ao ano anterior. O valor máximo da série foi atingido em 2013, com 1148 casos. Em contrapartida, em 2014, ocorreu uma inversão na trajetória de crescimento dos registros de estupro, com 926 casos notificados. A trajetória temporal da curva de assédio sexual contra crianças e adolescentes mostra um ritmo de crescimento acentuado nos anos iniciais da série. De 49 ocorrências registradas em 2009, houve aumento para 152 casos em 2010, e 318 casos



em 2011, uma variação de 548,9% nesse curto período. Em 2012, houve uma queda no número de notificações em relação ao ano anterior, para 290 casos. O máximo valor da série para ocorrências de assédio sexual é atingido em 2013, com 329 notificações. Em 2014, há uma queda significativa de 44,4% em relação ao ano anterior, com 183 casos notificados. Os registros de atentado violento ao pudor contra crianças e adolescentes segue uma trajetória oscilante no período. Em 2009, 182 casos são registrados, caindo o número para 84 em 2010, atingindo um máximo de 203 em 2011, passando a cair sucessivamente nos anos seguintes, chegando a 66 ocorrências verificadas em 2014. A categoria “outras violências sexuais” segue uma trajetória crescente de registros até 2013, saltando de 39 casos, em 2009, para 170 em 2013. Em 2014, há uma queda para 126 casos registrados.

Gráfico 4.7.1.5.3 - Notificações no sistema informações de agravo de notificação (SINAN) segundo tipos de violência sexual, Rio Grande do Sul — 2009-14

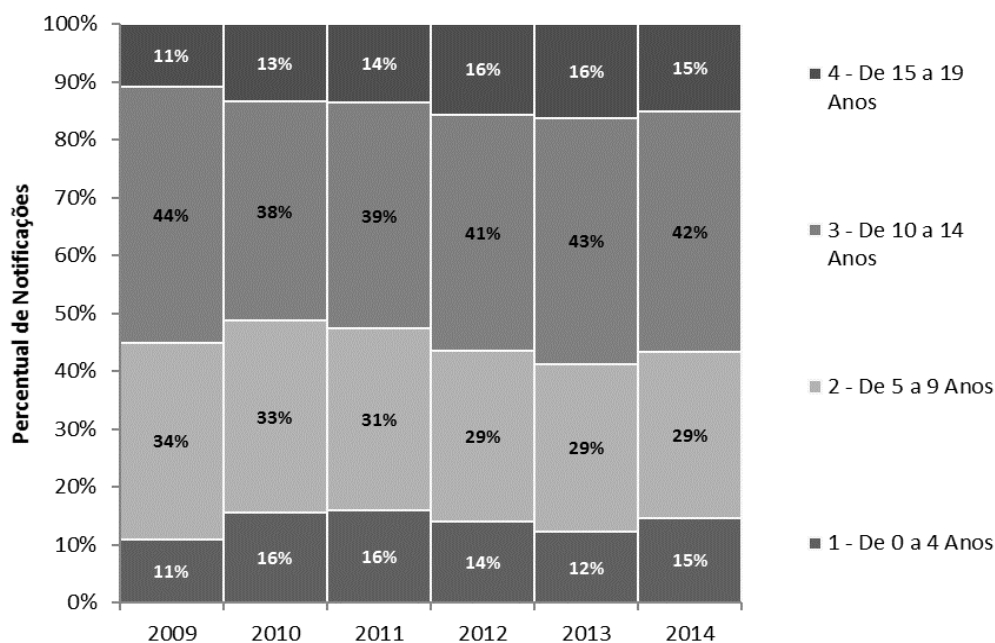


FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

#### 4.7.1.6. Estupro

No ano de 2009, ocupando a posição inicial no ranking de estupros contra crianças e adolescentes, estava a faixa de 10 a 14 anos, com 44% dos registros. Em seguida, vem o grupo de 2 a 5 anos, com 34% das ocorrências. Em terceiro lugar, houve empate dos estratos de 0 a 4 anos e de 15 a 19 anos, com 11% do total de registros cada. Nos anos subsequentes, não houve alterações importantes nas distribuições de casos de estupro contra crianças e adolescentes por faixas etárias. Dessa forma, em 2014, o grupo de 10 a 14 anos continuou líder do ranking, com 42%, vindo, na sequência, a faixa etária de 5 a 9 anos, com 29%. Os estratos de 0 a 4 anos e de 15 a 19 anos ficaram empatados em terceiro lugar, com 15% do total de registros notificados, cada.

Gráfico 4.7.1.6.1 - Distribuição das notificações de violência sexual: estupro no sistema informações de agravo de notificação (SINAN) segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2009-14

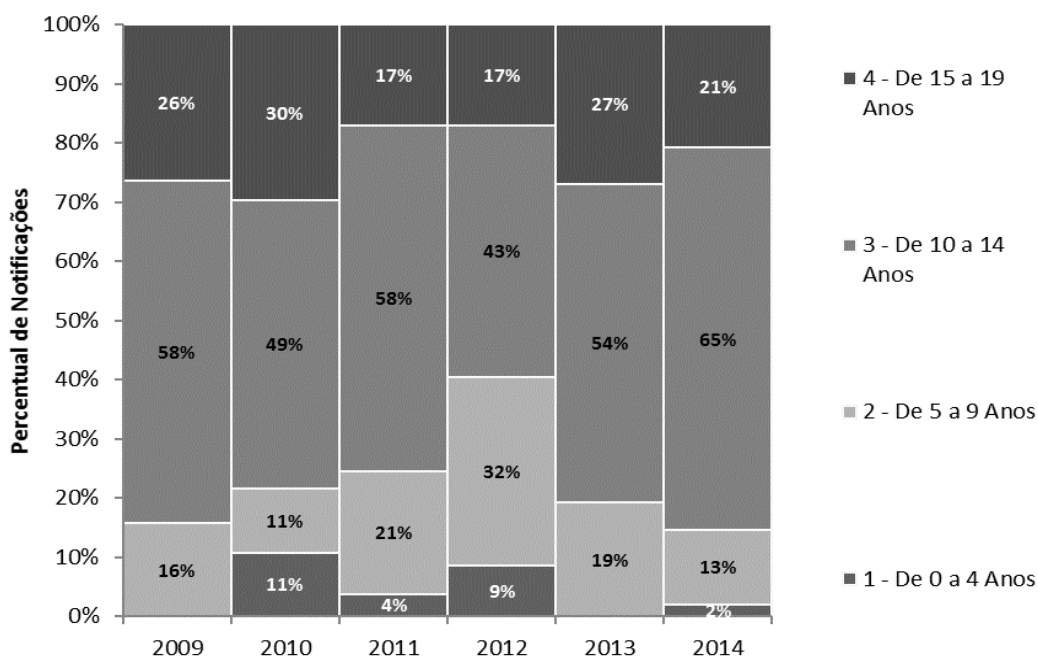


FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

#### 4.7.1.7. Exploração Sexual

A faixa etária de 10 a 14 anos ficou em primeiro lugar, no ano de 2009, em notificações de exploração sexual contra crianças e adolescentes, com 58% do total de casos registrados. Na sequência, estavam os grupos de 15 a 19 anos, com 29% das ocorrências, e o de 5 a 9 anos, com 16%. Em 2010, o grupo de 10 a 14 anos continuou líder do *ranking*, com 49% do total. Em segundo lugar, ficou o estrato de 15 a 19 anos, com 30%. Empatados em terceiro lugar, ficaram os estratos de 0 a 4 e de 5 a 9 anos, com 11% do total cada. Em 2011, a sequência de distribuição das faixas etárias, pela ordem de incidência de casos, foi: 10 a 14 anos, com 58%; 5 a 9 anos, com 21%; 15 a 19 anos, com 17%; e 0 a 4 anos, com 4%. No ano de 2013, ocorrem alterações significativas nas distribuições. Os três estratos representados são, pela ordem: 10 a 14 anos, com 54%; 15 a 19 anos, com 27%; e 2 a 5 anos, com 19%. No ano final da série 2014, a incidência de exploração sexual no grupo de 10 a 14 anos atingiu o maior percentual da série: 65% do total de casos registrados. O menor percentual, nesse ano, foi o do grupo de 0 a 4 anos, com 2% das ocorrências.

Gráfico 4.7.1.7.1: Distribuição das notificações de violência sexual: exploração sexual no sistema informações de agravo de notificação (SINAN) segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2009-

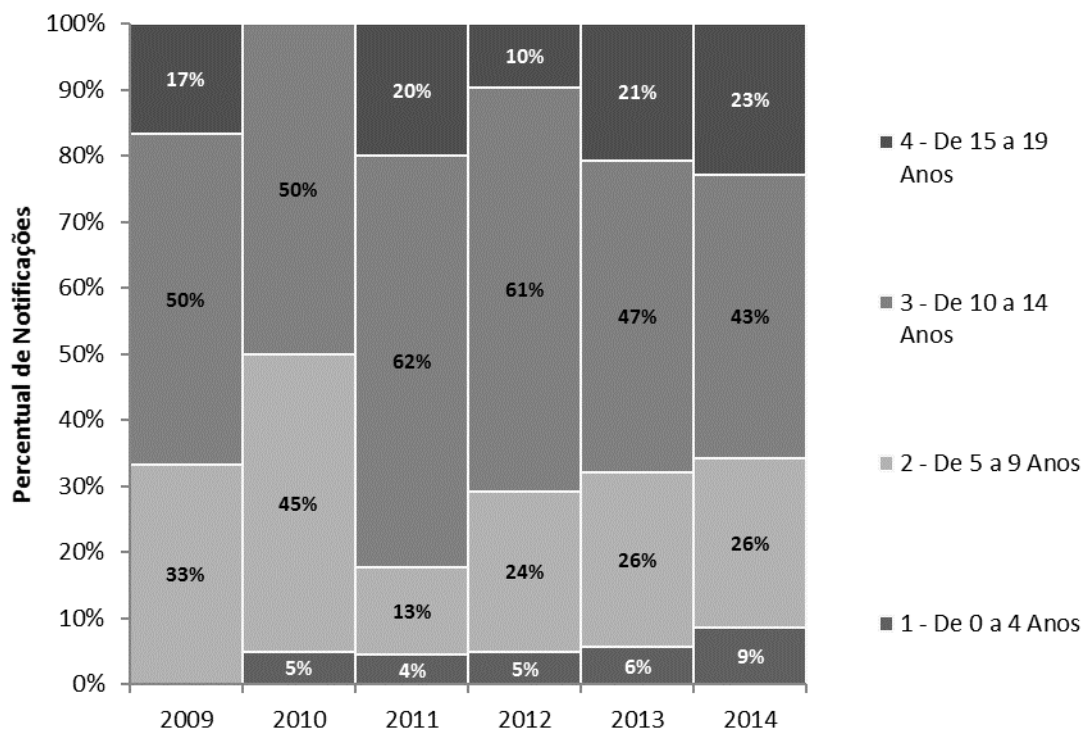


FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

#### **4.7.1.8. Trabalho Infantil**

Para o ano de 2009, a incidência de trabalho infantil ficou concentrada nas faixas etárias de 10 e 14 anos, com 50%; 2 a 5 anos, com 33%; e 15 a 19 anos, com 17% do total de registros. Em 2010, o grupo de 10 a 14 anos continuou liderando o ranking de trabalho infantil, com o mesmo percentual de 50%; vindo, na sequência, a faixa de 5 a 9 anos, com 45%; e o grupo de 0 a 4 anos, com 5% do total. Alterações significativas aconteceram nas distribuições dos grupos etários no ano de 2011. Houve aumento de casos na faixa de 10 a 14 anos, que passou a ser de 62% do total de registros. Em segundo lugar, vem o grupo de 15 a 19 anos, com 20%. Na sequência, ficaram os estratos de 2 a 5 anos, com 13%, e 0 a 4 anos, com 4% do total. Entre 2012 e 2014, ocorreram novas alterações nas distribuições etárias para os casos de trabalho infantil. Dessa forma, em 2014, o estrato de 10 a 14 anos, ainda liderando o ranking, teve uma queda para 43% do total de casos. O segundo lugar ficou com a faixa de 5 a 9 anos, com 26%. Completando a sequência, vem o grupo de 15 a 19 anos, com 23%, e o de 0 a 4 anos, com 9% do total de registros.

Gráfico 4.7.1.8.1 - Distribuição das notificações de trabalho infantil no sistema informações de agravo de notificação (SINAN), segundo faixas etárias, Rio Grande do Sul — 2009-14



FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

#### 4.7.1.9. Violência Doméstica<sup>49</sup>

De 2009 para 2010, ocorreu um aumento bastante expressivo no número de ocorrências de violência cujo autor foi a mãe, quando o total de ocorrências passou de 139 para 707, um crescimento de 408,6%. O ritmo de aumento de casos desse tipo diminuiu nos anos seguintes, porém o crescimento em valores absolutos é considerável, atingindo um máximo de 1968 casos em 2013. Por outro lado, em 2014, se verificou uma inversão na trajetória de crescimento da violência materna, havendo uma queda no número de ocorrências: 1479 casos, número inferior, portanto, ao de 2012, que foi de

<sup>49</sup> A ficha de notificação do SINAN referente à violência não possui um campo que identifique se a notificação se refere à violência doméstica. Dessa forma, neste diagnóstico, identificou-se a violência doméstica através do agressor, quais sejam: pai, mãe, padrasto, madrasta e irmão(ã).

1112 ocorrências. Comportamento semelhante à trajetória temporal da curva de violência materna se verificou para a curva de casos de violência paterna. De 147 casos ocorridos em 2009, o número salta para 519 em 2010, atingindo um máximo, em 2013, com 1400 casos notificados. Em 2014, há uma queda para 1030 ocorrências desse tipo. Os casos de violência por parte do padrasto saltam de 106, em 2009, para 395 em 2013, diminuindo para 323 ocorrências em 2014. Os registros de violência de irmãos partem de 35 casos, em 2009, atingindo 153 ocorrências em 2013, diminuindo para 141 no ano seguinte. A violência originada na madrasta é a menos expressiva das categorias analisadas, partindo de 6 casos em 2009 para 46 em 2012, reduzindo-se para 29 casos em 2013, aumentando para 37 no ano seguinte.

Gráfico 4.7.1.9.1 – Notificações de violência cujo provável autor foi o pai, e/ou a mãe, e/ou o padrasto, e/ou a madrasta, e/ou o irmão, de pessoas de 0 a 19 anos no sistema de agravo de notificações (SINAN), segundo provável agressor, Rio Grande do Sul — 2009-14

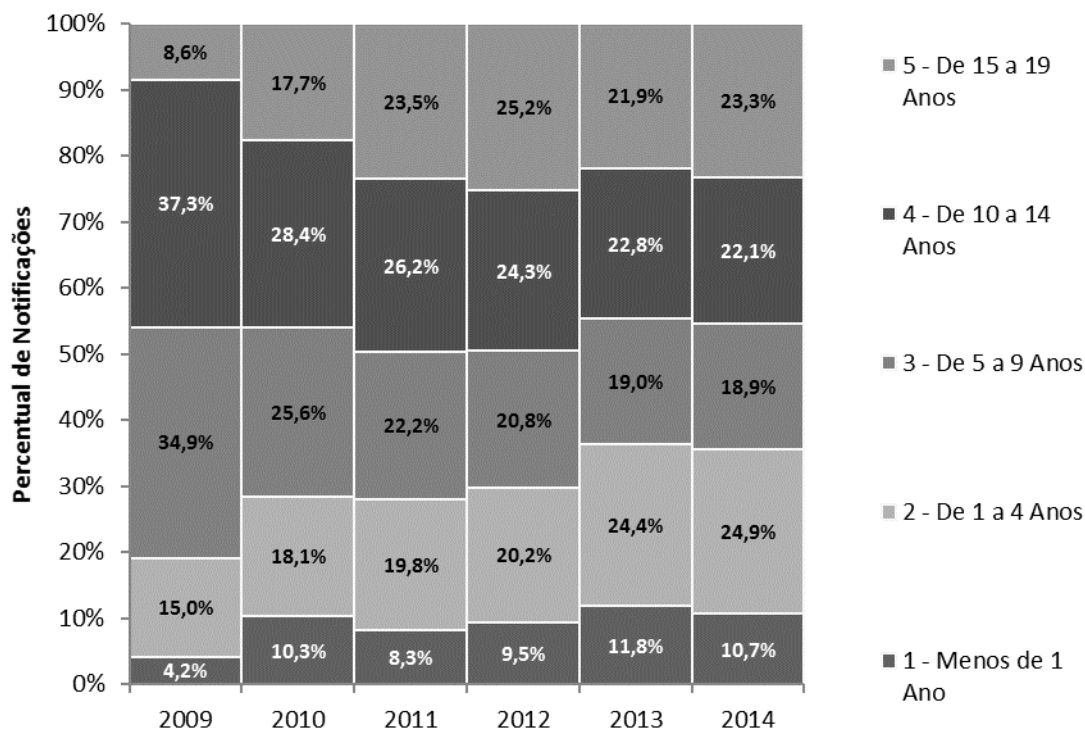


FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

A distribuição das notificações de violência ocorridas na residência, por faixa etária, mostra que, no ano de 2009, a faixa etária com maior incidência de

casos foi a de 10 a 14 anos, com 37,3% do total de ocorrências. Em segundo lugar, vem o grupo de 5 a 9 anos, com 34,9% do total. Em seguida, vem o estrato de 1 a 4 anos, com 15% do número de casos. Em quarto lugar, vem o grupo de 15 a 19 anos, representando 8,6% do número de ocorrências. Por último, ficou a faixa de menos de 1 ano, com 4,2% do total. Em 2010 acontecem alterações significativas nas distribuições. A faixa etária que lidera o número de casos permaneceu sendo a de 10 a 14 anos, desta vez, com percentual menor em relação a 2009, com 28,4% do total. O segundo lugar continuou com o grupo de 5 a 9 anos, com 25,6% do número de ocorrências. Na sequência vem o estrato de 1 a 4 anos, com 18,1%. Em quarto lugar, a faixa etária de 15 a 19 anos registrou um aumento expressivo no número de registros, em relação ao ano anterior, ficando com 17,7% do total de casos. Ao longo dos anos, acontecem novas mudanças nas distribuições percentuais que alteram o ranking. Assim, em 2014, a faixa etária que passa a figurar em primeiro lugar no registro de ocorrências é aquela de 1 a 4 anos, com 24,9% do total. Com percentual próximo, o estrato de 15 a 19 anos vem em segundo lugar, com 23,3%. Na sequência, com 22,1%, vem o grupo de 10 a 14 anos. Em quarto lugar, vem o estrato de 5 a 9 anos, com 18,9%. Em último, vem a faixa de menos de 1 ano, com 10,7% do número de casos notificados.

Gráfico 4.7.1.9.2 – Notificações de violência ocorridas na residência, de pessoas de 0 a 19 anos no sistema de agravo de notificações (SINAN), segundo faixa etária, Rio Grande do Sul — 2009-14

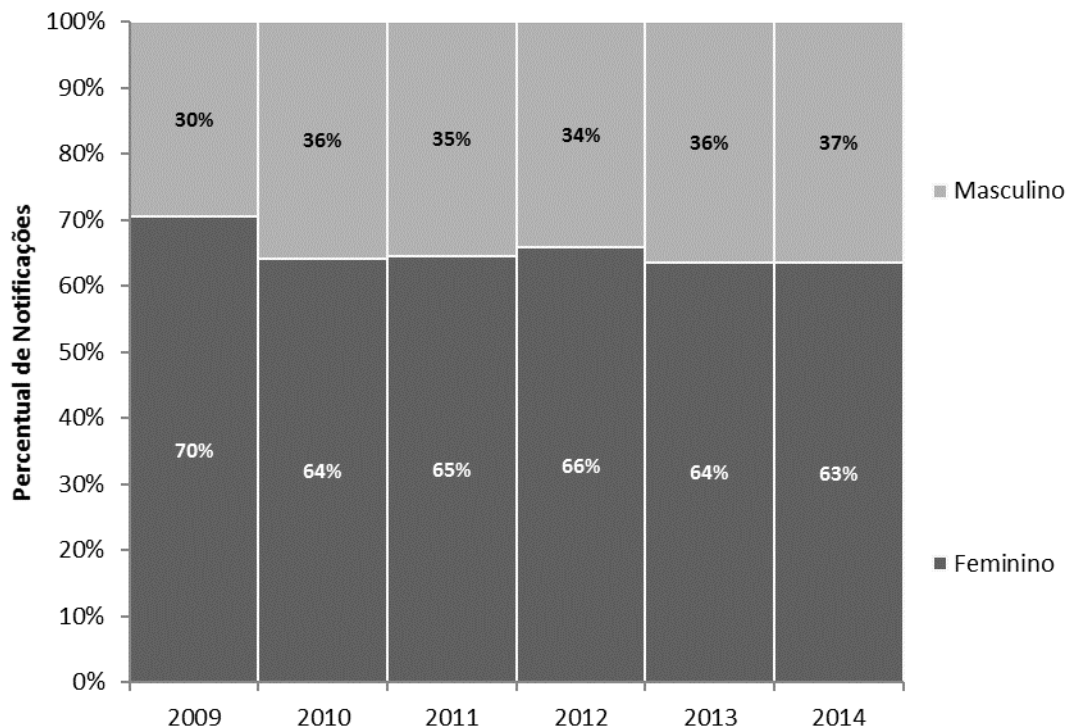


FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

Os casos de violência ocorridas na residência incidem majoritariamente nas crianças e adolescentes do sexo feminino, de 0 a 19 anos. O percentual de vítimas do sexo feminino era de 70% em 2009, reduzindo-se o percentual para 63% em 2014.



Gráfico 4.7.1.9.3 – Notificações de violência ocorridas na residência, de pessoas de 0 a 19 anos no sistema de agravo de notificações (SINAN), segundo sexo, Rio Grande do Sul — 2009-14



FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net.

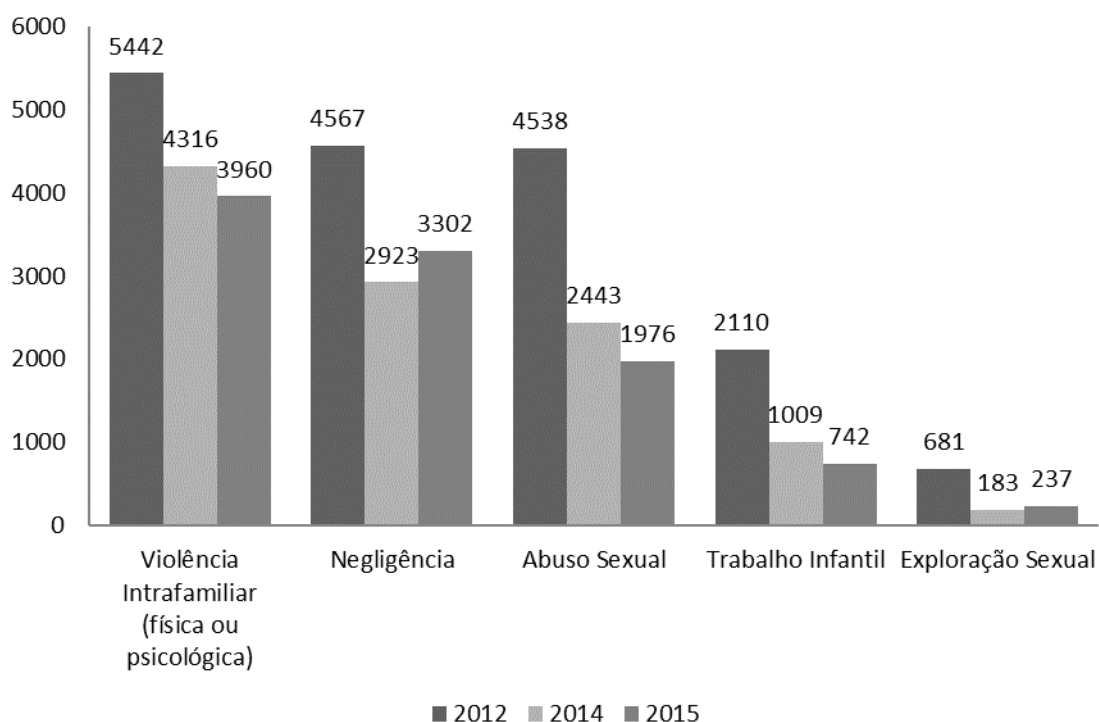
#### 4.7.2. Registros Mensais de Atendimento (CREAS)

A seguir serão apresentados os casos de violação de direitos a crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul a partir dos dados enviados pelo DAS/SDSTJDH/RS.

O gráfico apresenta o número de casos de violação dos direitos humanos, contra crianças e adolescentes, por tipo de violência para os anos de 2012, 2014 e 2015. Pode se perceber que a tendência é de queda no número de casos verificados, com exceção dos casos de negligência e de exploração sexual, que tiveram aumento no ano de 2015 em relação a 2014. A violência intrafamiliar lidera o número de notificações, com 5442 casos em 2012, número que declina para 3960 em 2015. Em segundo lugar, vem os casos de negligência, com 4567 casos em 2012, caindo para 2923 em 2014, com

elevação para 3302 casos em 2015. Na sequência, vem o abuso sexual, com 4538 ocorrências em 2012, diminuindo para 1976 casos em 2015. Na sequência, vem o trabalho infantil, com 2110 casos em 2012, reduzindo para 742 ocorrências em 2015. Por último, a exploração sexual, com 681 casos em 2012, apresentou elevação, chegando a 237 ocorrências em 2015.

Gráfico 4.7.2.1 – Número de atendimentos por violação de direitos, segundo tipos de violência, Rio Grande do Sul — 2012, 2014 e 2015

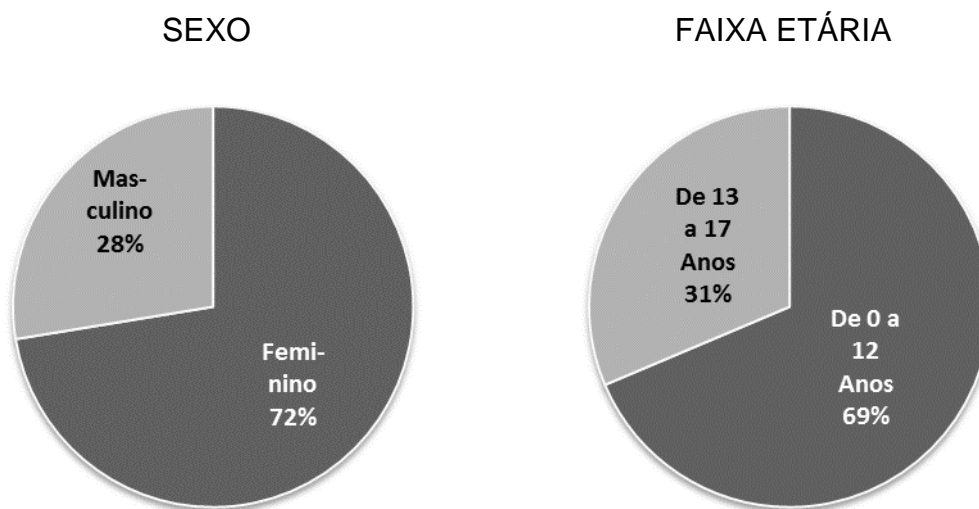


FONTE: Ministério do Desenvolvimento Social, Registro Mensal de Atendimentos (RMA) dos CREAS.

#### 4.7.2.1 Abuso sexual

A violência por abuso sexual, nos anos de 2012, 2014 e 2015, atinge de forma majoritária as crianças e adolescentes do sexo feminino, com 72% dos casos verificados. Já a faixa etária com maior incidência é aquela entre 0 e 12 anos, de ambos os sexos, com 69% das ocorrências.

Figura 4.7.2.1.1 - Distribuição (média do período) dos atendimentos por violação de direitos: abuso sexual, segundo sexo e faixa etária, Rio Grande do Sul — 2012, 2014 e 2015

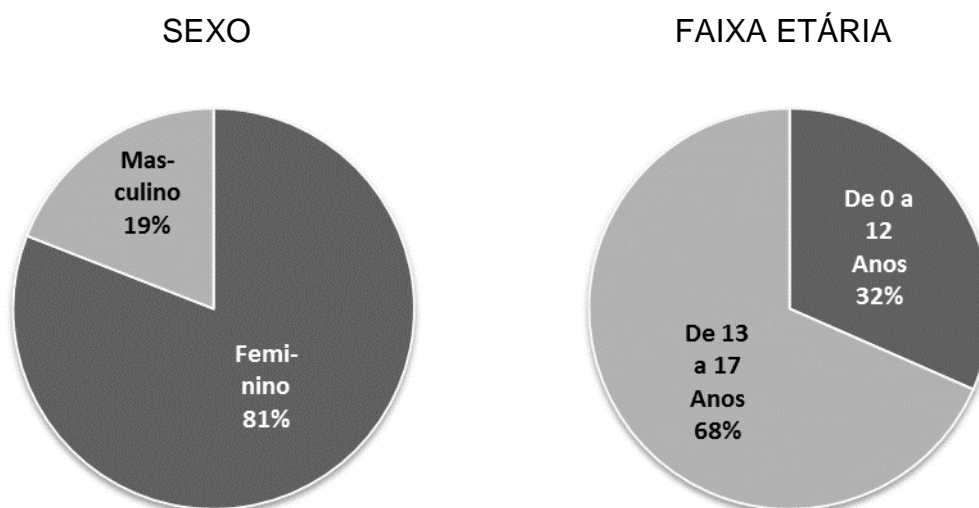


FONTE: Ministério do Desenvolvimento Social, Registro Mensal de Atendimentos (RMA) dos CREAS.

#### 4.7.2.2 Exploração sexual

A exploração sexual, nos anos analisados, tem como alvo majoritário as crianças e adolescentes do sexo feminino, com 81% dos registros de casos. A faixa etária mais atingida, de ambos os sexos, por esse tipo de violência é aquela entre 13 e 17 anos, com 68% das ocorrências.

Figura 4.7.2.2.1 - Distribuição (média do período) dos atendimentos por violação de direitos: exploração sexual, segundo sexo e faixa etária, Rio Grande do Sul — 2012, 2014 e 2015

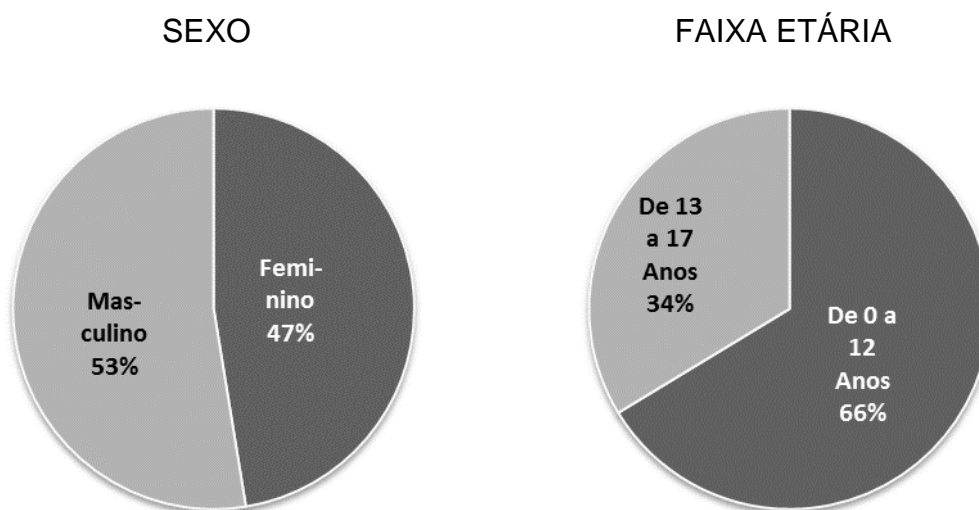


FONTE: Ministério do Desenvolvimento Social, Registro Mensal de Atendimentos (RMA) dos CREAS.

#### 4.7.2.3. Negligência

O percentual dos casos de negligência atinge crianças e adolescentes de ambos os sexos de modo quase semelhante, com 53% das vítimas sendo do sexo masculino e 47% do sexo feminino. O grupo etário mais atingido é aquele entre 0 a 12 anos, com 66% dos casos registrados.

Figura 4.7.2.3.1 - Distribuição (média do período) dos atendimentos por violação de direitos: negligência, segundo sexo e faixa etária, Rio Grande do Sul — 2012, 2014 e 2015

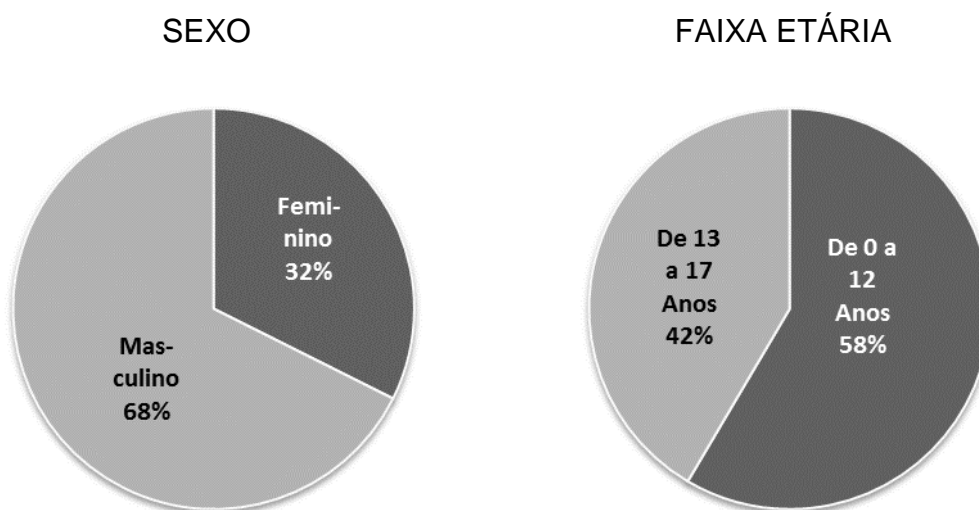


FONTE: Ministério do Desenvolvimento Social, Registro Mensal de Atendimentos (RMA) dos CREAS.

#### 4.7.2.4. Trabalho infantil

O trabalho infantil tem maior incidência entre as crianças e adolescentes do sexo masculino, com 68% do total de casos verificados. A faixa etária de 0 a 12 anos, de ambos os sexos, registra o maior percentual de casos desse tipo, com 58% das ocorrências.

Figura 4.7.2.4.1 - Distribuição (média do período) dos atendimentos por violação de direitos: trabalho infantil, segundo sexo e faixa etária, Rio Grande do Sul — 2012, 2014 e 2015

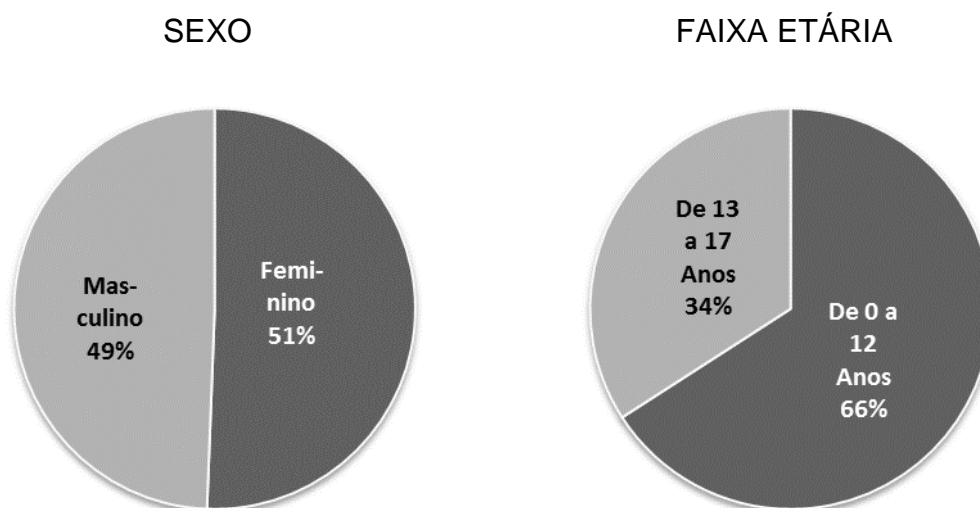


FONTE: Ministério do Desenvolvimento Social, Registro Mensal de Atendimentos (RMA) dos CREAS.

#### 4.7.2.5. Violência intrafamiliar (física ou psicológica)

A violência intrafamiliar atinge, de modo quase idêntico, crianças e adolescentes de ambos os sexos, com 51% dos alvos sendo do sexo masculino e 49% do sexo feminino. A faixa etária mais atingida é aquela entre 0 e 12 anos.

Figura 4.7.2.5.1 - Distribuição (média do período) dos atendimentos por violação de direitos: violência intrafamiliar, segundo sexo e faixa etária, Rio Grande do Sul — 2012, 2014 e 2015

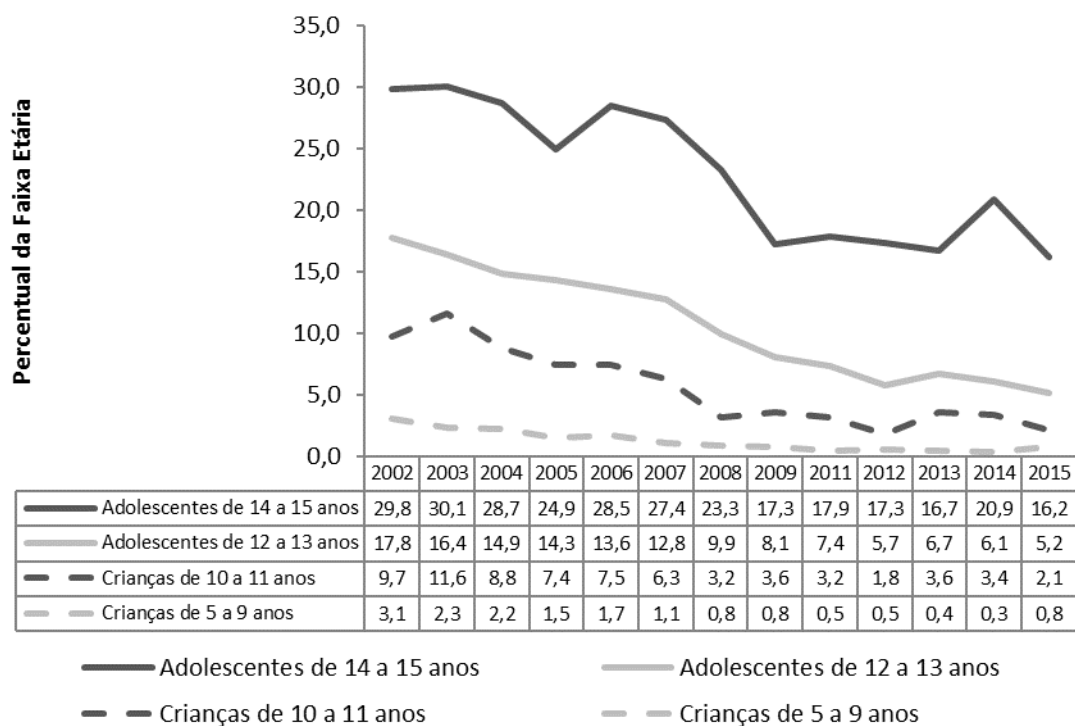


FONTE: Ministério do Desenvolvimento Social, Registro Mensal de Atendimentos (RMA) dos CREAS.

### 4.7.3. Trabalho Infantil

Gráfico 4.7.3.1 – Percentual de crianças e adolescentes de 5 a 15 anos que são economicamente ativos<sup>50</sup>, segundo faixa etária, Rio Grande do Sul — 2002-09 e 2011-15

<sup>50</sup> Crianças ou adolescentes que trabalham ou procuram trabalho. A PNAD não investiga se as crianças de 5 a 9 anos procuram trabalho, apenas investiga se elas trabalham ou não.

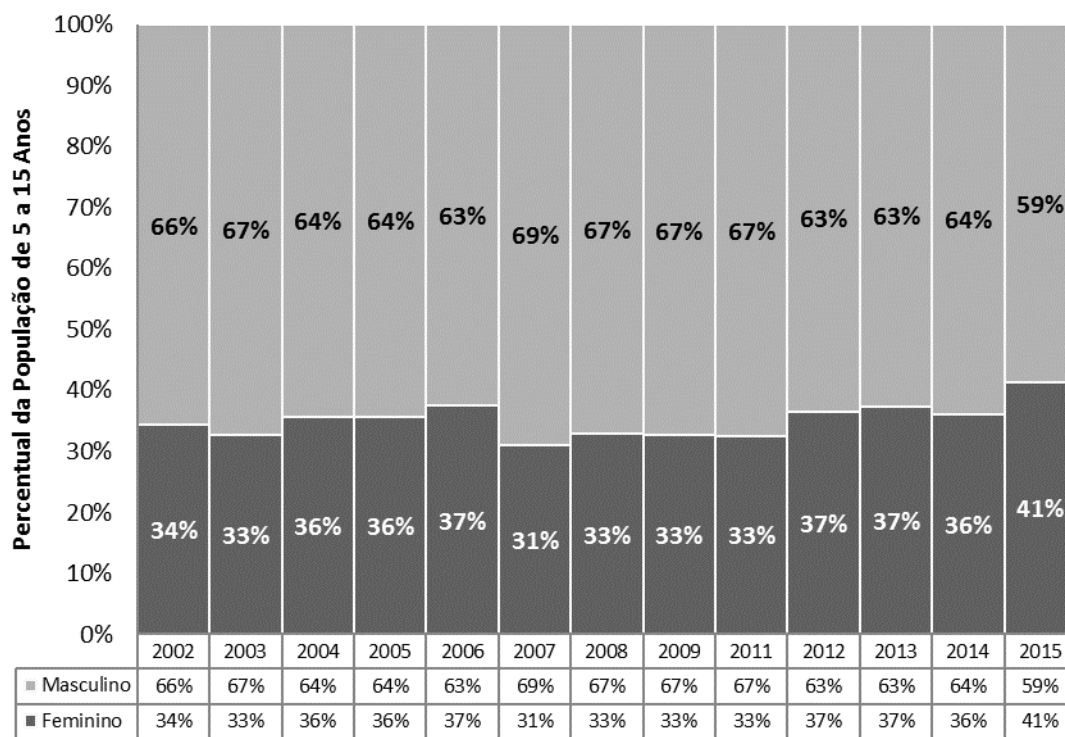


FONTE: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

Embora, desde 2002, haja uma trajetória descendente, o RS ainda é destaque negativo com relação ao trabalho infantil, sendo um dos estados de maior proporção de crianças e adolescentes participando do mercado de trabalho. Considera-se economicamente ativa a pessoa que trabalha ou procura ocupação no período de referência da pesquisa. Não há informação disponível, entretanto, sobre desemprego de crianças menores de 10 anos. A participação no mercado de trabalho de crianças e jovens está intimamente relacionada com as condições sociais das famílias, o que contribui para o perverso ciclo de reprodução de desigualdades em função da relação direta do trabalho infantil com o abandono e reprovação escolar.



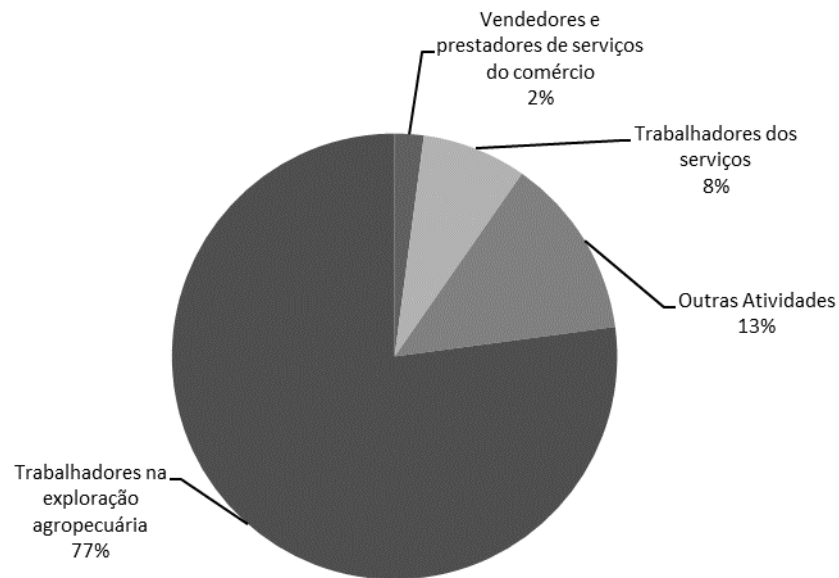
Gráfico 4.7.3.2 – Distribuição das pessoas de 5 a 15 anos que trabalham e/ou são economicamente ativas, segundo sexo, Rio Grande do Sul — 2002-09 e 2011-15



FONTE: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

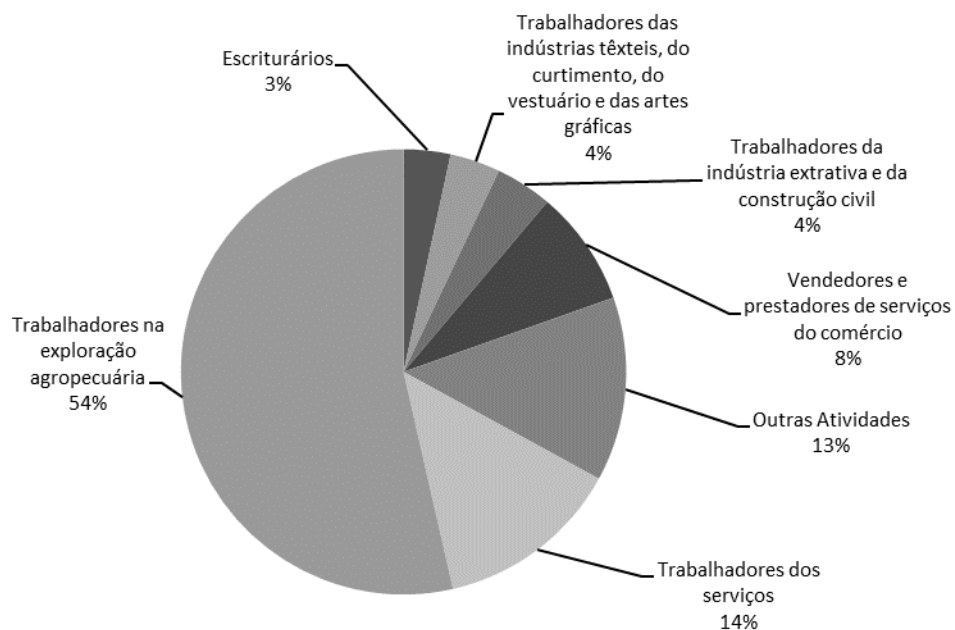
A forma como o trabalho manifesta-se nas diferenças de gênero é estável ao longo do período de análise. Em geral, os homens têm maior probabilidade de participarem do mercado de trabalho enquanto crianças ou jovens. Tal fato acaba contribuindo para que as mulheres, em média, possuam mais anos de escolaridades que os homens. Vale ressaltar, no entanto, que, também para estas faixas etárias, o tempo gasto em afazeres domésticos é maior para as meninas.

Gráfico 4.7.3.3 – Distribuição (média do período) das crianças de 5 a 9 anos que trabalham, segundo a ocupação exercida, Rio Grande do Sul — 2002-09 e 2011-15



FONTE: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

Gráfico 4.7.3.4 – Distribuição (média do período) das pessoas de 10 a 15 anos que trabalham, segundo a ocupação exercida, Rio Grande do Sul — 2002-09 e 2011-15



FONTE: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

A agropecuária é a atividade que ocupa a maior parte das crianças e adolescentes que participam do mercado de trabalho. Esta relação é ainda mais forte para os mais jovens, já que os adolescentes tendem a ter maior inserção no setor de serviços a partir dos 14 anos, idade em que é permitido o trabalho na condição de menor aprendiz. A alta concentração na agropecuária pode ser em decorrência, além de questões culturais, da menor fiscalização existente em zonas rurais. Essas atividades são ainda consideradas as de maior risco para os jovens em função do trabalho caracterizado pelo excesso de esforço físico e manuseio de produtos químicos, como pesticidas.

#### **4.8. Acolhimento Institucional**

Nesta seção, serão apresentados dados relativos ao acolhimento institucional de crianças e adolescentes. Em um primeiro momento, serão exibidos dados do Relatório da Infância e Juventude (2013), elaborado pelo Conselho Nacional do Ministério Público, em relação aos serviços de acolhimento institucional (SAI) no RS, assim como do Censo Suas (MDS), de 2015. Na sequência, são apresentados dados constantes no Cadastro Nacional de Crianças Acolhidas (CNCA), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), destacando-se o número de entidades de acolhimento, de acolhimentos e desligamentos no ano de 2016. Serão demonstrados dados da Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul (Fundação Proteção) referentes à população atendida; à população atendida, segundo sexo e faixa etária; os motivos que levaram ao ingresso na Fundação Proteção; à distribuição da população atendida, segundo motivo de ingresso e tempo de permanência; o número de desligamentos e os motivos para o desligamento. Por fim, serão abordados dados relativos à adoção, como o número de crianças e adolescentes disponíveis para adoção, segundo idade; a distribuição de crianças e adolescentes disponíveis para adoção, segundo sexo, raça/cor e tipos de doenças e/ou deficiências detectadas no momento do cadastro. Segundo consta no Relatório da Infância e Juventude (2013), elaborado pelo Conselho Nacional do Ministério Público, o “serviço de acolhimento destina-se

ao acolhimento provisório de crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção, até que seja viabilizado o retorno ao convívio com a família de origem ou, na sua impossibilidade, encaminhamento para família substituta” (CNMP, 2013, p. 13).

Segundo os dados do relatório, o Rio Grande do Sul possuía, em 2013, 186 serviços de acolhimento institucional (SAI), com capacidade total para 3.829 crianças e adolescentes e com 2.968 em atendimento. Entre estes serviços, o acolhimento institucional, na modalidade abrigo (destinada ao atendimento de grupos de até 20 crianças e/ou adolescentes), oferecia atendimento para 3.236 e atendia 2.549. Ainda conforme o relatório, o estado gaúcho possuía 14 famílias acolhedoras<sup>51</sup> cadastradas e 13 em atuação. Existiam em 2013, 21 casas-lares<sup>52</sup> no Rio Grande do Sul, com capacidade de atendimento para 593 crianças e adolescentes e 419 atendidos.

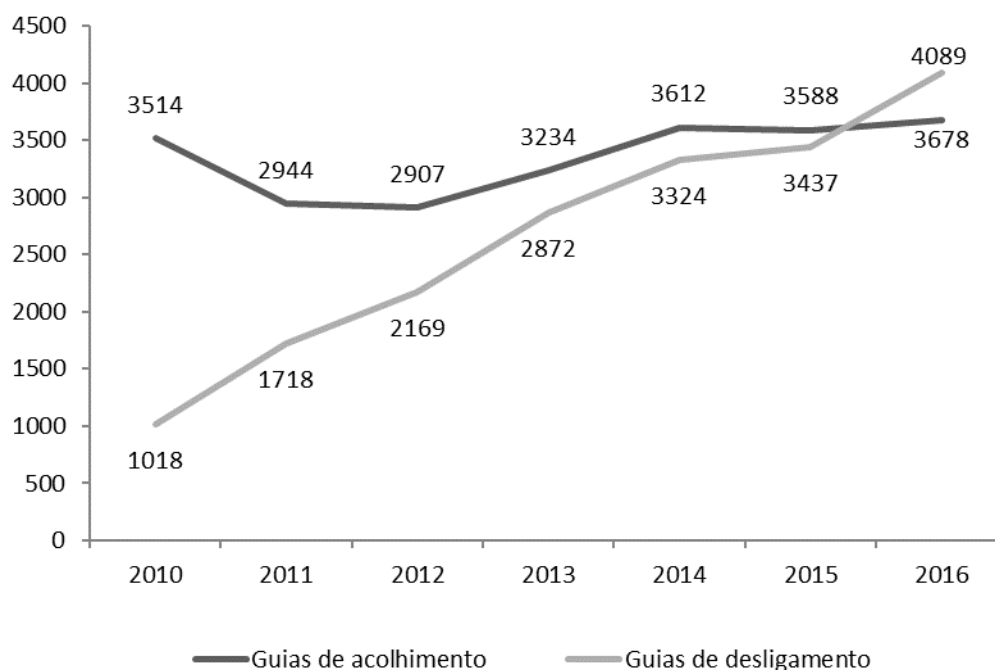
Conforme os dados do Censo Suas (MDS), o estado possuía 431 serviços de acolhimento em 2015. No Cadastro Nacional de Crianças Acolhidas (CNCA), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em relatório do dia 27 de março de 2017, o Rio Grande do Sul possuía 410 entidades de acolhimento e 4.819 acolhidos. A partir das guias de acolhimentos e desligamentos do CNCA (gráfico 4.8.1), é possível observar que os desligamentos ultrapassam os acolhimentos no ano de 2016.

---

<sup>51</sup> A família acolhedora cadastrada acolhe voluntariamente a criança e/ou adolescente retirado de sua família (para sua proteção), pelo tempo que for necessário, assegurando-lhe a convivência familiar e comunitária (CNMP, 2013, p. 15).

<sup>52</sup> É um tipo de acolhimento, em unidade residencial, no qual “pelo menos uma pessoa ou casal trabalha como educador/cuidador residente – em uma casa que não é a sua – prestando cuidados a um grupo de até 10 crianças e/ou adolescentes” (CNMP, 2013, p. 14).

Gráfico 4.8.1 – Quantidade de guias de acolhimentos e de desligamentos do cadastro nacional de crianças acolhidas, Rio Grande do Sul — 2010-16

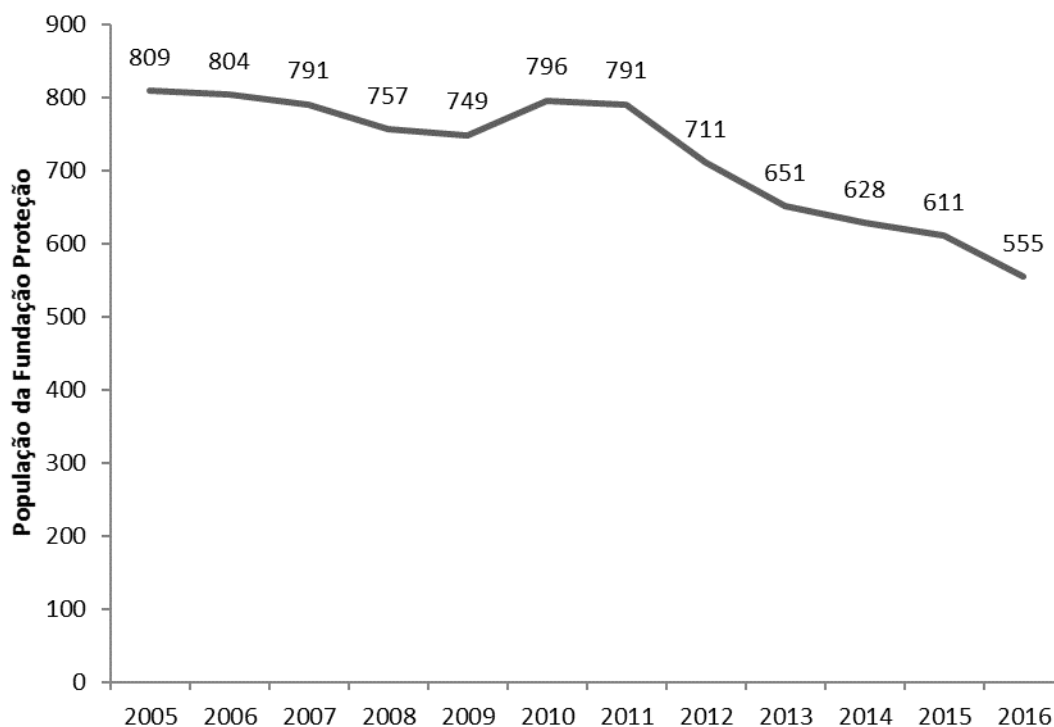


FONTE: Conselho Nacional de Justiça, Cadastro Nacional de Crianças Acolhidas.

No âmbito do poder público estadual, a Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul (Fundação Proteção), criada através do Decreto nº 41.561/2002, executa medidas de proteção social especial (de alta complexidade), através do atendimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade encaminhados para acolhimento institucional. A Fundação Proteção possui abrigos residenciais (em Porto Alegre e em Uruguaiana), institucionais (em Porto Alegre) e atendimento em meio aberto (em Taquari).

No gráfico 4.8.2, referente à população atendida, no período de 2005 a 2016, é possível verificar uma diminuição no número de crianças e adolescentes atendidos pela Fundação Proteção, especialmente a partir do ano de 2011.

Gráfico 4.8.2 – População atendida na Fundação Proteção, Rio Grande do Sul  
— 2005-16

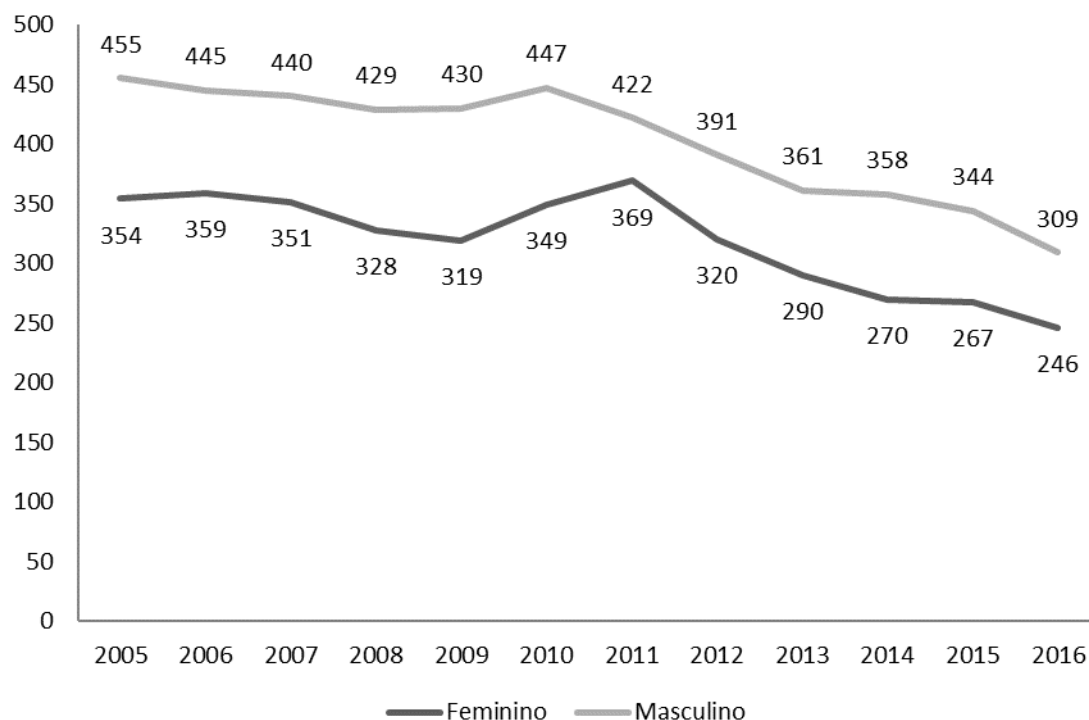


FONTE: Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul.

Em todo o período em análise, as crianças e adolescentes do sexo masculino aparecem em maior número em relação às do sexo feminino (gráfico 4.8.3). A faixa etária dos 12 aos 15 anos prevalece em quase toda a série analisada; a partir de 2013, as pessoas maiores de 21 anos<sup>53</sup> são a população que configuram como maior número de atendidos (gráfico 4.8.3).

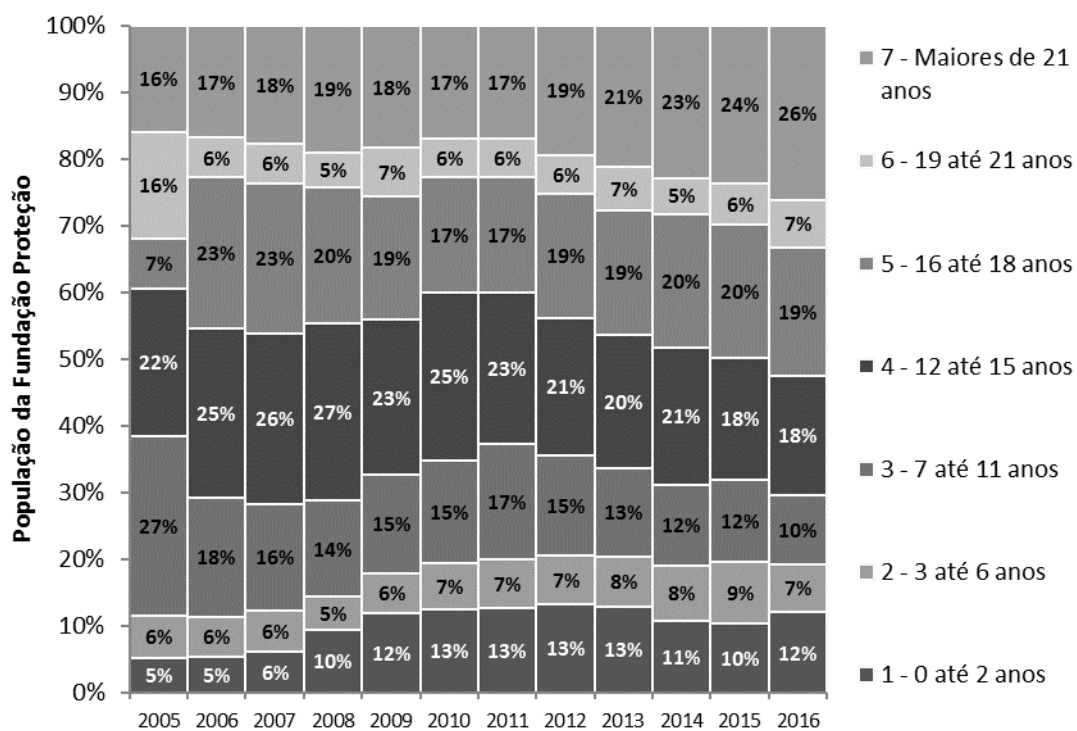
<sup>53</sup> De acordo com informações dos técnicos da Fundação Proteção, todas as pessoas acima de 18 anos que permanecem na instituição são pessoas com deficiência.

Gráfico 4.8.3 – População atendida na Fundação Proteção, segundo sexo, Rio Grande do Sul — 2005-16



FONTE: Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul.

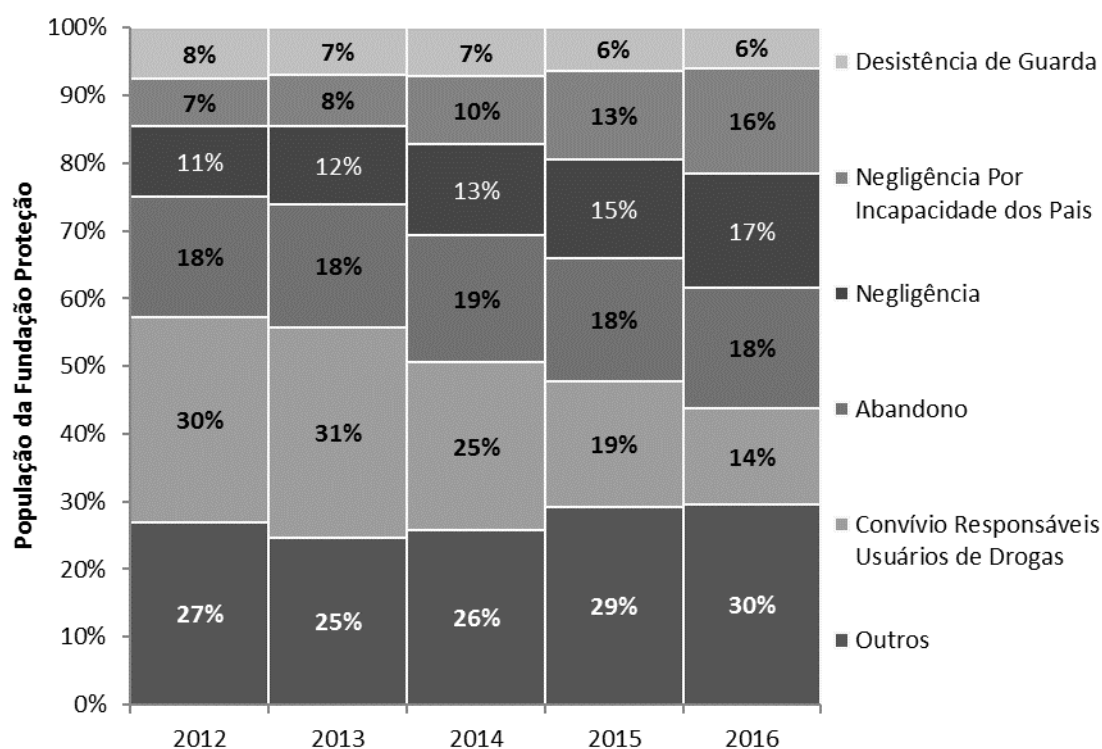
Gráfico 4.8.4 – Distribuição da população atendida na Fundação Proteção, segundo faixa etária, Rio Grande do Sul — 2005-16



FONTE: Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul.

Os motivos que levaram as crianças e os adolescentes ao ingresso na Fundação Proteção são variados (gráfico 4.8.5). Em 2012 e 2013, o convívio com responsáveis usuários de drogas foi o principal motivo (representando 30% e 31%, respectivamente). A categoria "outros" foi a mais recorrente de 2014 a 2016. Depois deste motivo, os demais figuraram na seguinte ordem (em 2014 e 2015): convívio responsáveis usuários de drogas (25% e 19%); abandono (19% e 18%); negligência (13% e 15%); negligência por incapacidade dos pais (10% e 13%) e desistência de guarda (7% e 6%). Em 2016, abandono foi o segundo motivo de ingresso mais recorrente (18%), seguido por negligência (17%).

Gráfico 4.8.5 – Distribuição da população atendida na Fundação Proteção, segundo motivo de ingresso, Rio Grande do Sul — 2012-16



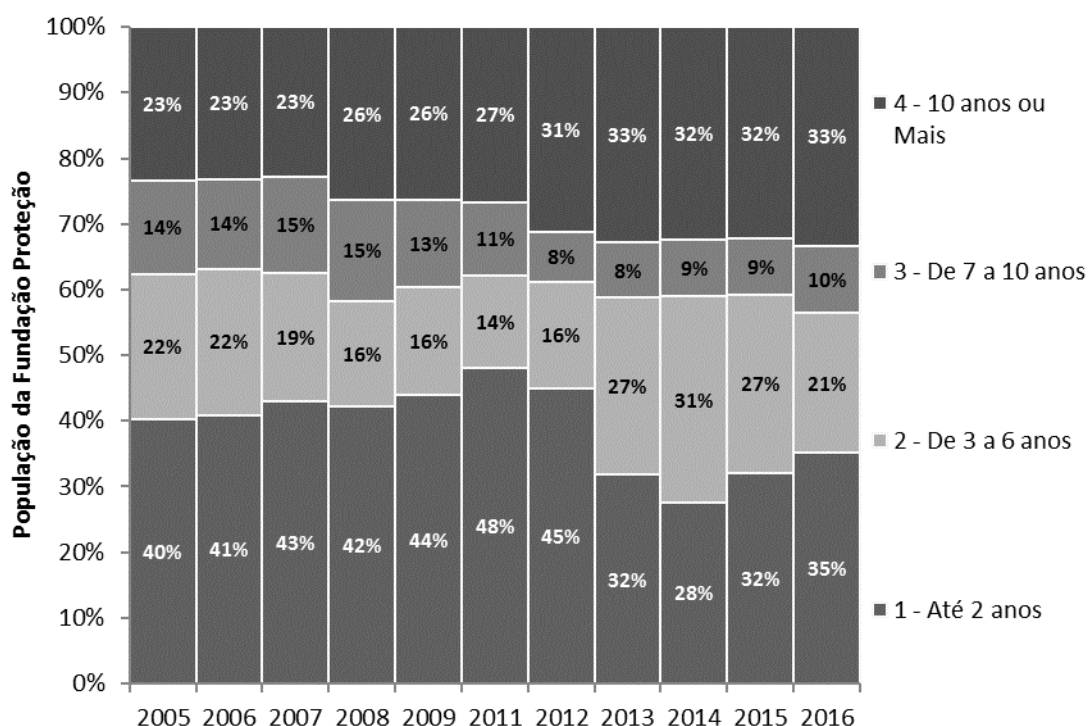
FONTE: Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul.

No gráfico 4.8.6 é possível perceber que o tempo de permanência prevaiente na Fundação Proteção, de 2005 a 2012, foi de "até 2 anos". Em



2013, o tempo categorizado como "10 anos ou mais" correspondeu a 33% do total (mantendo-se estável até 2016), seguido pelo "até 2 anos" (32%) e de "3 a 6 anos" (27%), este último apresentou uma queda em 2016 (correspondendo a 21% do total do tempo de permanência na instituição).

Gráfico 4.8.6 – Distribuição da população da população atendida na Fundação Proteção, segundo tempo de permanência<sup>54</sup>, Rio Grande do Sul — 2005-09 e 2011-16

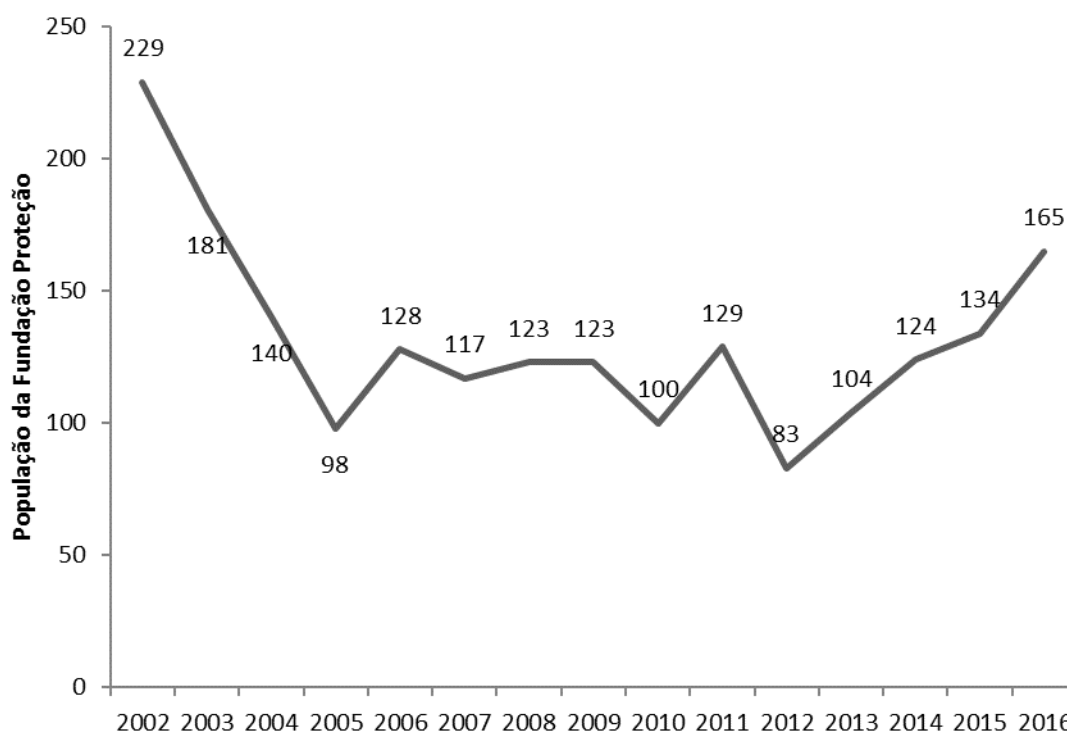


FONTE: Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul.

O número de desligamentos da população atendida na instituição caiu significativamente entre 2002 e 2005 (-57,2%), elevando-se a partir de 2005, com algumas oscilações. Em 2012, o número de desligados caiu novamente (-35,7% em relação ao ano anterior), crescendo a partir de 2013 em diante.

<sup>54</sup> Informação de 2010 não disponível.

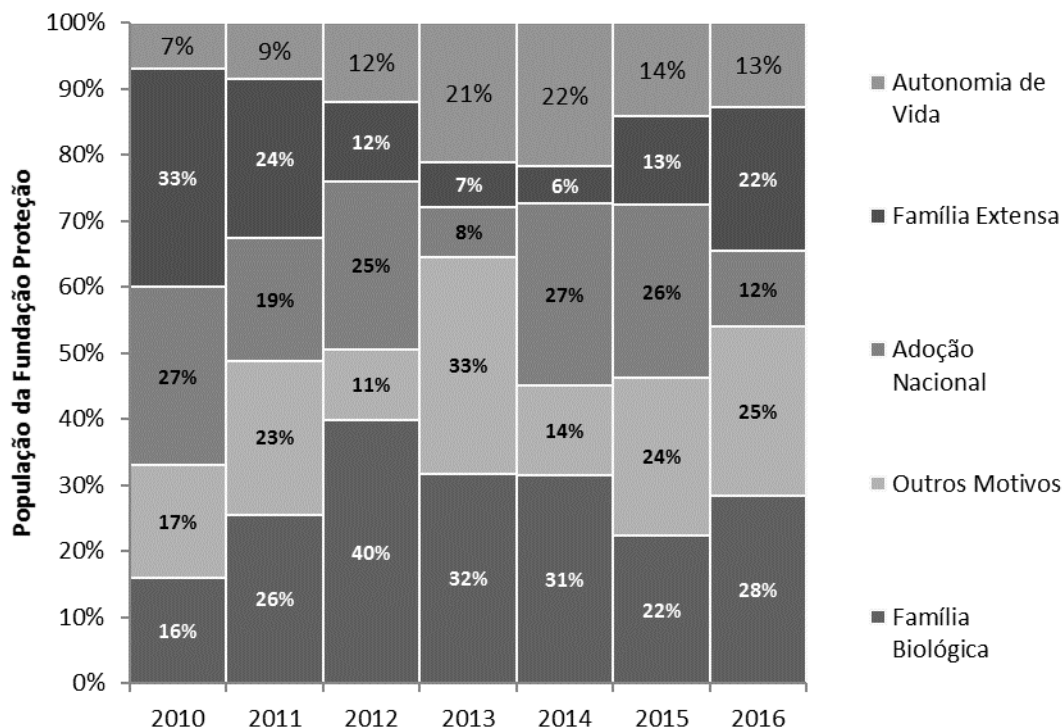
Gráfico 4.8.7 - Número de desligamentos na Fundação Proteção, Rio Grande do Sul — 2002-16



FONTE: Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul.

Em relação aos motivos para o desligamento das crianças e adolescentes da Fundação (gráfico 4.8.8), é possível observar que, em 2010, a maior parte dos desligados (33%) foi para sua família extensa (formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade); 27% foram encaminhados para adoção em território nacional. Em 2011, 26% dos desligados retornou à sua família biológica e 24% à família extensa. Em 2012, 40% retornou à família biológica e 25% foi para adoção nacional. Outros motivos foi o que prevaleceu em 2013 (33%), seguido por retorno à família biológica (32%). Retorno à família biológica é o principal motivo dos desligados em 2014 e 2016 (aparecendo em terceira posição em 2015); adoção nacional é o segundo motivo em 2014 (27%) e o primeiro em 2015.

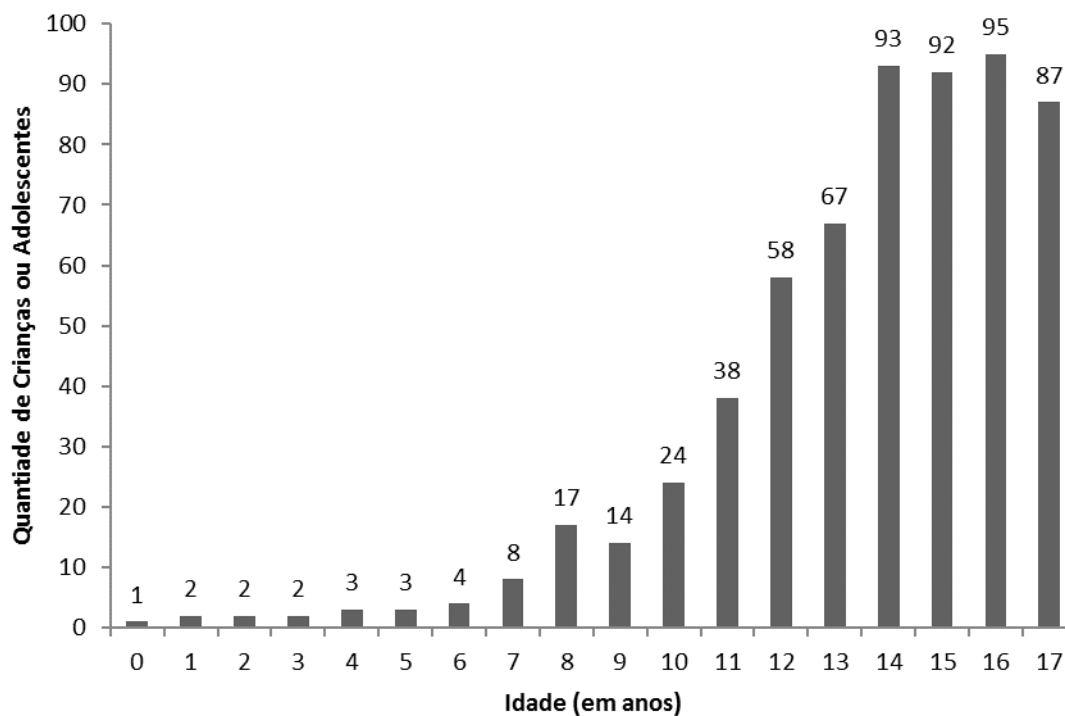
Gráfico 4.8.8 – Distribuição do número de desligamentos na Fundação Proteção, segundo motivos, Rio Grande do Sul — 2010-16



FONTE: Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul.

Em relação ao número de crianças e adolescentes gaúchas disponíveis para adoção no RS, a partir das informações disponíveis no relatório de dados estatístico do Cadastro Nacional de Adoção, no ano de 2017, a faixa etária dos adolescentes é a que prevalece no período, especialmente a partir dos 14 aos 17 anos. Em relação à faixa de 0 a 6 anos o número de crianças disponíveis para adoção é menor em relação aos demais, pois em geral essas são as crianças com o “perfil” mais procurado para adoção e, quando não adotadas, podem ser em virtude de algum problema grave de saúde ou, então, por estarem vinculadas a grupos de irmãos.

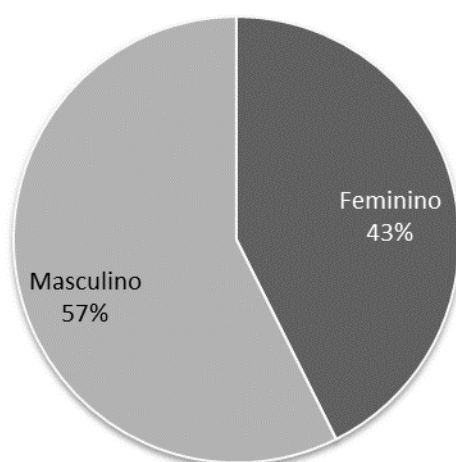
Gráfico 4.8.9 – Crianças e Adolescentes disponíveis para adoção, segundo idade, Rio Grande do Sul — 2017



FONTE: Cadastro Nacional de Adoção, Relatório de dados estatístico.

A maioria das crianças e adolescentes gaúchas disponíveis para adoção no RS, em 2017, pertencem ao sexo masculino (57%).

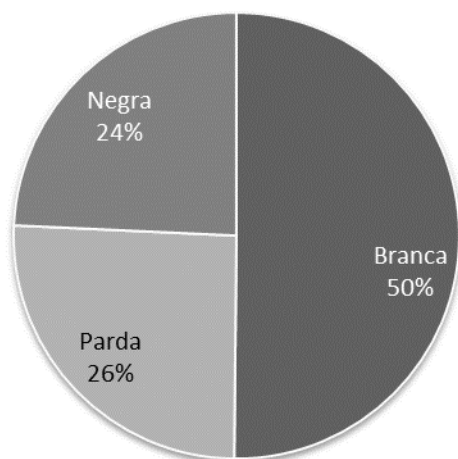
Gráfico 4.8.10 – Distribuição de crianças e adolescentes disponíveis para adoção, segundo sexo, Rio Grande do Sul — 2017



FONTE: Cadastro Nacional de Adoção, Relatório de dados estatístico.

Quanto à raça/cor, 50% das crianças e adolescentes disponíveis para adoção no RS são brancas, 26% pardas e 24% negras.

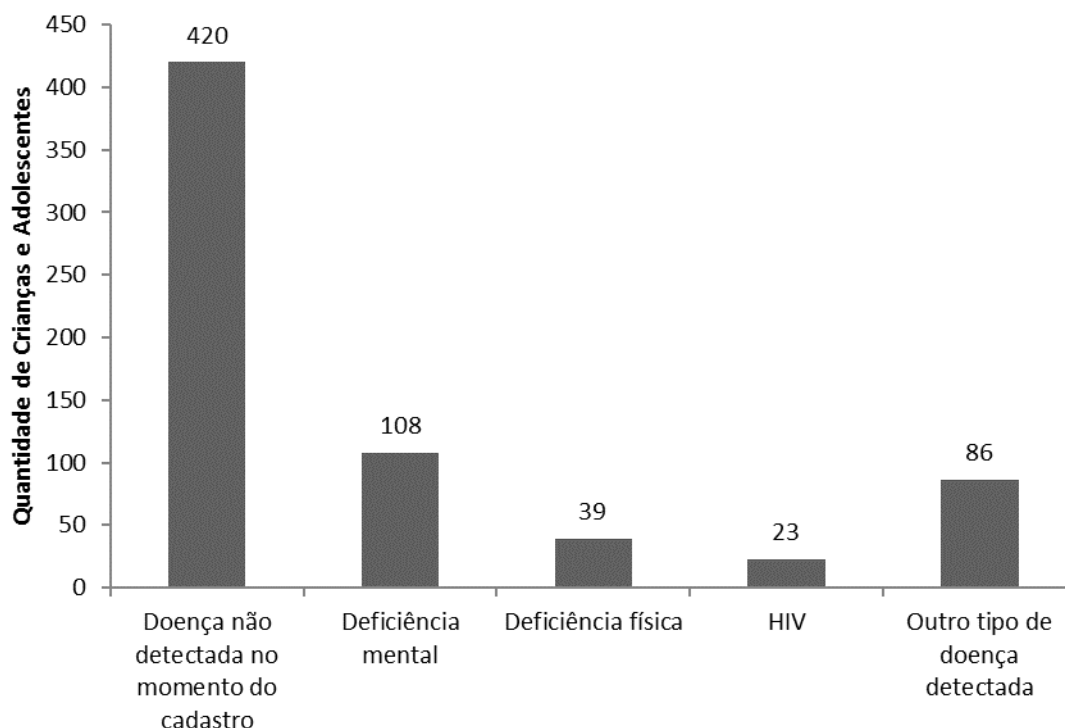
Gráfico 4.8.11 – Distribuição de crianças e adolescentes disponíveis para adoção, segundo raça/cor, Rio Grande do Sul — 2017



FONTE: Cadastro Nacional de Adoção, Relatório de dados estatístico.

Entre os tipos de doenças e/ou deficiências detectadas no momento do cadastro entre as crianças e os disponíveis para adoção em 2017, prevalecem, do maior para o menor, o que segue: doença e/ou deficiência não detectada no momento do cadastro (420 casos); deficiência mental (108 casos); outro tipo doença e/ou deficiência não detectada (86 casos); deficiência física (39 casos) e, por último, HIV (23 casos).

Gráfico 4.8.12 – Distribuição de crianças e adolescentes disponíveis para adoção, segundo tipos de doenças e/ou deficiências detectadas no momento do cadastro, Rio Grande do Sul — 2017



FONTE: Cadastro Nacional de Adoção, Relatório de dados estatístico.

Conforme informações enviadas pela Coordenadoria da Infância e da Juventude do RS, existem 2794 processos ativos de destituição do Poder Familiar e 1019 de adoção c/com Destituição do Poder Familiar. O número de processos de adoção sentenciados em 2017 é de 278.

#### 4.9. Protagonismo e Participação de Adolescentes

Na presente seção, serão apresentados dados sobre o protagonismo e participação de adolescentes, como a participação na IX Conferência Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, realizada em 2015; o número de adolescentes eleitores (população de 16 e 17 anos), no Rio Grande do Sul, de 2000 a 2016 e o percentual da população de 16 ou 17 anos que era eleitora entre 2000 a 2014. Por fim, demonstra-se o número de adolescentes (com 16 ou 17 anos) filiados a partidos no RS (entre 2008 a 2016).

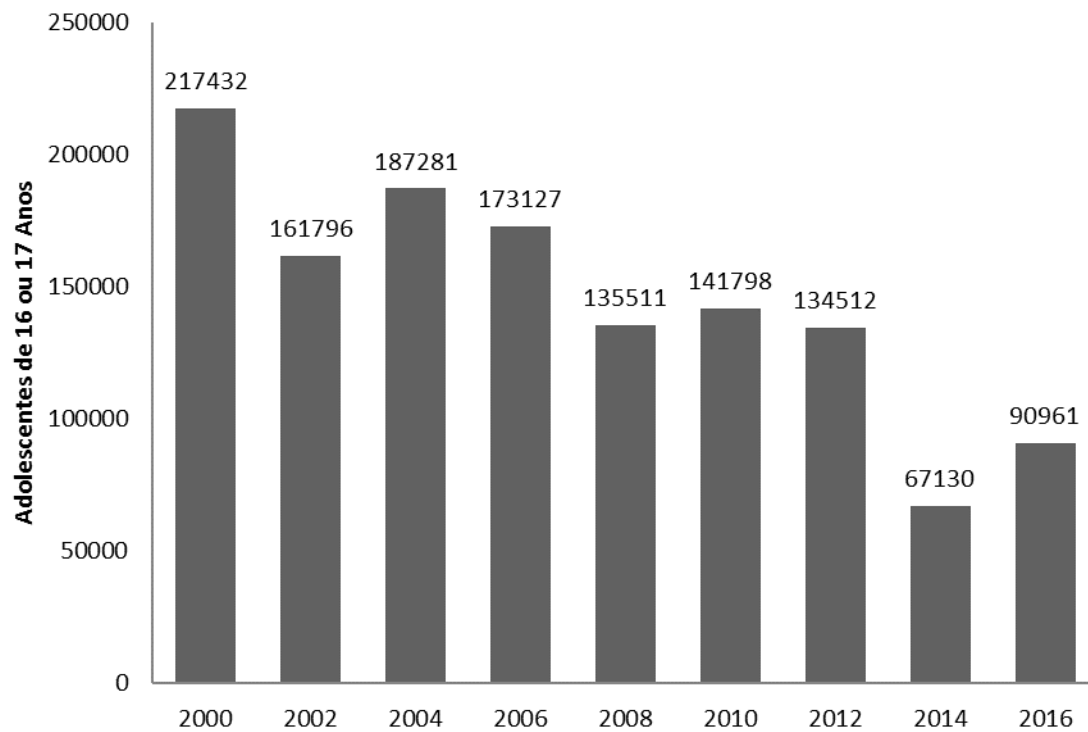
A Resolução do CONANDA nº 159/2013 dispõe sobre o processo de participação de crianças e adolescentes nos espaços de discussão relacionados aos seus direitos. Essa resolução está em conformidade com o objetivo estratégico 6.1 do eixo 3 do Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente. O protagonismo de adolescentes, por exemplo, é compreendido como um direito e, também, um dever, na medida em que se reconhece que a participação juvenil nos processos de discussão pode gerar mudanças na realidade em que estão inseridos, em termos sociais, políticos, econômicos, culturais, etc.

Conforme dados constantes no Relatório Final da IX Conferência Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, realizada em 2015, 153 adolescentes participaram da conferência (51,6% do sexo feminino e 48,4% do masculino)<sup>55</sup>. Outro aspecto importante do protagonismo e da participação dos adolescentes se refere às eleições. O número de adolescentes eleitores (população de 16 e 17 anos), no Rio Grande do Sul, apresentou uma queda considerável do ano de 2016 em relação a 2002 (-58,2%), conforme gráfico 4.9.1. E, apesar da redução populacional verificada no perfil demográfico deste diagnóstico, o número de eleitores adolescentes de fato vem caindo, conforme pode ser verificado no gráfico 4.9.2, que demonstra o percentual da população de 16 ou 17 anos que é eleitora (de 55% em 2000 para 19% em 2014).

---

<sup>55</sup> Dados repassados pelo CEDICA/RS.

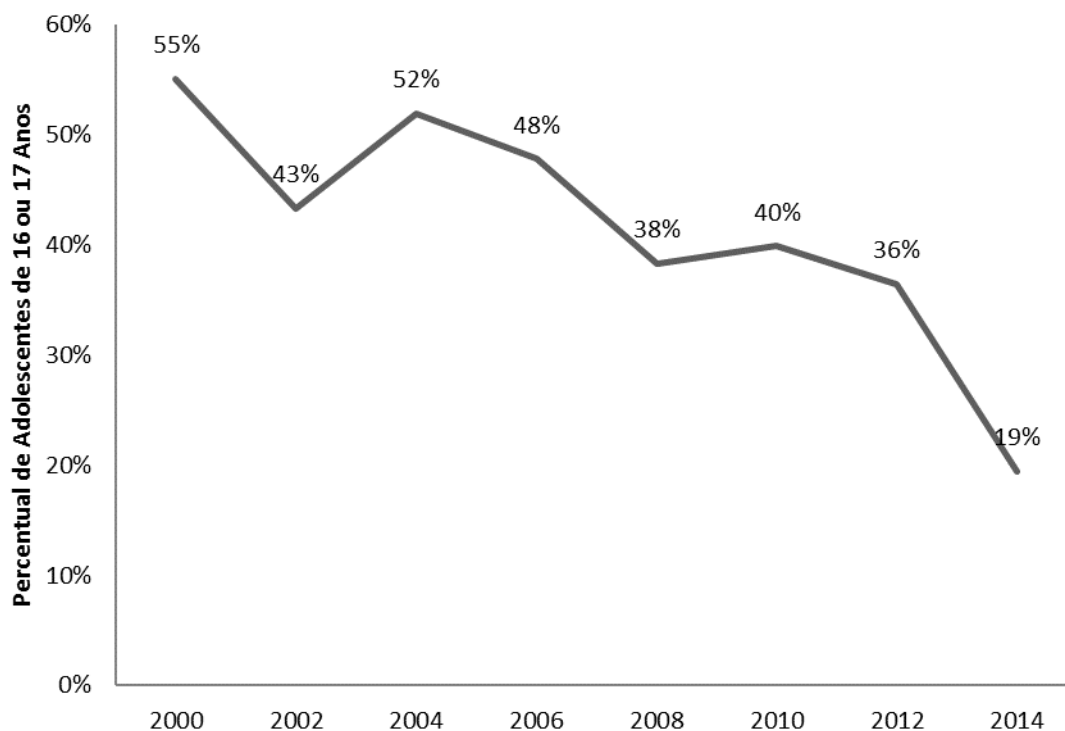
Gráfico 4.9.1 – Número de adolescentes de 16 ou 17 anos que eram eleitores, Rio Grande do Sul — 2000-16



FONTE: Tribunal Superior Eleitoral.



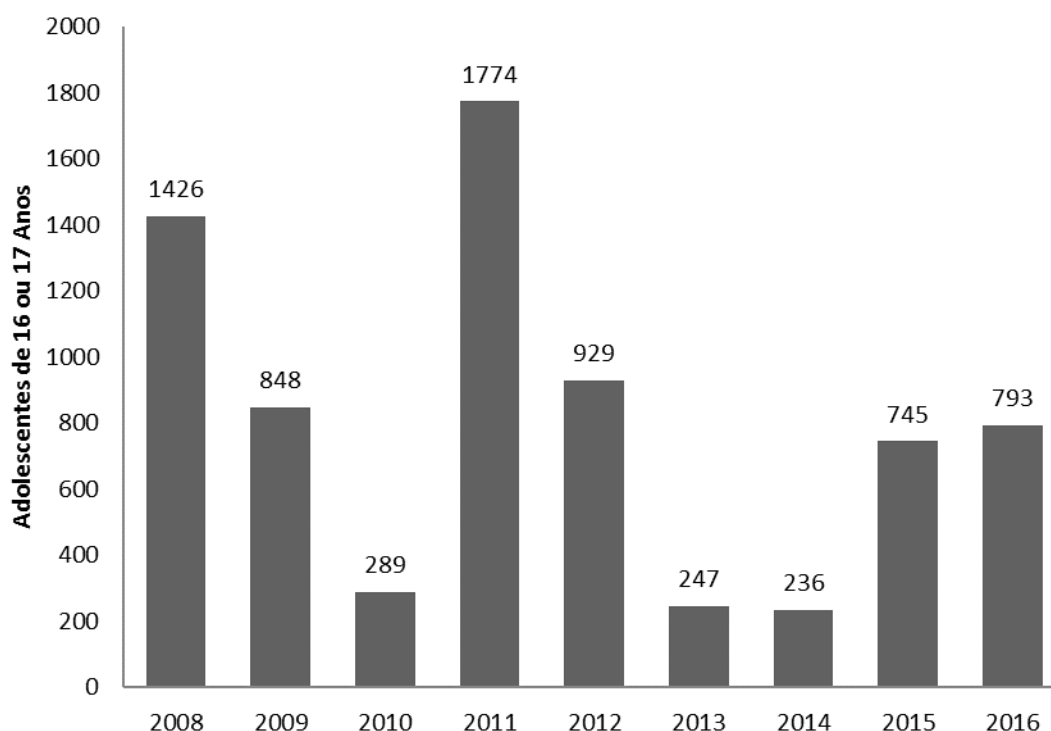
Gráfico 4.9.2 – Percentual da população de 16 ou 17 anos que era eleitora, Rio Grande do Sul — 2000-14



FONTE: Tribunal Superior Eleitoral.

Em relação ao número de adolescentes (com 16 ou 17 anos) filiados a partidos no Rio Grande do Sul, 2011 foi o ano com maior número de filiados (gráfico 4.9.3) e 2014, o menor. Em 2008, o percentual de adolescentes de 16 ou 17 anos filiados a partidos correspondia a 1,1% do total das pessoas nesta faixa etária e, em 2016, 0,9%.

Gráfico 4.9.3 – Número de adolescentes de 16 ou 17 anos filiados a partidos, Rio Grande do Sul — 2008-16



FONTE: Tribunal Superior Eleitoral.

#### 4.10 Considerações Finais

A concepção, produção e desenvolvimento deste trabalho envolveram diversas situações e processos visando à obtenção de um resultado que possibilitasse mapear e evidenciar a realidade da criança e do adolescente gaúchos em seus mais variados aspectos, dada a grandeza e a diversidade de questões que circundam este público. Neste sentido, este diagnóstico vislumbrou analisar dados e indicadores que subsidiassem as ações para o Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente no Rio Grande do Sul.

Entre os indicadores estudados, é importante destacar, na educação, que a transição entre os ensinos fundamental e médio merece especial atenção, este último apresentando uma taxa de abandono bastante superior à do primeiro. Na saúde, o expressivo aumento no número de casos de HIV/AIDS notificados a partir dos 10 anos de idade, sobretudo na faixa dos 15

aos 19 anos, chama muito a atenção, assim como a elevação na taxa de detecção por mil nascidos vivos de gestantes infectadas pelo HIV/AIDS.

Além disso, a partir dos dados constantes neste diagnóstico, foi possível ratificar algo muito presente acerca da mortalidade dos adolescentes: as causas externas são a principal causa, sobretudo entre os adolescentes do sexo masculino e de raça/cor preta ou parda. Este mesmo padrão se repete quando se analisa especificamente as vítimas de homicídios: adolescentes, do sexo masculino, negros. Constatou-se, também, que as armas de fogo são o principal meio utilizado nos homicídios, entre crianças e adolescentes.

Em relação à distribuição das notificações no SINAN, no período de 2010 a 2014, foi possível observar que a faixa etária dos 10 aos 14 anos se mostrou a mais vulnerável, concentrando os seguintes tipos de violência no período: física, sexual, psicológica/moral, tortura e trabalho infantil. Importante destacar, também, a acentuada queda no número de adolescentes eleitores entre 2002 a 2016. Neste sentido, o aprofundamento de estratégias e mecanismos de protagonismo e participação de crianças e adolescentes na promoção de seus direitos é muito importante diante deste cenário.

Além disso, outros apontamentos são necessários neste momento, em especial porque foram construídos em conjunto com os integrantes da Comissão Intersetorial de elaboração do PDDHCA/RS, nas diferentes etapas de discussões em que este trabalho foi pautado. O primeiro deles diz respeito à necessidade de um alinhamento conceitual das diferentes instâncias e setores da administração pública estadual no que se refere à definição da faixa etária de criança e adolescente em suas bases de dados, seguindo os preceitos e diretrizes do ECA. Desta forma, seria possível identificar este público apenas pelas categorias “criança” (0 a 11 anos) e “adolescente” (12 a 17), viabilizando a padronização e o cruzamento dos dados de forma harmoniosa e integrada, a partir dos diferentes sistemas de informação do Estado.

Um segundo aspecto a ser considerado se refere à necessidade cada vez mais premente de avaliação de políticas públicas e de impacto nesta área. Pautou-se, sobretudo, a importância de análises sobre programas como o Criança Feliz e o Primeira Infância Melhor, como, por exemplo, avaliações de impacto do PIM nos egressos da Fase/RS.

Foi detectada, também, a possibilidade de criação de um sistema de informações que acompanhe e registre os dados sobre os serviços de Reabilitação em Estimulação Precoce no Estado, bem como a realização de estudos que possibilitem conhecer de forma mais aprofundada alguns temas que envolvem as crianças e os adolescentes gaúchos, como, migrações, multidimensionalidade da pobreza, reingressos de adolescentes na Fase, motivos/razões dos desligamentos dos serviços de acolhimento institucional, entre outros.

Além disso, observou-se a necessidade de se reforçar o atendimento em meio aberto e a fiscalização do Ministério Público e do Tribunal de Contas do Estado sobre os municípios no cumprimento de medidas socioeducativas, sendo necessária maior atenção ao registro e à sistematização dos dados das medidas em meio aberto. Outro ponto a destacar se refere à primordialidade de incentivos e formação para o preenchimento do SIPIA no RS, dado que o sistema se encontra extremamente defasado.

Nesse sentido, outras considerações irão surgindo ao longo do tempo, com vistas a se consolidar avanços sociais e institucionais em relação aos direitos humanos de crianças e adolescentes, sendo necessários a gestão e o acompanhamento de ações estratégicas para o desenvolvimento e garantias do respeito e a superação de toda e qualquer forma de violência, opressão e discriminação das crianças e dos adolescentes gaúchos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente**. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 13 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)> Acesso em: 02 nov. 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para controle da Sífilis Congênita**. Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Lei nº 11.942, de 27 de maio de 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l11942.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11942.htm)>. Acesso em: 29 jun. 2015.

BRASIL. Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 – 2020. **Documento Preliminar para Consulta Pública**. CONANDA, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.institutopersonalservice.org.br/UI/arquivos/CONANDA.pdf>> Acesso em: 08 jun. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm)> Acesso em: 09 set. 2017.

BRASIL. Cartilha do Censo 2010. **Pessoas com Deficiência** / Luiza Maria Borges Oliveira / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

BRASIL. Decreto n.º 8.232, de 30 de abril de 2014a. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta o Programa Bolsa Família, e o Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011, que institui o Plano Brasil Sem Miséria. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/Decreto/D8232.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/Decreto/D8232.htm)> Acesso em: 09 set. 2017.

BRASIL. **Resolução 171 de 2014**. CONANDA, Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-171.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2017.

BRASIL. **Resolução 177 de 2015**. CONANDA, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos->

[da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/Resoluo177Conanda.pdf](#)>  
Acesso em: 15 abr. 2017.

BRASIL. **Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes**. CONANDA, Brasília. Disponível em: <[http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/download/plano\\_decenal\\_conanda.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/download/plano_decenal_conanda.pdf)> Acesso em: 28 set. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Regras de Bangkok**: Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras/ Conselho Nacional de Justiça, Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas, Conselho Nacional de Justiça – 1. Ed – Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2016. 80 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Cadastro Único**. O que é e para que serve. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BUBADUÉ, R. M.; PAULA, C. C.; CARNEVALE, F.; MARÍN, S. C. O.; BRUM, C. N.; PADOIN, S. M. M. Vulnerabilidade ao adoecimento de crianças com HIV/AIDS. **Esc Anna Nery** (impr.)2013 out-dez; 17 (4): 705 – 712.

CERQUEIRA, Daniel Ricardo de Castro. Causas e Consequências do Crime no Brasil. Rio de Janeiro, BNDES, 2014. **Tese de Doutorado**.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Relatório da Infância e Juventude** – Resolução nº 71/2011: Um olhar mais atento aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no País. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013. 108 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas do registro civil** / IBGE – v. 1 (1974-). - Rio de Janeiro: IBGE, 1979-v. Anual.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). IPEADATA. 2017. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

MOTTA, M. G. C.; RIBEIRO, A. C.; ISSI, H. B.; POLETTO, P. M. B; PEDRO, E. N. R.; WACHHOLZ, N. I. R. Diagnóstico revelado à criança e ao adolescente com HIV/AIDS: implicações para o familiar/cuidador. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; 24(3): e4787.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 2013. **Global Study on Homicide**. United Nations Office on Drugs and Crime. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014\\_GLOBAL\\_HOMICIDE\\_BOOK\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf)

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**.

DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>  
Acesso em: 09 set. 2017.

PARANÁ. Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social. **Caderno orientativo para elaboração do plano decenal municipal dos direitos da criança e do adolescente**. Curitiba, PR: SECS, 2015. 83 p. Disponível em: <[http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/eca25/cad\\_orient.pdf](http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/eca25/cad_orient.pdf)>  
> Acesso em: 13 nov. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 14.705, de 25 de junho de 2015. **Institui o Plano Estadual de Educação – PEE –**, em cumprimento ao Plano Nacional de Educação – PNE –, aprovado pela Lei Federal n.º 13.005, de 25 de junho de 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. **Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão** (Org.) Porto Alegre, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Justiça e dos Direitos Humanos. Secretaria do Trabalho e do Desenvolvimento Social. **Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo: Diretrizes e Eixos Operativos para o SINASE**. Porto Alegre, RS: SJDH/STDS, 2016. 83 p. Disponível em: <<http://www.sdstjdhs.rs.gov.br/upload/arquivos/201704/25095359-2016071111472620160701115205plano-estadual-de-atendimento-socioeducativo-2.pdf>> Acesso em: 08 abr. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. CEDICA-RS. **História do CEDICA**. Disponível em: <[http://cedica.rs.gov.br/conteudo/519/?Hist%C3%B3ria do CEDICA](http://cedica.rs.gov.br/conteudo/519/?Hist%C3%B3ria%20do%20CEDICA)> Acesso em: 13 out. 2017.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?** 3. Ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil. A evolução de longo prazo (1970-2011). Estudos e Pesquisas**, Rio de Janeiro: INAE, n. 492, 2013.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, jun. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 mai. 2017.

WASELFISZ, J. J., 2016. **Mapa da Violência 2016: Homicídios por armas de fogo no Brasil**. FLACSO, Brasil.

## 5. PLANO DE AÇÕES

### 5.1. Eixo 1 – Promoção dos direitos de crianças e adolescentes

**Diretriz 01** – Promoção da cultura do respeito e da garantia dos direitos humanos de crianças e adolescentes no âmbito da família, da sociedade e do Estado, consideradas as condições de pessoas com deficiência e as diversidades de gênero, orientação sexual, cultural, étnico-racial, religiosa, geracional, territorial, de nacionalidade e de opção política.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 1.1</b> – Promover o respeito aos direitos da criança e do adolescente na sociedade, de modo a consolidar uma cultura de cidadania.	<b>1.1.1.</b> Implementação do Programa Mais Garantias – Ampliar a interlocução social, fortalecer o atendimento à sociedade, implementar mecanismos de proteção e busca de garantias e direitos à criança e ao adolescente.	Ação Continuada	Interação com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, por meio de serviços, em conjunto com parceiros para aumentar as notificações de situações de violências.	Estado	SSP/Polícia Civil
	<b>1.1.2.</b> Construção e ou implementação dos planos que têm por objetivo dar visibilidade à criança e ao adolescente no Estado do Rio Grande do Sul.	Ação Continuada	5 planos temáticos referentes à criança e adolescente implementados em consonância com o Plano Decenal: Primeira Infância; Promoção, Proteção e Defesa do Direito à Convivência Familiar e Comunitária; Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador; e Enfrentamento à Violência	Estado	SDSTJDH, CEDICA



			Sexual e o Socioeducação.		
	<b>1.1.3.</b> Construir e implementar estratégias que abordem, de forma pedagógica, os direitos da criança e adolescente, como o uso da carteira de nome social, o respeito à igualdade de direitos (LGBT), de livre expressão e orientação sexual.	Ação Continuada	Garantir a abordagem de informações e direitos sobre as temáticas LGBT nas escolas	Estado	SEDUC e Secretarias municipais de Educação, SSP/RS
	<b>1.1.4</b> Garantir cursos de formação para professores da rede pública estadual e municipal que abordem conteúdos relativos às temáticas LGBT, como identidade de gênero, sexualidade (orientação sexual) e igualdade de direitos.	Ação Continuada	Professores habilitados para conduzir projetos e discussões envolvendo a temática LGBT	Estado	SEDUC e Secretarias municipais de Educação
	<b>1.1.5.</b> Construção e implementação de estratégias que abordem, de forma pedagógica, os direitos da criança e do adolescente.	Ação Continuada	Garantia da abordagem de informações e direitos sobre temáticas como o Estatuto da Criança e do Adolescente	Estado e Municípios	SEDUC, Secretarias Municipais de Educação

	<b>1.1.6</b> Garantia de cursos de formação para professores da rede pública e privada que abordem conteúdos relativos a temáticas como o Estatuto da Criança e do Adolescente, respeitando a diversidade.	Ação Continuada	Professores habilitados para conduzir projetos e discussões envolvendo temáticas como o Estatuto da Criança e do Adolescente.	Estado Municípios e	SEDUC, Secretarias Municipais de Educação
	<b>1.1.7.</b> Capacitação em educação em direitos humanos para órgãos governamentais e para a sociedade em geral.	Ação Continuada	Promoção de atividades relacionadas à criança e adolescente.	Estado	SDSTJDH, CEDICA Conselho Estadual de Direitos Humanos
<b>Objetivo Estratégico 1.2</b> – Fortalecer as competências familiares em relação à proteção integral e educação em direitos humanos de crianças e adolescentes no espaço de convivência familiar e Comunitária.	<b>1.2.1.</b> Fomento e promoção de encontros de sensibilização e formação para as famílias das crianças e dos adolescentes atendidos em todos os serviços de acolhimento institucional e familiar.	Ação Continuada	Fortalecimento do papel familiar na construção do PIA.	Estado Municípios e	SDSTJDH, Gestores Municipais
	<b>1.2.2.</b> Garantia da inserção familiar, social e comunitária de crianças e adolescentes em processo de desligamento do acolhimento.	Ação Continuada	Crianças e adolescentes desligados do acolhimento e fortalecidos em sua cidadania.	Estado Municípios e	SDSTJDH, Gestores Municipais
<b>Objetivo Estratégico 1.3</b> – Promover ações educativas e inclusivas de prevenção de violências e de acidentes com crianças e adolescentes nas famílias e nas instituições de atendimento.	<b>1.3.1.</b> Implantação/consolidação do CIPAVE-Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Violência Escolar, nas escolas estaduais.	Ação Continuada	CIPAVES instaladas em 100% das escolas estaduais.	Estado	SEDUC
<b>Objetivo Estratégico 1.4</b> –	<b>1.4.1.</b> Sugestão: Fomento à	Ação	Articulação com	Estado	SDSTJDH e

Implementar o ensino obrigatório dos direitos de crianças e adolescentes com base no ECA, ampliando as ações previstas na Lei 11.525/07 também para a educação infantil, ensino médio e superior e atendendo à Resolução 336/2016 e ao Parecer 126/2016 do Conselho Estadual de Educação, que fixam as diretrizes operacionais para a Educação em Direitos Humanos no Sistema Estadual de Ensino.	criação de disciplinas e à promoção de oficinas sobre Educação em Direitos Humanos nas Universidades	Continuada	Universidades com vistas à promoção de Oficinas sobre Educação em Direitos Humanos		Conselho Estadual de Educação
<b>Objetivo Estratégico 1.5</b> sustentabilidade socioambiental no processo de educação em direitos humanos com crianças e adolescentes.	<b>1.5.1.</b> Promoção de projetos de educação ambiental com crianças e adolescentes de escolas públicas e privadas do RS	Ação Continuada	Promover a cultura da sustentabilidade socioambiental e dos direitos humanos com crianças e adolescentes de escolas públicas e privadas.	Estado e Municípios	SEDUC, Secretarias Municipais de Educação

**Diretriz 02** - Universalização do acesso a políticas públicas de qualidade que garantam os direitos humanos de crianças, de adolescentes e de suas famílias e que contemplem a superação das desigualdades e a afirmação da diversidade, com promoção da equidade e inclusão social.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 2.1</b> - Priorizar a proteção integral de crianças e adolescentes nas políticas de desenvolvimento econômico sustentável, inclusive com cláusulas de proteção nos contratos comerciais nacionais e internacionais.	<b>2.1.1.</b> Implantação de projetos na área de Segurança Alimentar Nutricional Sustentável.	Ação Continuada	Projetos na área de segurança alimentar implantados para reduzir o consumo de alimentos processados e ultra processados	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais e SEDUC
	<b>2.1.2.</b> Incentivo à alimentação saudável para crianças e adolescentes de escolas públicas e privadas, com alimentos preferencialmente oriundos da agricultura Familiar.	Ação Continuada	Aumento do consumo de alimentação saudável nas escolas e melhoria da qualidade de vida de crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	SEDUC, SDSTJDH, Secretarias Municipais de Educação
<b>Objetivo Estratégico 2.2</b> - Erradicar a pobreza extrema e superar as iniquidades que afetam o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes e suas famílias, por meio de um conjunto articulado de ações entre poder público e sociedade, com justiça social.	<b>2.2.1.</b> Fomento a programas de inclusão social e produtiva no meio rural.	Ação Continuada	Superação da extrema pobreza no meio rural.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CAISAN-RS, Gestores Municipais
<b>Objetivo Estratégico 2.3</b> – Erradicar a fome e assegurar a alimentação adequada de crianças, adolescentes, gestantes e lactantes, por meio da ampliação de políticas de	<b>2.3.1.</b> Implementação da gestão do Sistema de Segurança Alimentar Nutricional Sustentável.	Ação Continuada	Gestão do Sistema implementada .	Estado e Municípios	SDSTJDH, CAISAN-RS, Gestores Municipais
	<b>2.3.2.</b> Qualificação da Alimentação Escolar.	Ação Continuada	100% das crianças e adolescentes atendidos.	Estado e Municípios	SEDUC, Gestores Municipais

segurança alimentar e nutricional.					
<b>Objetivo Estratégico 2.4</b> – Universalizar o acesso ao registro civil e à documentação básica de crianças e adolescentes e suas famílias.	<b>2.4.1.</b> Monitoramento da universalização do registro civil de crianças e adolescente no RS.	Ação Continuada	100% de crianças e adolescentes com registro civil.	Estado e Municípios	SDSTJDH, SES, Gestores Municipais
<b>Objetivo Estratégico 2.5</b> – Priorizar e articular as ações de atenção integral a crianças de 0 a 6 anos, com base no Plano Nacional pela Primeira Infância.	<b>2.5.1.</b> Atendimento referencial em Estimulação Precoce.	Ação Continuada	PcD / PcAH atendida em serviço referência da FADERS	Estado	FADERS
	<b>2.5.2.</b> Qualificação da Atenção Básica – Ampliar a cobertura do PIM -Primeira Infância Melhor	Ação Continuada	Ampliando para 60.200 famílias atendidas	Estado	SES
	<b>2.5.3.</b> Fomento a ações e programas intersetoriais de atenção à Primeira Infância	Ação Continuada	Programas intersetoriais implementados	Estado	SDSTJDH, SEDUC, SES, SEDACTEL,
	<b>2.5.4.</b> Implantação das Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, com a implementação de Linhas de Cuidado - Saúde da Criança.	Ação Continuada	Atingir 100% das crianças com o teste do pezinho realizado.	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<b>2.5.5.</b> Ampliação da cobertura da Política de Imunizações.	Ação Continuada	Ampliar o percentual de municípios com: - Cobertura adequada da vacina Tríplice Viral (1ª dose ≥ 95%) de 53% para 80%; - Cobertura da Vacina Pentavalente em menores de 1	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais

			ano (3ª dose) de 91,28% para 95%; - cobertura vacinal, conforme indicação do PNI/MS, para Campanha de Influenza.		
	<b>2.5.6.</b> Promoção da Educação Infantil com ampliação do número de vagas para crianças de 0 a 6 anos incompletos.	Ação Continuada	Incremento de vagas, consoante previsto no Plano Nacional de Educação, que pretende atender pelo menos 50% das crianças de 0 a 3 anos até o ano de 2024.	Estado e Municípios	SEDUC, Secretarias Municipais de Educação
<b>Objetivo Estratégico 2.6</b> – Expandir e qualificar políticas de atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias.	<b>2.6.1.</b> Atendimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família no SUS.	Ação Continuada	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	Estado e Municípios	SES, SEDUC, SDSTJDH, Gestores Municipais
	<b>2.6.2.</b> Implantação das Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, com a implementação de Linhas de Cuidado - Saúde da Criança – Ambulatório de Seguimento de UTI Neonatal	10 anos	Criação de 15 Ambulatórios de Seguimento de UTI Neonatal mantidos	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<b>2.6.3.</b> Redução da Taxa de Mortalidade Infantil – Saúde da Criança, por meio de ações intersetoriais (básica, média e alta complexidade).	10 anos	Taxa de mortalidade infantil reduzida no RS.	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<b>2.6.4.</b> Fomento ao Programa Saúde na Escola-PSE, desenvolvendo ações de promoção da saúde	Ação Continuada	Oficinas de sensibilização para implantação e implementação do PSE, conforme demanda.	Estado	SEDUC, SES, SDSTJDH,

	articuladas entre a saúde e a educação, com vistas ao cuidado e à educação integral para a melhoria da saúde do público escolar.				
	<b>2. 6.5.</b> Implantação das Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, com a implementação de Linhas de Cuidado com a Criança e Adolescentes, considerando questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, meio familiar, condições de vida, escolaridade, trabalho e enfrentamento à violência.	Ação Continuada	Redes implantadas para a promoção do autocuidado a crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<b>2. 6.6.</b> Reorganização da prática e qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em saúde bucal com a ampliação do acesso ao tratamento odontológico por meio do SUS.	Ação Continuada	Melhoria no atendimento das Equipes de Saúde Bucal.	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<b>2. 6.7.</b> Implantação do Programa Articulador Jovem de Saúde: Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, com a implementação de Linhas de Cuidado - Saúde da População Negra.	Ação Continuada	Programa Articulador Jovem de Saúde mantido e implantado	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais

	<b>2. 6.8.</b> Implantação do Programa de combate ao Racismo Institucional: Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, com a implementação de Linhas de Cuidado - Saúde da População Negra.	Ação Continuada	Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica mantido e implantado	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<b>2. 6.9.</b> Avaliação do Estado Nutricional das crianças e adolescentes usuários do SUS acompanhados pelas equipes da atenção primária em saúde.	Ação Continuada	Acompanhamento pela Atenção Básica aos usuário com avaliação do Estado Nutricional.	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<b>2. 6.10.</b> Implantação das Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, com a implementação de Linhas de Cuidado - Saúde da Mulher: Hospitais de referência à gestante de alto risco.	10 anos	Aumento de Hospitais de referência à gestante de alto risco habilitados.	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<b>2. 6.11.</b> Implantação das Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, com a implementação de Linhas de Cuidado - Saúde da Mulher: Ambulatórios de gestante de alto risco.	10 anos	Aumento de Ambulatórios de gestante de alto risco (AGAR) mantidos e habilitados.	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<b>2. 6.12.</b> Qualificação e ampliação da Atenção Secundária e Terciária: Serviços Ambulatoriais e	10 anos	Aumento de leitos em hospital geral à gestante de alto risco mantido e habilitado	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais



	Hospitalares - Saúde da Mulher Gestante.				
	<b>2. 6.13.</b> Implementação do Comitê Estadual de Enfrentamento ao Óbito Materno e fomento aos regionais (Óbitos Maternos - Saúde da Mulher).	Ação Continuada	Comitê implementado e com 100% de redução do número de óbitos.	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<b>2. 6.14.</b> Implantação das Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, com a implementação de Linhas de Cuidado - Saúde Mental, garantindo a contratualização de vagas para adolescentes em comunidades terapêuticas credenciadas pelo gestor, por meio de Edital específico.	Ação Continuada	Vagas credenciadas em comunidade terapêutica	Estado	SES
	<b>2. 6.15.</b> Implantação das Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, com a implementação de Linhas de Cuidado - Saúde Mental: Ampliar e manter os dispositivos federais da rede de atenção psicossocial.	10 anos	Dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial mantidos e ampliados, incluindo CAPS, Unidades de Acolhimento e Serviço de Residencial Terapêutico	Estado	SES
	<b>2. 6.16.</b> Implantação e implementação de CAPS-Centro de Atenção Psicossocial, CAPS I e CAPS AD	10 anos	Aumento da cobertura do atendimento à Saúde Mental à crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais

	<p><b>2. 6.17.</b> Implantação das Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, com a Implementação de Linhas de Cuidado - Saúde Mental: Ampliar e manter os dispositivos estaduais da rede de atenção psicossocial.</p>	10 anos	Dispositivos da Rede Estadual de Atenção Psicossocial mantidos e ampliados: (Acompanhante Terapêutico, NAAB, Oficinas Terapêuticas, Equipes de Redução de Danos).	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<p><b>2. 6.18.</b> Qualificação e ampliação da Atenção Secundária e Terciária: Serviços Ambulatoriais e Hospitalares - Saúde Mental: Garantir leitos de saúde mental incentivados para crianças e adolescentes em Hospital Geral.</p>	10 anos	Aumento de leitos de saúde mental em Hospital Geral.	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<p><b>2. 6.19.</b> Capacitação municipal e regional sobre DSTs HIV para implantação do Comitê de Transmissão Vertical.</p>	Ação Continuada	Implantação de 12 Comitês Regionais de Transmissão Vertical e 20 Comitês Municipais.	Estado e Municípios	SES, Gestores Municipais
	<p><b>2. 6.20.</b> Promoção de ações de apoio e incentivo à abertura de serviços especializados no processo transexualizador, de modo a garantir o acompanhamento de crianças, adolescentes e suas famílias, assegurando os direitos previstos nos planos nacional e estadual de</p>	Ação Continuada	Abertura de 5 serviços especializados no processo transexualizador com acompanhamento a crianças, adolescentes e suas famílias distribuídos macrorregionalmente, assegurando o acesso a todos os municípios.	Estado e Municípios	SES (mobilização e apoio aos municípios) e Ministério da Saúde (habilitação e financiamento)

	atenção à saúde da população LGBT.				
<b>Objetivo Estratégico 2.8</b> – Universalizar o acesso e assegurar a permanência e o sucesso de crianças e adolescentes na educação básica, expandindo progressivamente a oferta de educação integral, com a ampliação da jornada escolar, dos espaços e das oportunidades educacionais.	<b>2.8.1.</b> Promoção do Programa Estadual de Apoio ao Transporte Escolar: manter o maior número de municípios habilitados.	Ação Continuada	100% dos municípios com termo de adesão.	Estado e Municípios	SEDUC, Gestores Municipais
	<b>2.8.2.</b> Fomento à permanência e conclusão do Ensino Fundamental.	Ação Continuada	80% dos estudantes com ensino fundamental concluído na idade recomendada até 2019. 95% dos estudantes com ensino fundamental concluído na idade recomendada até 2024.	Estado e Municípios	SEDUC, Secretarias Municipais de Educação
	<b>2.8.3.</b> Fomento à permanência e conclusão no Ensino Médio no tempo previsto.	Ação Continuada	70% de taxa líquida de matrícula até 2019. 85% de taxa líquida de matrícula até 2024.	Estado	SEDUC
	<b>2.8.4.</b> Elevação da taxa de alfabetização.	Ação Continuada	Manter 100% da população de 15 a 17 anos alfabetizada. 55% de redução do analfabetismo funcional até 2024.	Estado e Municípios	SEDUC e Secretarias Municipais de Educação
	<b>2.8.5.</b> Alfabetização de todas as crianças até o final do 3º ano do Ensino Fundamental.	Ação Continuada	100% das crianças alfabetizadas até o final do 3º ano do Ensino Fundamental.	Estado e Municípios	SEDUC e Secretarias Municipais de Educação
	<b>2.8.6.</b> Ampliação da Oferta de Escolas em Tempo Integral.	Ação Continuada	50% das Escolas em Tempo Integral.	Estado	SEDUC
	<b>2.8.7.</b> Universalização do acesso à Educação Básica para crianças e adolescentes de 4 a 17 anos com	Ação Continuada	Assegurar o acesso à Educação Básica em 100% das escolas	Estado e Municípios	SEDUC e Secretarias Municipais de Educação

	deficiências, transtornos globais do desenvolvimento, transtornos do espectro autista a altas habilidades ou superdotação.				
<b>Objetivo Estratégico 2.9</b> – Implementar na educação básica o ensino da cultura afro-brasileira, africana e indígena, em cumprimento às Leis 10.639/03 e 11.645/08 e à Resolução 0297/2009 do Conselho Estadual de Educação que institui normas complementares às Diretrizes Curriculares Nacionais em todas as instituições de ensino integrantes do Sistema Estadual de Ensino.	<b>2.9.1.</b> Garantia de formação de professores indígenas e quilombolas nos quadros funcionais dos sistemas educacionais municipal e estadual de forma sistêmica e regular.	Ação Continuada	Professores habilitados respeitando a diversidade.	Estado e Municípios	SEDUC e Secretarias Municipais de Educação
	<b>2.9.2.</b> Implementação na Educação Básica, incluindo na grade curricular o ensino da cultura afro-brasileira, africana e indígena, em cumprimento à Lei nº 10.639 de 2003 e 11.645/2008.	Ação Continuada	Implementação em 100% das escolas públicas e privadas	Estado e Municípios	SEDUC, Secretarias Municipais de Educação, Conselho Estadual de Educação
	<b>2.9.3.</b> Garantia de produção e distribuição de materiais didáticos e paradidáticos que atendam e valorizem as especificidades (artísticas, culturais e religiosas) locais e regionais da população e do ambiente, visando ao ensino e aprendizagem das relações étnico-raciais.	Ação Continuada	Produção e distribuição de materiais em toda a rede escolar.	Estado e Municípios	SEDUC, Gestores Municipais
	<b>2.9.4.</b> Incentivo a criação de equipes técnicas	Ação Continuada	Equipes formadas atuando nas CREs e Secretarias Municipais	Estado e Municípios	SEDUC, Gestores Municipais

	permanentes para assuntos relacionados à educação das relações étnico-raciais, afro-brasileiras, dos povos indígenas e comunidades quilombolas junto às Secretarias Municipais de Educação.		de Educação.		
<b>Objetivo Estratégico 2.10</b> – Fomentar a interação social de crianças e adolescentes com deficiência auditiva, por meio do ensino da língua de sinais na comunidade escolar, garantido sua inclusão no currículo da educação básica.	<b>2.10.1.</b> Fomento à modernização Tecnológica nas Escolas.	Ação Continuada	100% das Escolas com laboratórios de informática qualificados e equipamentos de apoio tecnológico adquirido.	Estado e Municípios	SEDUC, Gestores Municipais
	<b>2.10.2.</b> Promoção de cursos de LIBRAS em toda a rede do SGD.	Ação Continuada	Operadores do SGD capacitados para melhorar comunicação com pessoas com deficiência auditiva.	Estado e Municípios	SDSTJDH/FADERS, SEDUC, Gestores Municipais
<b>Objetivo Estratégico 2.11</b> – Promover o acesso de crianças e adolescentes às Tecnologias de Informação e Comunicação e à navegação segura na Internet, como formas de efetivar seu direito à comunicação, observando sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento.	<b>2.11.1.</b> Realização de ações preventivas nas escolas acerca do uso seguro das redes de Internet, através do Programa Papo de Resposta.	Ação Continuada	Crianças e Adolescentes inseridos no programa.	Estado e Municípios	SSP/Polícia Civil, Gestores Municipais
<b>Objetivo Estratégico 2.12–</b>	<b>2.12.1.</b> Implantação de	Ação	26 Escolas em tempo integral	Estado	SEDUC

Consolidar a oferta de ensino profissionalizante de qualidade, integrado ao ensino médio, com fomento à inserção no mercado de trabalho dos adolescentes a partir dos 16 anos, de acordo com a legislação vigente.	proposta pedagógica específica da Educação Profissional em tempo integral nas escolas técnicas agrícolas.	Continuada	implantadas/atendida.		
<b>Objetivo Estratégico 2.13</b> - Ampliar o acesso de adolescentes a partir de 14 anos a programas de aprendizagem profissional de acordo com a Lei nº 10.097/00.	2.12.2. Participação de adolescente vinculados e/ou egressos no cumprimento de medidas socioeducativas nas políticas de emprego.	Ação Continuada	100% de participação de adolescentes nas políticas de emprego	Estado e Municípios	SDSTJDH/FASE, Gestores Municipais
	2.13.1. Preparação para o mundo do trabalho: Orientação do público adolescente das redes de ensino estadual e municipal, através da realização de atividades direcionadas à qualificação, preparação e orientação para o mundo do trabalho, em parceria com instituições de fomento à empregabilidade.	Ação Continuada	Adolescentes mais qualificados para o mercado de trabalho	Estado e Municípios	SDSTJDH, SEDUC, Gestores Municipais
	2.13.2. Preparação para o Mundo do Trabalho: encaminhamento e incentivo para participação efetiva de adolescentes no serviço de acolhimento em cursos profissionalizantes, programas de aprendizagem e estágios.	Ação Continuada	100% dos Adolescentes inseridos em programa de qualificação.	Estado e Municípios	SDSTJDH/ FGTAS, Gestores Municipais
<b>Objetivo Estratégico 2.14</b>	2.14.1. Garantia de	Ação	Evento Cultural acessível.	Estado	SEDACTEL,

<p>- Universalizar o acesso de crianças e adolescentes a políticas culturais, que nas suas diversas expressões e manifestações considerem sua condição peculiar de desenvolvimento e potencial criativo.</p>	<p>acessibilidade de crianças e adolescentes na participação do Livro Infantil e Juvenil no evento anual da Feira do Livro de Porto Alegre com livros transcritos para braile, palestras e eventuais áudio descrições.</p>	<p>Continuada</p>			<p>SDSTJDH/FADERS</p>
	<p><b>2.14.2.</b> Participação de crianças e adolescentes em atividades educacionais, esportivas, culturais e sociais do Projeto Crianças e Jovens do Rio Grande Escrevendo Histórias.</p>	<p>Ação Continuada</p>	<p>Participação de todas as escolas estaduais.</p>	<p>Estado</p>	<p>SEDUC</p>
	<p><b>2.14.3.</b> Participação no Programa Verão para Todos/Projeto Praia Acessível: Esporte e Lazer para Criança e Adolescente com Deficiência.</p>	<p>Ação Continuada</p>	<p>Participação de criança e adolescente com deficiência no programa.</p>	<p>Estado</p>	<p>SDSTJDH/FADERS,</p>
	<p><b>2.14.4.</b> Participação de alunos em atividades educacionais, esportivas, culturais e sociais em Escola Integral do Programa Mais Educação.</p>	<p>Ação Continuada</p>	<p>50% das escolas inseridas.</p>	<p>Estado e Municípios</p>	<p>SEDUC, Gestores Municipais Conselho Estadual de Educação</p>
<p><b>Objetivo Estratégico 2.15</b> - Universalizar o acesso de crianças e adolescentes a políticas e programas de esporte e lazer, de acordo</p>	<p><b>2.15.1.</b> Participação de crianças e adolescentes e suas famílias em atividades educacionais, esportivas, culturais e sociais, no</p>	<p>Ação Continuada</p>	<p>100% das escolas estaduais</p>	<p>Estado</p>	<p>SEDUC</p>

com sua condição peculiar de desenvolvimento, asseguradas a participação e a acessibilidade de pessoas com deficiências.	Programa Escola Aberta para a Cidadania.				
	<b>2.15.2.</b> Participação dos alunos em atividades educacionais, esportivas, culturais e sociais, nos Jogos Escolares do Rio Grande do Sul – JERGS.	Ação Continuada	Todas as Escolas do RS.	Estado e Municípios	SEDUC, Gestores Municipais

## 5.2. Eixo 2 – Proteção e defesa dos direitos

**Diretriz 03** – Proteção especial a crianças e adolescentes com seus direitos ameaçados ou violados, consideradas as condições de pessoas com deficiência e as diversidades de gênero, orientação sexual, cultural, étnico-racial, religiosa, geracional, territorial, de nacionalidade e de opção política.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 3.1</b> – Ampliar e articular políticas, programas, ações e serviços para a promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária com base no Plano Nacional de Convivência Familiar e	<b>3.1.1.</b> Conclusão da elaboração do Plano Estadual de Convivência Familiar e Comunitária	Maio de 2019	Aprovação, implantação e implementação do Plano Estadual de Convivência Familiar e Comunitária	Estado	SDSTJDH CEDICA CEAS
	<b>3.1.2.</b> Sensibilização e formação dos profissionais que atuam no Sistema de Garantia de Direitos para excepcionalidade e provisoriedade da medida de acolhimento.	Ação Continuada	Profissionais Sensibilizados e capacitados.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais



Comunitária.	<b>3.1.3.</b> Estímulo ao desenvolvimento e apoio socioeconômico a comunidades quilombolas.	Ação Continuada	Necessidades básicas no que se refere à segurança alimentar, educação, saúde e assistência social das comunidades quilombolas atendidos.	Estado e Municípios	SDSTJDH/DESANS, Gestores Municipais
	<b>3.1.4.</b> Fortalecimento étnico-sustentável e desenvolvimento socioeconômico de comunidades indígenas	Ação Continuada	Necessidades básicas no que se refere à segurança alimentar, educação, saúde e assistência social das comunidades indígenas atendidas e plano de atenção territorial elaborado.	Estado e Municípios	SDSTJDH/DESANS, Gestores Municipais
	<b>3.1.5.</b> Fortalecimento do Programa de Apadrinhamento Afetivo	Ação Continuada	50% das crianças e adolescentes com autorização judicial para apadrinhamento	Estado e Municípios	SDSTJDH, Poder Judiciário, Gestores Municipais
	<b>3.1.6.</b> Implantação e implementação do Acolhimento Familiar.	Ação Continuada	30% das crianças e adolescentes acolhidos e incluídos neste serviço.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Poder Judiciário, MP, Gestores Municipais
	<b>3.1.7.</b> Apoio ao diálogo entre os serviços da Rede: Conselhos Tutelares, CRAS, CREAS e demais serviços da rede de proteção, para garantia do direito ao convívio familiar e comunitário de crianças e adolescentes.	Ação Continuada	Ações de garantia do direito ao convívio familiar e comunitário apoiadas.	Estado e Municípios	SDTJDH, Poder Judiciário, MP, Gestores Municipais
	<b>3.1.8.</b> Criação, manutenção e atualização de acervo de metodologias e instrumentais sobre o direito à convivência	Ação Continuada	30.000 exemplares de materiais elaborados e divulgados.	Estado	SDSTJDH

	familiar e comunitária e divulgação destes materiais para que todos tenham acesso.				
	<b>3.1.9.</b> Ampliação do atendimento e cofinanciamento de acolhimento institucional.	Ação Continuada	Atendimento e cofinanciamento de acolhimento institucional.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais
	<b>3.1.10.</b> Implantação e cofinanciamento de acolhimento familiar, repúblicas e residências inclusivas.	Ação Continuada	Atendimento e cofinanciamento de acolhimento familiar, repúblicas e residências inclusivas implantados.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais
	<b>3.1.11.</b> Formação sobre Proteção Integral para crianças e adolescentes.	Ação Continuada	Formações realizadas.	Estado e Municípios	SDSTJDH, SEDUC, Gestores Municipais em parceria com Universidades
	<b>3.1.12.</b> Conclusão da regionalização do atendimento de privação de liberdade da FASE.	Até 2020	Dois centros de Atendimento construídos, assegurando o direito à convivência familiar e comunitária.	Osório e Santa Cruz do Sul do Sul (municípios com Juizado Regional da Infância e Juventude)	SDSTJDH/FASE
	<b>3.1.13.</b> Implantação de Unidade de Semiliberdade.	Ação Continuada	Unidade implantada.	Osório (município com Juizado Regional da Infância e Juventude)	SDSTJDH/FASE
	<b>3.1.14.</b> Estruturação e/ou qualificação dos serviços de	Ação Continuada	Implantação e implementação de serviços de medidas	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais

	medidas socioeducativas em meio aberto, conforme parâmetros do SUAS e SINASE.		socioeducativas em meio aberto		
	<b>3.1.15.</b> Garantia do direito à visita íntima na privação de liberdade a adolescentes.	Ação Continuada	100% dos CASEs com visita íntima implantada.	Municípios com unidades da FASE	SDSTJDH/FASE, SMS
	<b>3.1.16.</b> Ampliação da utilização dos princípios e práticas da Justiça Restaurativa na socioeducação e em outros espaços de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.	Ação Continuada	Justiça restaurativa aplicada no SGD.	Estado e Municípios	Poder Judiciário, DPE, SSP, SDSTJDH, SEDUC, Gestores Municipais
	<b>3.1.17.</b> Formação e capacitação dos profissionais do SGD em Justiça Restaurativa.	Ação Continuada	Profissionais do SGD capacitados em Justiça Restaurativa.	Estado	Poder Judiciário, DPE, SSP, SDSTJDH, SEDUC
	<b>3.1.18.</b> Continuidade do reordenamento dos serviços de acolhimento institucional e familiar.	Ação Continuada	100% dos serviços reordenados.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, CMDCA, Conselhos Tutelares Gestores Municipais
	<b>3.1.19.</b> Subsídio a formações junto aos serviços socioassistenciais de proteção à criança e ao	Ação Continuada	Sensibilização dos servidores sobre a temática LGBT.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Redes Municipais

	adolescente, com vistas ao reconhecimento e respeito ao direito do uso do nome social de crianças e adolescentes travestis e transexuais que usufruem dos serviços de acolhimentos.				
	<b>3.1.20.</b> Construção de estratégias para efetivação de políticas públicas que garantam as obrigações previstas em lei, referente ao estímulo à construção e ao fortalecimento de vínculos familiares de crianças e adolescentes em acolhimento.	Ação Continuada	Prazos e objetivos da legislação vigente respeitados e cumpridos.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais
	<b>3.1.21.</b> Promoção de campanhas de prevenção à drogadição.	Ação Continuada	Diminuição dos índices de crianças e adolescentes envolvidos com substâncias psicoativas.	Estado	SDSTJDH, SEDUC, SSP, SES, CEDICA.
	<b>3.1.22.</b> Fomento à criação de programas e projetos de intervenção dirigido a criança e adolescente que trabalham ou vivem nas ruas em situação de violência sexual.	Ação continuada	Criação de espaços de acolhimento e proteção para criança e adolescente nos municípios.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, CEEVSCA, CEAS, Gestores Municipais
	<b>3.1.23.</b> Fomento à criação de programas	Ação Continuada	Realização de encontros sistemáticos dos serviços,	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA,

	<p>multiprofissionais especializados voltados ao atendimento dos autores de violência sexual e suas famílias.</p>		<p>trabalhando de forma articulada e agilizando o atendimento nos municípios.</p>		<p>CEEVSCA, CEAS, SES, SSP, Gestores Municipais, Ministério Público</p>
<p><b>Objetivo Estratégico 3.3</b> - Estabelecer e implementar protocolos para a proteção de crianças e adolescentes em situação de emergências, calamidades, desastres naturais e assentamentos precários.</p>	<p><b>3.3.1.</b> Elaboração e implementação de protocolos para a proteção de crianças e adolescentes em situação de emergências, calamidades, desastres naturais e assentamentos.</p>	<p>Ação Continuada</p>	<p>Protocolos implementados conforme demanda.</p>	<p>Estado</p>	<p>SDSTJDH, SSP, SES, SEDUC, Defesa Civil</p>
<p><b>Objetivo Estratégico 3.4</b> - Fomentar a criação de programas educativos de orientação e de atendimento a familiares, responsáveis, cuidadores ou demais envolvidos em situações de negligência, violência psicológica, física e sexual.</p>	<p><b>3.4.1.</b> Estímulo à comunidade escolar (escolas públicas e privadas), serviços socioassistenciais, igrejas, UBS, serviços de saúde em geral para que sejam veículos de prevenção, identificação e encaminhamento de casos de violência sexual infanto-juvenil</p>	<p>Ação Continuada</p>	<p>Garantir, dentro das escolas, nos serviços socioassistenciais e outros, o estudo e discussão do tema transversal sexualidade, violência e abuso sexual, tráfico de crianças e adolescentes.</p>	<p>Estado e Municípios</p>	<p>CEEVSCA, CEDICA, SEDUC, Gestores Municipais e Conselhos de Educação</p>
	<p><b>3.4.2.</b> Discussão sobre violência sexual infanto-juvenil e Estatuto da Criança e do Adolescente nos Conselhos Escolares,</p>	<p>Ação Continuada</p>	<p>Aproveitamento dos espaços, momentos com os pais nas escolas e demais serviços para abordar os temas através de palestras e oficinas.</p>	<p>Estado e Municípios</p>	<p>CEEVSCA, CEDICA, SES, SEDUC, Gestores Municipais</p>

	Grêmios Estudantis, Círculos de Pais e Mestres, serviços socioassistenciais, saúde e outros.				Conselho Estadual de Educação,
	<b>3.4.3.</b> Fortalecimento das funções protetivas das famílias.	Ação Continuada	Funções protetivas das famílias fortalecidas.	Estado e Municípios	SDSTJDH, SES, SEDUC e gestores municipais
	<b>3.4.4.</b> Sensibilização aos profissionais da educação, serviço socioassistencial, saúde e outros para a prevenção, identificação e encaminhamento dos casos de violência a crianças e adolescentes.	Ação Continuada	Sensibilização dos profissionais da educação, dos serviços socioassistenciais, da saúde e outros, para identificação dos casos de violência a crianças e adolescentes, por meio de alternativas pedagógicas adequadas.	Estado e Municípios	CEEVSCA, CEDICA, SEDUC, Gestores Municipais Conselho Estadual de Educação,
	<b>3.4.5.</b> Divulgação e informação dos serviços de utilidade pública sobre drogas.	Ação Continuada	Serviços de utilidade pública sobre drogas divulgados.	Estado	SDSTJD
	<b>3.4.6.</b> Promoção de debates e formações para estimular a comunidade escolar, serviços socioassistenciais e saúde para as práticas de prevenção, identificação e encaminhamentos de situações de violência física, moral e sexual aplicada à população LGBT.	Ação Continuada	Temática LGBT abordada junto à comunidade escolar, serviços socioassistenciais e de saúde, como forma de prevenção e identificação dos casos de violência contra à população LGBT.	Estado e Municípios	SEDUC, SES, Secretarias municipais de Educação, SDSTJDH e gestores municipais
<b>Objetivo Estratégico 3.5</b>	<b>3.5.1.</b> Popularização dos	Ação	Serviços relacionados ao tema	Estado	SDSTJDH SEDUC,

-Definir diretrizes para as atividades de prevenção ao uso de drogas por crianças e adolescentes conforme a Lei 11.343/06, bem como ampliar, articular e qualificar as políticas sociais para prevenção e atenção a crianças e adolescentes usuários e dependente de álcool e drogas.	serviços relacionados ao tema drogas.	Continuada	drogas popularizados.		SEDACTEL, SSP, SES, SECOM
	<b>3.5.2.</b> Programa de enfrentamento primário às drogas: elaboração de material de apoio para educadores das séries iniciais mostrando a importância do estilo de vida saudável.	Ação Continuada	Programa implantado.	Estado	SDSTJDH, SEDUC, SEDACTEL, SSP, SES, SECOM
	<b>3.5.3.</b> Articulação e formação de parcerias com OSCs, a fim de criar grupo de trabalho com equipe do trabalho com equipe do Centros da Juventude para planejamento e execução de atividades de prevenção às drogas nas comunidades.	Ação Continuada	Ações de prevenção em comunidades realizadas.	Estado	SDSTJDH SEDUC, SES e SEDACTEL e
	<b>3.5.4.</b> Implementação das Leis estadual 13.296/2009 e 13.907/2012, que dispõem sobre a exibição de informes publicitários nas salas de cinema e sobre mensagens educativas em shows culturais e esportivos acerca do tema drogas para a criança e o adolescente .	Ação Continuada	Informações sobre o tema drogas disponíveis em eventos.	Estado	SDSTJDH, SEDUC, SEDACTEL e SSP
	<b>3.5.5.</b> Fomento a campanhas de esclarecimento sobre	Ação Continuada	Erradicação do suicídio e automutilação de crianças e	Estado e Municípios	SDSTJDH, SEDUC,

	saúde mental e valorização da vida de crianças e adolescentes.		adolescentes.		SES, SSP, CEDICA, Gestores Municipais
	<b>3.5.6.</b> Mapeamento e Sensibilização sobre a situação do Trabalho Infantil no Rio Grande do Sul e suas implicações.	Ação Continuada	Sensibilização sobre a situação do Trabalho Infantil realizada.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEPETI, SEDUC, SES e Gestores Municipais Ministério Público do Trabalho
<b>Objetivo Estratégico 3.6</b> - Ampliar e articular políticas, programas, ações e serviços para a proteção e defesa de crianças e adolescentes identificados em situação de trabalho infantil, com base no Plano Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil.	<b>3.6.1.</b> Ampliação dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos assegurando a inclusão de crianças e adolescentes em situação de rua e em trabalho infantil.	Ação Continuada	Erradicação da situação de rua e do trabalho infantil em todos os municípios do RS.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEPETI, CEDICA, CEAS, Ministério Público, Poder Judiciário, Gestores Municipais
	<b>3.6.2.</b> Qualificação do Programa Jovem Aprendiz ou similar.	Ação Continuada	Erradicação do Trabalho Infantil.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEAS, CEDICA, Gestores Municipais MPT, SRTE
<b>Objetivo Estratégico 3.7</b> - Definir diretrizes e implementar políticas sociais articuladas que	<b>3.7.1.</b> Compilação das informações e dados sobre crianças e adolescentes em situação de rua.	Ação Continuada	Subsídio para qualificação das ações de atendimento para crianças e adolescentes em situação de rua.	Estado e Municípios	SDSTJDH, SES



assegurem a proteção integral e o direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes em situação de rua.					
<b>Objetivo Estratégico 3.8</b> - Aperfeiçoar instrumentos de proteção e defesa de crianças e adolescentes para enfrentamento das ameaças ou violações de direitos facilitadas pelas Tecnologias de Informação e Comunicação.	<b>3.8.1.</b> Sensibilização às famílias e à comunidade quanto aos riscos da exposição de crianças e adolescentes, especialmente, nas redes sociais.	Ação Continuada	Prevenção de crimes sexuais praticados contra crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	CEEVSCA, CEDICA, SDSTJDH, SSP, MP, Poder Judiciário, e Gestores Municipais
	<b>3.8.2.</b> Aperfeiçoamento dos serviços de investigação e combate aos crimes cibernéticos a crianças e adolescentes.	Ação Continuada	Enfrentamento eficaz aos crimes cibernéticos a crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	CEEVSCA, CEDICA, SDSTJDH, SSP, Gestores Municipais MP e Poder Judiciário
	<b>3.8.3.</b> Intensificação de campanhas de prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes nos ambientes virtuais.	Ação Continuada	Sensibilização da sociedade quanto à necessidade de prevenir e denunciar violência sexual contra crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEEVSCA, CEDICA, SEDUC, SES, Gestores Municipais Conselhos de Educação.
<b>Objetivo Estratégico 3.9</b> -Ampliar e articular políticas, programas, ações e serviços para o enfrentamento da	<b>3.9.1.</b> Qualificação dos profissionais da área da saúde que atuam na rede de atenção primária, secundária e terciária	Ação Continuada	Profissionais da saúde dos PACS/PSFs aptos para detecção de situações de violência a crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEEVSCA, CEDICA, SES, Gestores Municipais

violência sexual contra crianças e adolescentes, com base no Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil.	quanto à prevenção, identificação dos casos de violência a crianças e adolescentes e/ou suspeita e protocolo de atendimento.				Conselhos Locais de Saúde, .
	<b>3.9.2.</b> Ampliação da estrutura policial para realização de escuta protegida a crianças e adolescentes.	Ação Continuada	35 novas salas de depoimento especial no RS.	Municípios com Delegacia da Criança e Adolescente e municípios com Delegacia da Mulher	SSP/Polícia Civil e DECA
	<b>3.9.3.</b> Fortalecimento, ampliação e qualificação das ações desenvolvidas pelo PPCAAM para vítimas e testemunhas de crimes sexuais.	Ação Continuada	Redução da mortalidade de crianças e adolescentes ameaçados de morte.	Estado	SDSTJDH, Poder Judiciário, Ministério Público
	<b>3.9.4.</b> Garantia do atendimento integral e especializado às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual, com intervenção para os seus familiares e aos autores de violência.	Ação Continuada	Potencialização dos CRAI de Rio Grande, Caxias do Sul, São Leopoldo, Porto Alegre e Uruguaiana, atualmente em funcionamento no Estado.	Estado	SDSTJDH, SES, Poder Judiciário, CEEVSCA, CEDICA
	<b>3.9.5.</b> Intensificação de campanhas de prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes no RS.	Ação Continuada	Sensibilização da sociedade quanto à necessidade de prevenir e denunciar a violência sexual contra crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEEVSCA, CEDICA, SEDUC, SES,

				Gestores Municipais Conselhos de Educação, .
	<b>3.9.6.</b> Realização das Campanhas anuais do 18 de Maio e do Carnaval sem Violência Sexual com ampla divulgação na mídia, nas escolas e espaços públicos.	Ação Continuada	Prevenção para evitar situações de violência sexual.	Estado SDSTJDH, CEDICA, CEEVSCA, SEDUC, Ministério Público, Poder Judiciário
<b>Objetivo Estratégico 3.10</b> -Definir e implementar políticas e programas de prevenção e redução da mortalidade de crianças e adolescentes por violências, em especial por homicídio.	<b>3. 10.1.</b> Aprimoramento e efetivação do alcance do PPCAAM por meio de protocolos e termos de cooperação interinstitucionais, aperfeiçoando a proteção de crianças e adolescentes ameaçados de morte.	Ação Continuada	Qualificação e maior efetivação do PPCAAM no RS.	Estado SDSTJDH, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Poder Judiciário, Ministério Público
	<b>3.10.2.</b> Fortalecimento, ampliação e qualificação das ações desenvolvidas pelo PPCAAM.	Ação Continuada	Redução da mortalidade de crianças e adolescentes ameaçados de morte.	Estado SDSTJDH, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Poder Judiciário, Ministério Público
	<b>3. 10.3.</b> Garantia da oferta de Centrais de Práticas Restaurativas nas Comunidades.	Ação Continuada	Implantar Centrais de Práticas Restaurativas em todos os municípios.	Estado e Municípios SDSTJDH, SEDUC, SSP, Gestores Municipais
	<b>3. 10.4.</b> Qualificação da Educação na Privação de Liberdade a adolescentes.	Ação Continuada	Fluxos construídos entre FASE e SEDUC.	Estado SEDUC, SDSTJDH/FASE

<b>Objetivo Estratégico 3.11</b> – Formular diretrizes e parâmetros para estruturação de redes integradas de atenção a crianças e adolescentes em situação de violências, com base nos princípios de celeridade, humanização e continuidade no atendimento.	<b>3.11.1.</b> Política de Saúde do Adolescente Privado de Liberdade.	Ação Continuada	100% dos municípios com unidades da FASE com políticas de saúde implantadas.	Municípios com unidades da FASE	SES, Gestores Municipais e SDSTJDH/FASE
	<b>3.11.2.</b> Elaboração dos Planos Operativos Locais da FASE.	Ação Continuada	100% dos municípios com unidades da FASE.	Municípios com unidades da FASE	SES, Gestores Municipais e SDSTJDH/FASE
	<b>3.11.3.</b> Implantação do Programa de Saúde Mental na FASE.	Ação Continuada	100% das unidades da FASE com o Programa implantado.	Municípios com unidades da FASE	SES, Gestores Municipais e SDSTJDH/FASE
<b>Objetivo Estratégico 3.12</b> – Ampliar e articular políticas, programas, ações e serviços para atendimento a adolescentes autores de ato infracional, a partir da revisão do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, observadas as responsabilidades do executivo e do sistema de justiça.	<b>3.12.1.</b> Infraestrutura Digital para qualificar a execução da socioeducação.	Ação Continuada	100% dos municípios com infraestrutura digital asseguradas.	Estado e Municípios	SDSTJDH, SPGG, PROCERGS
	<b>3.12.2.</b> Construção de Unidades de Internação da FASE	Até 2020	Centro de Atendimento Construído com ampliação de vagas.	Porto Alegre (25 municípios Juizado da Infância e Juventude)	SDSTJDH/FASE
	<b>3.12.3.</b> Reforma das Unidades de Internação da FASE.	Até 2020	Centro de Atendimento reformado e/ou readequado.	JIs de Porto Alegre, Caxias do Sul, Santa Maria, Pelotas, Santo Ângelo e Uruguaiana	SDSTJDH/FASE
	<b>3.12.4.</b> Acompanhamento Escolar na Privação de Liberdade	Ação Continuada	100% das unidades de internação da FASE com acompanhamento escolar.	Porto Alegre, Caxias do Sul, Santa Maria, Novo Hamburgo, Osório, Santa Cruz do Sul,	SEDUC, SDSTJDH/FASE

				Passo Fundo, Pelotas, Santo Ângelo, Uruguaiana e Viamão	
<b>3.12.5.</b> Inserção profissional dos internos e egressos da FASE	Ação Continuada	Egressos da FASE inseridos no mercado profissional.	Estado		SDSTJDH/FASE e FGTAS
<b>3.12.6.</b> Desativação de unidade de privação de liberdade da FASE.	Até 2020	1 unidade de Internação da FASE desativada.	Porto Alegre		SDSTJDH/FASE
<b>3.12.7.</b> Acompanhamento dos egressos do Sistema de Privação de Liberdade	Ação Continuada	100% dos egressos da FASE que aderirem ao POD.	Estado		SDSTJDH/FASE
<b>3.12.8.</b> Ampliação de vagas para o Programa de Acompanhamento de Egresso (Lei Estadual 14.228/2013)	Ação Continuada	100% das regionais do JIJ com POD implantado.	Estado		SDSTJDH
<b>3.12.9.</b> Criação e implementação de estratégias de inclusão cultural, esportiva e de lazer aos socioeducandos e egressos da FASE.	Ação Continuada	Estratégias implementadas com SEDACTEL.	Estado		SDSTJDH/FASE, SEDACTEL Gestores Municipais
<b>3.12.10.</b> Implantação do videomonitoramento nas unidades de internação da FASE.	Ação Continuada	100% das unidades de internação da FASE com videomonitoramento implantado.	Unidades de internação da FASE no RS		SDSTJDH/FASE
<b>3.12.11.</b> Criação de espaços de participação de adolescente e seus	Ação Continuada	100% dos PACs elaborados com participação dos adolescentes.	Estado		SDSTJDH/FASE, Gestores Municipais

	familiares na elaboração ou construção coletiva do Plano de Atendimento Coletivo (PAC) dos diferentes programas de atendimento .				
	<b>3.12.12.</b> Garantia do uso do nome social, conforme Decreto Estadual nº 48.118/2011, contemplando o reconhecimento e respeito à identidade de gênero e livre orientação sexual de adolescentes LGBT que estejam em cumprimento de medidas socioeducativas.	Ação Continuada	Observância do Decreto Estadual nº 48.118/2011	Estado	SDSTJDH/FASE e Gestores Municipais
	<b>3.12.13.</b> Fomento à criação de Câmara Especializada para julgamento de atos infracionais.	Ação Continuada	Criação de Câmara Especializada para julgamento de recursos de processos de atos infracionais.	Estado	SDSTJDH, Defensoria Pública, CEDICA.
	<b>3.12.14.</b> Criação de Câmara Especializada para julgamento de atos infracionais.	Ação Continuada	Recursos de processos de atos infracionais julgados por câmara especializada no Tribunal de Justiça, por desembargadores conhecedores do direito da criança e adolescente.	Estado	Poder Judiciário
<b>Objetivo Estratégico 3.13</b> – Formular diretrizes e parâmetros para estruturação de redes integradas de atendimento de crianças e	<b>3.13.1.</b> Assessoria e articulação junto aos municípios para garantir o atendimento de egressos do Sistema Socioeducativo e suas famílias na rede	Ação Continuada	Assessorar e fomentar que 100% dos municípios do Estado insiram os egressos do Sistema Socioeducativo e suas famílias em acompanhamento pela rede socioassistencial	Estado	SDSTJDH e Gestores Municipais

adolescentes egressos do sistema socioeducativo e do acolhimento institucional.	socioassistencial.				
	<b>3.13.2.</b> Criação de programas de educação profissionalizante para adolescentes egressos de acolhimento institucional.	Ação Continuada	Programas implementados, permitindo a qualificação do adolescente egresso do sistema de acolhimento.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais
	<b>3.13.3.</b> Fomento a programas de apadrinhamento afetivo aos adolescentes acolhidos, a fim de possibilitar o suporte após a maioridade.	Ação Continuada	Programas de apadrinhamento implementados no RS.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais, Poder Judiciário, MP e Conselhos Municipais

**Diretriz 04** –Fortalecimento dos conselhos tutelares, objetivando a sua atuação qualificada.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 4.1</b> - Aprimorar o funcionamento de conselhos tutelares em todos os municípios, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo CONANDA.	<b>4.1.1.</b> Fortalecimento dos Conselhos Tutelares.	Ação Continuada	Capacitação anual aos conselheiros.	Estado	SDSTJDH
	<b>4.1.2.</b> Implantação da Escola de Conselhos, com vistas a apoiar a estruturação e qualificação da ação dos Conselhos Tutelares e Conselhos de Direitos.	Implantação até 2020	Conselheiros capacitados.	Estado	SDSTJDH, CEDICA
	<b>4.1.3.</b> Curso de LIBRAS para conselheiros tutelares e conselheiros de direitos municipais e estadual da	Ação Continuada	Conselheiros capacitados para atenção à PcD.	Estado	SDSTJDH/ FADERS CEDICA

criança e do adolescente					
<b>4.1.4.</b> Contribuição com equipamento para infraestrutura dos Conselhos Tutelares.	Ação Continuada	100% dos Conselhos Tutelares equipados no estado.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais	

**Diretriz 05** – Universalização, em igualdade de condições, do acesso de crianças e adolescentes aos sistemas de justiça e segurança pública para a efetivação dos seus direitos.

<b>Objetivo</b>	<b>Ação</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsável</b>
<b>Objetivo Estratégico 5.1</b> – Articular e aprimorar os mecanismos de denúncia, notificação e investigação de violações dos direitos de crianças e adolescentes.	<b>5.1.1.</b> Diagnóstico da Situação de Crianças e Adolescentes em situação de violência e/ou exploração sexual no estado.	Ação Continuada	Mapeamento das regiões e municípios do estado com maior incidência de casos de violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	SDSTJDH, SES, CEEVSCA, CEDICA, Conselhos Tutelares Gestores Municipais MP e DP
	<b>5.1.2.</b> Criação e instalação de Varas Especializadas da Infância e Juventude dotadas de equipes interdisciplinar de assessoramento, nos municípios com população acima de 100 mil habitantes, conforme recomendação do Conselho Nacional de Justiça.	Até 2020	Varas especializadas criadas.	Estado	Ministério Público, Poder Judiciário
	<b>5.1.3.</b> Criação e instalação de Defensorias Públicas Especializadas em Infância e Juventude dotadas de equipes	Até 2020	Defensorias Públicas Especializadas em Infância e Juventude criadas.	Estado	Defensoria Pública



	interdisciplinar de assessoramento, onde houver Vara Especializada do Poder Judiciário.				
	<b>5.1.4.</b> Criação e instalação de Promotorias Especializadas da Infância e Juventude dotadas de equipes interdisciplinar de assessoramento, onde houver Vara Especializada do Poder Judiciário.	Até 2020	Promotorias Especializadas da Infância e Juventude criadas.	Estado	Ministério Público
	<b>5.1.5.</b> Garantia de atendimento por defensor público, em prol de todos os adolescente em conflito com a lei.	Ação Continuada	Atendimento de adolescente em conflito com a lei por Defensor público.	Estado	Defensoria Pública
<b>Objetivo Estratégico 5.2</b> – Incentivar processos de aprimoramento institucional, de especialização e de regionalização dos sistemas de segurança e justiça, para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes.	<b>5.2.1.</b> Realização de Seminários Regionais no âmbito da Segurança Pública.	Anual	10 Seminários realizados	Estado	SSP, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública
	<b>5.2.2.</b> Ampliação do número de Delegacias Especializadas da Criança e do Adolescente.	Ação Continuada	Delegacias especializadas criadas nos municípios sede do JIJ.	Estado	SSP, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública
	<b>5.2.3.</b> Atendimento especializado à infância e adolescência realizado em Centros Integrados.	Até 2020	Centros Integrados criados nos municípios sede do JIJ.	Estado	SSP, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública
	<b>5.2.4.</b> Fomento e realização de ações para criação de varas, delegacias, promotorias e defensorias especializadas em	Ação Continuada	Realização de ações de fomento conforme demanda	Estado	SSP, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública

	infância e juventude.				
	<b>5.2.5.</b> Criação de instâncias de interlocução permanente entre o Sistema de Justiça e os executores das Medidas Socioeducativas.	Ação Continuada	Instâncias de interlocução estabelecidas.	Estado	SDTJDH/FASE, Gestores Municipais, Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público
	<b>5.2.6.</b> Cumprimento do prazo da Internação Provisória.	Ação Continuada	100% dos adolescentes julgados no prazo.	Estado	Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, SDTJDH/FASE
	<b>5.2.7.</b> Garantia de reavaliação judicial da Medida Socioeducativa, no máximo, a cada seis meses com a presença do adolescente e da família.	Ação Continuada	100% dos Juizados com audiências de reavaliação com presença dos socioeducandos.	Estado	Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, SDTJDH/FASE
	<b>5.2.8.</b> Fomento à criação de fluxos padronizados de atendimento à criança e adolescente nos municípios em que não existe demanda de Centros Integrados.	Ação Continuada	Fluxos padronizados de acordo com demanda.	Estado	Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, SSP
	<b>5.2.9.</b> Fomento à qualificação de todos os operadores do Sistema de Justiça e Segurança Pública através de formação continuada na área da socioeducação.	Ação Continuada	Qualificação de todos os operadores conforme demanda.	Estado	SDSTJDH/FASE, SSP, SEDUC
	<b>5.2.10.</b> Sensibilização das instâncias competentes para a aplicação de medida	Ação Continuada	Medida socioeducativa em meio aberto priorizadas em detrimento ao meio fechado.	Estado	SDSTJDH, Poder Judiciário, Ministério Público,

	socioeducativa em meio aberto, garantindo a excepcionalidade da medida em meio fechado.				Defensoria Pública
	<b>5.2.11.</b> Garantia do cumprimento do protocolo de abordagem, condução e atendimento de adolescente em conflito com a lei pelos agentes da Segurança Pública e do Sistema de Justiça.	Ação Continuada	Protocolo de abordagem, condução e atendimento de adolescente assegurado e cumprido em 100% das abordagens.	Estado	SSP/Polícia Civil e Brigada Militar, SDSTJDH/FASE,
	<b>5.2.12.</b> Promoção de ações e capacitações junto aos operadores do Sistema de Segurança Pública, com vistas a garantia da integridade física e prevenção de violência institucional a crianças e adolescentes.	Ação Continuada	Diminuição dos casos de violência institucional por parte de operadores da Segurança Pública a crianças e adolescentes.	Estado	SSP, SDSTJDH
<b>Objetivo Estratégico 5.3</b> – Fortalecer a capacidade institucional dos órgãos de responsabilização para o rompimento do ciclo de impunidade e para o enfrentamento de violações dos direitos de crianças e adolescentes.	<b>5.3.1.</b> Criação de Comissão Interinstitucional para estudo de viabilidade de interligação dos dados dos sistemas de informações já existentes nos diversos órgãos, com níveis de acesso diferenciados, conforme as necessidades de cada órgão e legislações vigentes.	Ação Continuada	Comissão Interinstitucional criada.	Estado	Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, SSP, SDSTJDH/FASE, CEDICA
	<b>5.3.2.</b> Criação de Comissão Interinstitucional para estudo de viabilidade de implantação	Ação Continuada	Código de Conduta em Direitos Humanos para erradicação do trabalho infantil criado.	Estado	SDSTJDH e Ministério Público do Trabalho

	de um Código de Conduta em Direitos Humanos sugerindo certidão negativa de trabalho infantil				
--	--	--	--	--	--

### 5.3. Eixo 3 - Protagonismo e participação de crianças e adolescentes

**Diretriz 06** – Fomento de estratégias e mecanismos que facilitem a participação organizada e a expressão livre de crianças e adolescentes, em especial sobre os assuntos a eles relacionados, considerando sua condição peculiar de desenvolvimento, pessoas com deficiência e as diversidades de gênero, orientação sexual, cultural, étnico-racial, religiosa, geracional, territorial, nacionalidade e opção política.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 6.1</b> - Promover o protagonismo e a participação de crianças e adolescentes nos espaços de convivência e de construção da cidadania, inclusive nos processos de formulação, deliberação, monitoramento e avaliação das políticas públicas.	<b>6.1.1.</b> Participação de socioeducandos, egressos e suas famílias nos diferentes espaços de controle social, de acordo com as suas normativas.	Ação Continuada	Participação efetiva desses atores em, pelo menos, duas conferências estaduais em cada uma das seguintes áreas: saúde, assistência social, educação, criança e adolescente, juventude, pessoa com deficiência, LGBT e demais segmentos.	Estado e Municípios	SDSTJDH Gestores Municipais, CEDICA, CMDCA's
	<b>6.1.2.</b> Promoção de Assembleias consultivas periódicas, com a participação de adolescente	Ação Continuada	Assembleias realizadas com a participação de adolescentes	Estado e Municípios	SDSTJDH, FASE e Gestores Municipais

	em cumprimento de Medida Socioeducativa, de egressos do Sistema Socioeducativo e seus familiares.				
	<b>6.1.3.</b> Promoção da participação de socioeducandos e egressos no Fórum Socioeducativo do RS.	Ação Continuada	Participação de socioeducandos e egressos em todas as reuniões do Fórum Permanente de Socioeducação.	Estado	SDSTJDH, CEDICA
	<b>6.1.4.</b> Promoção da participação de adolescentes nos Conselhos locais de Saúde nas UBSs da FASE/RS.	Ação Continuada	Participação efetiva de adolescentes nos Conselhos locais de Saúde nas UBS da FASE.	Municípios com unidades da FASE	SDSTJDH/FASE e SES
	<b>6.1.5.</b> Promoção da participação de crianças e adolescentes, contemplando a diversidade, em encontros de protagonismo no âmbito local, municipal, estadual e nacional.	Ação Continuada	100% dos eventos relacionados à criança e adolescente com sua participação.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais, CEDICA, CMDCA
	<b>6.1.6.</b> Inclusão da temática sobre protagonismo de crianças e adolescentes em todas as atividades de capacitação de profissionais que atuam em situações de violência sexual.	Ação Continuada	Realização de “Circuitos Culturais” nas escolas e entidades de atendimento à criança e adolescente sobre o ECA e a Violência Sexual Infanto-juvenil, buscando a integração com a família e a comunidade.	Estado	CEEVSCA, CEDICA, SEDUC, CEE/RS,
	<b>6.1.7.</b> Efetivação do direito à participação de crianças e adolescentes em espaços de garantia de direitos.	Ação Continuada	Criação de espaços de formação e discussão de crianças, adolescentes e jovens para atuarem como agentes garantidores de seus direitos	Estado	SDSTJDH, CEDICA, CEEVSCA, SEDUC, CEE/RS,

		em nível local		
<b>6.1.8.</b> Incentivo à participação de adolescentes e suas famílias nas instâncias de controle social das diversas políticas públicas sociais.	Ação Continuada	Participação de adolescentes nas instâncias de controle social.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais, CEDICA, SEDUC, CMDCA
<b>6.1.9.</b> Incentivo à participação de crianças, adolescentes e suas famílias nas Pré-Conferências, Conferências Municipais e Estadual de Educação, Saúde, Assistência Social, Criança e Adolescente.	Ação Continuada	Participação de crianças e adolescentes nas Conferências.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais, SEDUC, SES, CEDICA, Conselhos Estaduais e Conselhos Municipais
<b>6.1.10.</b> Presença de adolescente em todas as audiências de revisão de Medida Sócio-educativa realizadas.	Ação Continuada	Participação do socioeducando em 100% das audiências no Sistema de Justiça.	Municípios com unidades da FASE	Poder Judiciário, Defensoria Pública, FASE
<b>6.1.11.</b> Organização e manutenção do registro da história dos acolhidos e construção conjunta do PIA (Plano Individual de Atendimento) e PID (Plano Individual de Desligamento) para projeto de retomada da história de vida.	Ação Continuada	100% de participação de crianças e adolescentes atendidos em acolhimento institucional na construção do PIA e 100% de participação na construção do PID.	Estado e Municípios	Gestores Municipais, SDSTJDH, Fundação Proteção
<b>6.1.12.</b> Promoção de Projetos que fomentem a formação de	Ação Continuada	Formação de crianças e adolescentes promotores da	Estado e Municípios	SES Gestores Municipais,

	Crianças e Adolescentes Promotores de Saúde em articulação com a atenção Básica em Saúde nos municípios.		saúde, multiplicadores de informações sobre saúde e prevenção de doenças a crianças e adolescentes, visando o aumento da adesão dos mesmos ao sistema de saúde.		
	<b>6.1.13.</b> Implementação do Comitê de Participação de Adolescentes do RS - CPA/RS	Ação Continuada	CPA/RS funcionando de acordo com as normativas do CEDICA.	Estado	SDSTJDH, CEDICA
	<b>6.1.14.</b> Fomento à criação e implementação de Comitê de Participação de Adolescentes junto aos Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente.	Ação Continuada	No mínimo, 50% dos CMDCAs com Comitê de Participação de Adolescentes	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, CMDCAs
	<b>6.1.15.</b> Promoção de 9 Seminários Regionais, conforme Regiões Funcionais dos COREDES, a cada 2 anos, fomentando o protagonismo de adolescentes e a escolha da composição do CPA/RS.	Ação Continuada	Realização de 9 Seminários Regionais de promoção da participação e protagonismo de adolescentes, a cada 2 anos.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, CMDCAs
	<b>6.1.16.</b> Promoção da participação de adolescentes nas Comissões Organizadoras das Conferências Municipais e Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente.	Ação Continuada	Participação de adolescentes em todas as Comissões Organizadoras das Conferências Municipais e Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, CMDCAs
	<b>6.1.17.</b> Garantia de orçamento público para ações de promoção da participação	Ação Continuada	Previsão Orçamentária em todos os PPAs.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, CMDCAs,

	e protagonismo de crianças e adolescentes em nível local e estadual.				Gestores Municipais, SPGG
<b>Objetivo Estratégico 6.2 -</b> Promover oportunidades de escuta de crianças e adolescentes nos serviços de atenção e em todo processo judicial e administrativo que os envolva.	<b>6.2.1.</b> Participação na organização e registro da história dos socioeducandos e acolhidos na construção do PIA (Plano Individual de Atendimento) e do PID (Plano Individual de Desligamento).	Ação Continuada	100% de participação dos socioeducandos e acolhidos na construção do PIA e 100% de participação na construção do PID.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais, FASE, Fundação Proteção
	<b>6.2.3.</b> Garantia de estrutura qualificada para escuta da criança e adolescente pelo Depoimento Especial nos processos judiciais a eles afetos.	Ação Continuada	Ampliação da estrutura para depoimento Especial de crianças e adolescentes.	Estado	Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, SSP
	<b>6.2.4.</b> Criação e implementação de protocolos de segurança para intervenção/mediação em situações de conflito envolvendo crianças e adolescentes em manifestações públicas e protestos, com a participação de adolescentes.	Ação Continuada	Protocolos criados e implementados no estado do RS com a participação de adolescentes.	Estado	SDSTJDH, SEDUC, CEDICA, SSP/DECA, DPE
<b>Objetivos Estratégico 6.3 -</b> Ampliar o acesso de crianças e adolescentes, na sua diversidade, aos meios de comunicação para expressão e manifestação de	<b>6.3.1.</b> Viabilização da participação de crianças e adolescentes em todas as instâncias colegiadas de formulação, controle e gestão de políticas públicas para	Ação Continuada	Representação de crianças e adolescentes das entidades de atendimento e dos movimentos organizados nas instâncias colegiadas.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais, CEDICA, CEEVSCA, SEDUC, SES,CEE/RS,



suas opiniões.	criança e adolescente, em níveis local e estadual.				CMDCAs,
	<b>6.3.2.</b> Fomento à formação e ao fortalecimento de grêmios estudantis em toda a rede escolar, visando o envolvimento dos estudantes na discussão dos direitos de crianças e adolescentes e no enfrentamento de todo e qualquer tipo de violência dentro das escolas e nas comunidades.	Ação Continuada	Garantia de participação de crianças e adolescentes, com direito à voz, na execução das metas do Plano Nacional, Estadual e Municipal.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais, CEDICA, CEEVSCA, SEDUC, CEE/RS, CMDCAs,
	<b>6.3.3.</b> Criação de plataforma de comunicação virtual do CPA/RS com crianças e adolescentes no RS.	Ação Continuada	Canal de comunicação criado e em funcionamento.	Estado	SDSTJDH CEDICA/CPA
	<b>6.3.4.</b> Inclusão da arte-educação como instrumento de auto-expressão e criatividade, respeitando a diversidade e valorizando as culturas populares nos serviços, programas e projetos desenvolvidos com crianças e adolescentes.	Ação Continuada	Garantia da inclusão da arte-educação nos serviços, programas e projetos com crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	SEDUC, SDSTJDH, SEDACTEL, Gestores Municipais

#### 5.4. Eixo 4 - Controle social da efetivação dos direitos

**Diretriz 07** – Fortalecimento de espaços democráticos de participação e controle social, priorizando os conselhos de direitos da criança e do adolescente e assegurando seu caráter paritário, deliberativo, controlador e a natureza vinculante de suas decisões.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 7.1</b> – Universalizar os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, qualificando suas atribuições de formular, acompanhar e avaliar as políticas públicas para crianças e adolescentes e de mobilizar a sociedade.	<b>7.1.1.</b> Fortalecimento da participação governamental e da sociedade civil no CEDICA e CMDCA's.	Ação Continuada	75% de presença de cada órgão governamental e da sociedade civil em plenárias, reuniões de comissões e demais representações.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, SDSTJDH, Fórum Estadual dos Direitos Da Criança e do Adolescente, CMDCA's
	<b>7.1.2.</b> Fomento à criação e fortalecimento dos Fundos Municipais da Criança e do Adolescente.	Ação Continuada	100% dos municípios com Fundo da Criança e do Adolescente em funcionamento.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, Gestores Municipais, CMDCA's
	<b>7.1.3.</b> Mobilização dos Conselhos, Fóruns, OSC e outras instituições representativas da sociedade civil em nível estadual, regional e municipal para enfrentamento de situações de violação de direitos de	Ação Continuada	Que a sociedade seja sensibilizada acerca do tema e da importância de denunciar situações ou suspeitas de violação de direitos de crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais, CEDICA, CEEVSCA, CEAS, MP/RS

	crianças e adolescentes.				
	<b>7.1.4.</b> Garantia de suporte técnico, de infraestrutura e financeiro ao Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, conforme previsto na Lei de criação do CEDICA e outros dispositivos legais.	Ação Continuada	Assegurar o pleno e regular funcionamento do CEDICA.	Estado	SDSTJDH
	<b>7.1.5.</b> Realização de, no mínimo, uma capacitação anual para qualificação e fortalecimento dos Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente.	Ação Continuada	Conselhos municipais qualificados para exercer suas atribuições legais.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, Gestores Municipais, CMDCA
	<b>7.1.6.</b> Incentivo aos municípios para qualificar as ações dos Conselhos Municipais dos Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, bem como a participação efetiva dos conselheiros.	Ação Continuada	Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente com participação efetiva em seus municípios.	Estado e Municípios	CEDICA, Gestores Municipais, CMDCA
<b>Objetivo Estratégico 7.2</b> – Apoiar a participação da sociedade civil organizada, bem como das famílias em fóruns, movimentos, comitês e redes, bem como sua articulação nacional e internacional para a incidência e controle social	<b>7.2.1.</b> Assessoria do Gestor público de forma técnica e financeira na organização, promoção e realização de Conferências Estadual e Nacional.	Ação Continuada	3 Conferências Estaduais realizadas e participação do Estado em 3 Conferências Nacionais.	Estado	SDSTJDH, CEDICA
	<b>7.2.2.</b> Fomento à promoção de campanhas publicitárias em nível estadual para	Ação Continuada	Maior compromisso da sociedade em denunciar violações de direitos da	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, CEEVSCA,

das políticas de direitos humanos de crianças e adolescentes e dos compromissos multilaterais assumidos.	incentivar as denúncias relacionadas à violação de direitos de crianças e adolescentes.		criança e do adolescente, com aumento de 100% das denúncias por meio de mecanismos existentes ou outros a serem criados.		CEAS, MP, Gestores Municipais, CMDCA, Conselhos Tutelares
	<b>7.2.3.</b> Mobilização e articulação das políticas públicas para o enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado.	Ação Continuada	Sociedade em geral e gestores públicos juntos no combate à violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, CEEVSCA, Gestores Municipais, CMDCA, Conselhos Tutelares
	<b>7.2.4.</b> Criação de um espaço de integração, promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes, envolvendo os Conselhos de Direitos, Fóruns, Comitês Temáticos, bem como outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, propiciando o diálogo entre os mesmos no RS.	Ação Continuada	Realização de, no mínimo, um encontro anual para planejamento de ações e integração entre os Conselhos de Direitos e outros órgãos e instâncias do Sistema de Garantia de Direitos.	Estado	SDSTJDH, SEDUC, SES, CEDICA, Fórum DCA
	<b>7.2.5.</b> Promoção de Audiências Públicas, conforme necessidade com temas referentes aos direitos humanos de Crianças e Adolescentes.	Ação Continuada	Participação da sociedade nas discussões e encaminhamentos dos assuntos referentes aos direitos humanos de Crianças e Adolescentes.	Estado	SDSTJDH, CEDICA
	<b>7.2.6.</b> Fomento e incentivo à promoção de Seminários, Formações, Rodas de Conversas e outras ações de	Ação Continuada	Socialização de conhecimentos sobre a promoção, proteção e defesa dos direitos de criança e adolescente.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, Gestores Municipais, CMDCA

diálogo com as famílias e a comunidade.				
<b>7.2.7.</b> Fomento à criação de fóruns temáticos de crianças e adolescentes.	Ação Continuada	Garantia e fortalecimento da organização da sociedade nos espaços de discussão dos direitos humanos de crianças e adolescentes.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, Gestores Municipais, CMDCA
<b>7.2.8.</b> Fomento à participação de adolescentes nos Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, por meio da criação do Comitê de participação Adolescente-CPA.	Ação Continuada	Efetivação na participação dos adolescentes nos conselhos municipais com interação entre conselheiros e o CPA, formando conselhos democráticos e participativos.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, Gestores Municipais, CMDCA
<b>7.2.9.</b> Garantia da participação dos Adolescentes no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e Adolescente-CEDICA RS	Ação Continuada	Efetivação na participação dos adolescentes no CEDICA, propiciando a interação entre os conselheiros e o CPA e a formação um conselho democrático e participativo.	Estado	SDSTJDH, CEDICA

### **5.5. Eixo 5 - Gestão da política estadual dos direitos humanos de crianças e adolescentes e do Plano Decenal dos Direitos Humanos das Crianças e Adolescentes do Rio Grande do Sul**

**Diretriz 08** - Fomento e aprimoramento de estratégias de gestão da Política Estadual dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes fundamentadas nos princípios da indivisibilidade dos direitos, descentralização, intersetorialidade, participação, continuidade e corresponsabilidade dos três níveis de governo.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 8.1</b> - Estabelecer mecanismos e instâncias para a articulação, coordenação e pactuação das responsabilidades de cada esfera de governo na gestão do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do RS.	<b>8.1.1.</b> Implantação do Sistema de Gestão, Monitoramento e Avaliação do PDDHCA-RS, conforme previsto no capítulo VI.	2019	Sistema de Gestão, Monitoramento e Avaliação implantado	Estado	SDSTJDH
	<b>8.1.2.</b> Elaboração articulada de políticas públicas para a criança e o adolescente no RS e fortalecimento do Sistema de Garantia de Direitos Humanos no RS.	Ação Continuada	5 planos estaduais temáticos elaborados: Primeira Infância; Convivência Familiar e Comunitária; Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador; e Enfrentamento à Violência Sexual e o de Socioeducação.	Estado	SDSTJDH,
	<b>8.1.3.</b> Articulação e monitoramento dos planos temáticos relacionados à proteção dos direitos da criança e do adolescente.	Ação Continuada	Monitoramento anual de cada Plano Temático.	Estado	SDSTJDH, CEDICA, CEEVSCA, CEAS CEPETI
	<b>8.1.4.</b> Revisão da legislação estadual sobre infância e adolescência no RS.	Até 2020	Atualização da legislação	Estado	SDSTJDH, CEDICA
	<b>8.1.5.</b> Acompanhamento técnico dos convênios e termos de colaboração e de fomento oriundos dos editais do FECA.	Ação Continuada	Acompanhamento de todos os projetos aprovados pelos editais do FECA.	Estado	SDSTJDH,
	<b>8.1.6.</b> Acompanhamento social dos convênios e termos de colaboração e de fomento oriundos dos editais do FECA.	Ação Continuada	Acompanhamento de todos os projetos aprovados pelos editais do FECA.	Estado	CEDICA

	<b>8.1.7.</b> Compatibilização dos Planos Estadual e Municipais de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes com as suas possibilidades de execução.	Ação Continuada	Sensibilização dos municípios para a elaboração dos Planos Municipais de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes em consonância com o Plano Plurianual Municipal.	Estado e Municípios	SDSTJDH, CEDICA, CEEVSCA, Gestores Municipais, Conselhos Tutelares, Ministério Público
	<b>8.1.8.</b> Criação e implementação da coordenação integrada do Sistema Socioeducativo.	Até 2019	Órgão Gestor e coordenações implementadas.	Estado	SDSTJDH/ FASE
	<b>8.1.9.</b> Monitoramento e avaliação das coordenações gestoras do Sistema Socioeducativo.	Ação Continuada	Relatório de monitoramento emitido pelos responsáveis.	Estado	SDSTJDH
	<b>8.1.10.</b> Criação e fortalecimento da Comissão Intersetorial do Sistema Socioeducativo.	Até 2019	Comissão Intersetorial fortalecida	Estado	SDSTJDH
	<b>8.1.11.</b> Funcionamento do Fórum Estadual Permanente de Medidas Socioeducativas.	Ação Continuada	Fórum funcionando com 12 atas/ano.	Estado	SDSTJDH
	<b>8.1.12.</b> Apoio à instituição de conselhos locais de saúde nos Ambulatórios de Saúde, em todos os Centros de Atendimentos do Estado.	Ação Continuada	Instituição de Conselhos locais apoiados.	Estado e Municípios	SDSTJDH/FASE SES, Gestores municipais

**Diretriz 09** – Efetivação da prioridade absoluta no ciclo e na execução orçamentária das três esferas de governo para a Política Estadual e Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, garantindo que não haja cortes orçamentários.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 9.1</b> - Dotar a política dos direitos humanos de crianças e adolescentes de recursos suficientes e constantes para implementação das ações do Plano Decenal com plena execução orçamentária fortalecendo o Orçamento da Criança e do Adolescente (OCA).	<b>9.1.1.</b> Garantia de previsão orçamentária para execução de todos os serviços estaduais relativos às crianças e adolescentes.	Ação Continuada	Previsão nas peças orçamentárias de planejamento do governo.	Estado	SDSTJDH, CEDICA
	<b>9.1.2.</b> Realização de concurso público e provimento de pessoal para cargos efetivos nos serviços de gestão e atendimento à criança e ao adolescente.	Conforme demanda e legislação vigente	Provimento de pessoal para cargos efetivos.	Estado	SDSTJDH/FASE e FPE
	<b>9.1.3.</b> Fomento à captação de recursos, via campanha de destinação, pelo Fundo Estadual da Criança e do Adolescente para a execução de projetos específicos para criança e adolescente.	Ação Continuada	Aumento gradativo da captação de recursos.	Estado	SDSTJDH, CEDICA, Conselho de Contabilidade do RS
	<b>9.1.4.</b> Fomento à elaboração e encaminhamento de projetos sociais para os Fundos da Criança e do Adolescente.	Ação Continuada	Projetos elaborados e encaminhados por edital.	Estado	CEDICA, SDSTJDH
	<b>9.1.5.</b> Financiamento e custeio dos programas de acompanhamento de egressos do sistema socioeducativo.	Ação Continuada	100% da demanda assegurada.	Estado	SDSTJDH
	<b>9.1.6.</b> Garantia de recursos financeiros permanentes	Ação Continuada	Todos os Centros de Atendimento com Revista	Municípios com unidades da	SDSTJDH /FASE



	para aquisição e manutenção de equipamentos destinados à implantação da revista humanizada em todas as unidades privativas de liberdade.		Humanizada implantada.	FASE	
	<b>9.1.7.</b> Fomento à ampliação das unidades executoras destinadas ao cumprimento de Medidas Socioeducativas no Meio Aberto.	Ação Continuada	Ampliação do número de unidades executoras para cumprimento da medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais
	<b>9.1.8.</b> Implementação dos Módulos Escolares nas unidades de internação da FASE.	Ação Continuada	9 Módulos Escolares anexos aos Centros de Atendimento e 3 novos CASEs com módulo escolar independente Construídos.	Municípios com unidades da FASE	SDSTJDH/FASE, SEDUC
	<b>9.1.9.</b> Apoiar a participação e o acesso de adolescentes e familiares nas diferentes instâncias deliberativas da Política de Direitos Humanos da Criança e do Adolescente.	Ação Continuada	Participação de adolescentes e familiares nas instâncias deliberativas da Política de Direitos Humanos da Criança e do Adolescente.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais
<b>Objetivo Estratégico 9.2</b> - Estabelecer e implementar mecanismos de cofinanciamento e de repasse de recursos do Fundo Estadual da Criança e do Adolescente (FECA) entre as três esferas de	<b>9.2.1.</b> Implementação e execução de mecanismo da política de cofinanciamento entre as três esferas de governo, para a implantação e implementação dos programas/projetos/ações pertinentes à área da criança e do adolescente.	Implementação até 2020	Recursos provenientes de cofinanciamentos.	União, Estado, Municípios	Gestores Federal, Estadual e Municipais

governo, na modalidade Fundo a Fundo, para as prioridades estabelecidas pelo Plano Decenal, de acordo com os parâmetros legais e normativos do CEDICA.					
--	--	--	--	--	--

**Diretriz 10** – Qualificação permanente de profissionais para atuarem na rede de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 10.1</b> Formular e Implementar uma política de formação continuada, segundo diretrizes estabelecidas pelo CONANDA, para atuação dos operadores do sistema de garantias de direitos, que leve em conta a diversidade regional, cultural e étnico-racial.	<b>10.1.1.</b> Implantação da Escola Estadual de Formação do Atendimento Socioeducativo aos operadores do sistema.	Até 2022	Profissionais da rede preparados para atendimentos.	Estado	SDSTJDH,  Comitê Estadual de Direitos Humanos
	<b>10.1.2.</b> Capacitação dos profissionais que atuam na rede de atendimento, promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente para a realização de práticas de Mediação de Conflitos, preferencialmente as restaurativas.	Ação Continuada	100% dos profissionais capacitados.	Estado	SDSTJDH
	<b>10.1.3.</b> Capacitação das equipes dos municípios que executam as Medidas	Ação Continuada	Equipes capacitadas de acordo com a demanda e conforme legislação vigente.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais

	Socioeducativas em Meio Aberto				
	<b>10.1.4.</b> Realização de Seminário de Políticas Públicas de Direitos da Criança e Adolescente, respeitando a diversidade.	Anual	Evento temático realizado.	Estado	SDSTJDH, SES, SEDUC, CEDICA
	<b>10.1.5.</b> Implantação da Escola de Conselhos, com vistas a apoiar a estruturação e a qualificação da ação dos Conselhos Tutelares e Conselhos de Direitos.	Implantação até 2020	Conselheiros capacitados.	Estado	SDSTJDH, CEDICA

**Diretriz 11** – Aperfeiçoamento de mecanismos e instrumentos de monitoramento e avaliação da Política Estadual e do Plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, facilitado pela articulação de sistemas de informação.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 11.1</b> – Desenvolver metodologias e criar mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da política Estadual e do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e do seu respectivo orçamento.	<b>11.1.1.</b> Criação de Comissão de Avaliação e Monitoramento, com encontros semestrais e produção de relatórios.	Criação em 2018	Acompanhar a execução das ações do Plano Decenal.	Estado	SDSTJDH, CEDICA, SPGG
	<b>11.1.3.</b> Estabelecimento de banco de dados qualitativo e quantitativo de reiteração e reincidências dos egressos de medidas socioeducativas	Até 2019	Banco de dados para qualificar atendimentos.	Estado e Municípios	SDSTJDH/FASE, Gestores Municipais, Ministério Público, Poder Judiciário e Defensoria Pública

	em meio aberto e fechado.				
	<b>11.1.4.</b> Atualização e ampliação sistemática dos indicadores da situação da criança e do adolescente no estado do RS.	Anual	Realização de monitoramento atualizado e sistemático com a progressiva ampliação do Mapa Social da criança e do adolescente no RS, considerando as condições de pessoas com deficiência e as diversidades de gênero, orientação sexual, cultural, étnico-racial, religiosa, geracional, territorial e de nacionalidade.	Estado	SDSTJDH, CEDICA
	<b>11.1.5.</b> Aprimoramento e ampliação do acesso ao Sistema de Informação de Criança e Adolescente em medida protetiva de Acolhimento Institucional e Familiar.	Ação Continuada	Acesso ao Sistema de Informação aprimorado.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais, Poder Judiciário, Ministério Público
	<b>11.1.6.</b> Implementação e qualificação da vigilância socioassistencial do SUAS no Estado.	Ação Continuada	Vigilância socioassistencial do SUAS implantada para qualificação nos atendimentos.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais
	<b>11.1.7.</b> Implantação da vigilância do SINASE.	Até 2020	Vigilância do SINASE implantada para qualificação nos atendimentos.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais
<b>Objetivo Estratégico 11.2</b> - Universalizar o Sistema de Informação para Infância e Adolescência - SIPIA, mediante a	<b>11.2.1.</b> Implementação do SIPIA/SINASE no sistema de atendimento socioeducativo em meio fechado.	Ação Continuada	Melhoria da funcionalidade do SIPIA/SINASE.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais
	<b>11.2.2.</b> Expansão e	Ação	Realização de capacitações e	Estado e	SDSTJDH,

corresponsabilidade do poder público, em articulação com outras bases de dados nacionais sobre crianças e adolescentes.	qualificação do SIPIA/Conselho Tutelar nos municípios do RS por meio de formação permanente, assessoria e monitoramento.	Continuada	assessorias aos Conselhos Tutelares.	Municípios	Comitê Gestor Estadual do SIPIA
---	--	------------	--------------------------------------	------------	---------------------------------

**Diretriz 12** – Produção de conhecimentos sobre a infância e a adolescência, aplicada ao processo de formulação de políticas públicas.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 12.1</b> – Fomentar pesquisas no campo da promoção, proteção e defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes, com a difusão pública de seus resultados.	<b>12.1.1.</b> Fomento aos municípios para qualificar os registros de gerenciamento de informações dos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes.	Ação Continuada	Municípios com os registros atualizados e qualificados.	Estado e Municípios	SDSTJDH, Gestores Municipais
	<b>12.1.2.</b> Incentivo a pesquisas sobre a situação da criança e do adolescente no RS em parceria com instituições de ensino e pesquisa.	Ação Continuada	Produção de pesquisa sobre a situação da criança e adolescente de acordo com as demandas do PDDHCARS.	Estado	SDSTJDH, CEDICA

	<b>12.1.3.</b> Publicação de pesquisas e estudos sobre criança e adolescente com recursos do FECA, aprovados pelo CEDICA.	Ação Continuada	Estudos e pesquisas publicados.	Estado	SDSTJDH, CEDICA
	<b>12.1.4.</b> Diagnóstico do Trabalho infantil nos municípios.	Ação Continuada	Publicação dos dados sobre trabalho infantil no RS.	Estado e municípios	SDSTJDH, CEDICA, CEPETI, Ministério Público do Trabalho e Emprego
<b>Objetivo Estratégico 12.2</b> - Identificar, apoiar e difundir práticas inovadoras no campo da promoção, proteção e defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes, visando o intercâmbio de experiências para o aperfeiçoamento de políticas públicas.	<b>12.2.1.</b> Criação de acervo temático sobre criança e adolescente.	Ação Continuada	Acervo criado e difundido com acesso público .	Estado	SDSTJDH, CEDICA, Comissão de Monitoramento do PDDHCARS
	<b>12.2.2.</b> Colaboração para a garantia de atendimento especializado e em rede às crianças e adolescentes em situação de violência sexual, por profissionais especializados e capacitados.	Ação Continuada	Melhoria no atendimento prestado às crianças e adolescentes em situação de violência sexual.	Estado e municípios	SDSTJDH, CEDICA, CEEVSCA, SES, SEDUC, Gestores Municipais, Ministério Público, Poder Judiciário, Conselhos Tutelares
	<b>12.2.3.</b> Ampliação e qualificação dos Centros de Referência no Atendimento à Infância e Adolescência- CRAIs, nos municípios.	Ação Continuada	Atender de forma ágil e com qualidade as crianças, adolescentes e seus familiares.	Estado e municípios	SdTJDH, CEDICA, CEEVSCA, SEDUC, SES, CEAS, Ministério Público, Poder Judiciário

**Diretriz 13** – Cooperação internacional e relações multilaterais para implementação das normativas e dos acordos internacionais de promoção e proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Localização</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Objetivo Estratégico 13.2</b> - Desenvolver parcerias e cooperação técnica com o Governo Federal, outros estados e com municípios para implementação da Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente.	<b>13.2.1.</b> Articulação e promoção de programas estaduais em cooperação com organismos nacionais e internacionais de apoio e defesa de crianças e adolescentes.	Ação Continuada	Programas promovidos em articulação com organismos nacionais e internacionais.	Estado	SDSTJDH

## **6. SISTEMA DE GESTÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

### **6.1. Sistema de gestão**

O Plano Decenal, como referido, tem algumas características que desafiam sua futura gestão. É um plano interinstitucional, intersetorial, com participação e gestão social, interfederativo e de execução no longo prazo.

Trata-se de um plano interinstitucional, porque agrega órgãos governamentais com diferentes especificidades e missões institucionais e instituições não governamentais. É intersetorial, porque envolve áreas como saúde, educação, assistência social, justiça e direitos humanos, segurança, segurança alimentar, e outras, que requerem, obrigatoriamente, a identificação e o estabelecimento de conexões e interfaces entre suas ações e dimensões.

A elaboração e execução do PDDHC requerem ampla participação e gestão social, visto que a sociedade brasileira e as inúmeras organizações sociais envolvidas com os direitos das crianças e adolescentes exigem transparência e efetividade das políticas públicas e querem participar dos espaços decisórios e de controle social da execução. É interfederativo, porque se orienta em políticas nacionais contidas no Plano Nacional de Direitos Humanos das Crianças e Adolescentes e requer colaboração das instituições federais que compartilham atribuições para atender aos direitos das crianças e adolescentes e também pode orientar e reforçar as interfaces e interdependência dos municípios que são executores de muitas políticas e programas contidos no Plano Estadual. E é de longo prazo, porque boa parte dos resultados esperados não são observados no curto prazo e necessitam de uma adequação nas metodologias e mecanismos de planejamento e de gestão que, via de regra, são de curto prazo e não são interconectados.

Este plano dispõe de um sistema de gestão que deve respeitar todas estas características. A perspectiva de planejamento para 10 anos, que torna mais complexa a responsabilidade dos formuladores, envolve pelo menos três (3) gestões governamentais e três (3) Planos Plurianuais (PPA), em contextos de alterações políticas nas estruturas burocrático-administrativas e, muitas vezes, com carência de técnicos e especialistas em determinadas áreas, o que



aumenta o desafio de desenhar uma estratégia de gestão que funcione, cumpra seus objetivos estratégicos e atinja seus resultados e metas.

Por gestão pública entendemos o gerenciamento do conjunto de ações governamentais que envolvem o processo de decisão e de alocação de recursos, a responsabilidade pela coordenação de programas e ações, as estratégias de implementação, o acompanhamento e a avaliação dos resultados do Governo e de prestação de contas à sociedade. Portanto, a gestão pública envolve as estratégias do governo, validadas no processo democrático (SEPLAN, 2015, p.14). Neste PDDHCA RS, não vamos reportar os custos e o orçamento das ações, porém, em decorrência da sua diretriz metodológica de contemplar o PPA 2016-2019, a alocação de recursos deve estar assegurada uma parte do período de sua implementação e deverá constar nos PPAs subsequentes.

A consideração das perspectivas interinstitucional e intersetorial requer uma constante coordenação e articulação entre os órgãos governamentais e não-governamentais, o que deve facilitar a transversalidade e a otimização de processos.

Todavia, a característica interinstitucional deste Plano não o transforma num mecanismo centralizador. Todos os órgãos devem estar envolvidos na gestão das ações de sua responsabilidade político-administrativas e das suas finalidades. O que cabe à gestão do Plano é acompanhar a execução de todas as ações previstas e, quando houver atrasos significativos na execução destas ações, identificar e facilitar a verificação dos entraves e dos problemas que dificultam ou impedem a execução e apontar ou apoiar perspectivas de solução.

A característica da intersetorialidade pode ser considerada por duas vias. Primeiro relacionado à *“concepção dos problemas e da atuação dos gestores, como forma de pensar integralmente a realidade”* (COSTA & BRONZO. In: FARIA, org. 2012, p.58) como um marco conceitual para pensar as políticas de proteção. Isso porque se reconhece que muitos dos problemas a serem enfrentados requerem *“um conjunto amplo de intervenções personalizadas para um público focalizado, ao mesmo tempo e paralelamente a uma rede de direitos universais de educação, saúde, cidadania”* (idem, p.59). E, segundo, pela via da gestão, *“como uma estratégia de gestão, de natureza*

*institucional e organizacional, considerando-se que a gestão segmentada e setorializada nem sempre responde de forma adequada aos desafios atuais.”* (idem, p.59).

Em relação à participação e a gestão social, consideramos que envolvem principalmente os momentos de planejamento e de acompanhamento das ações, monitoramento e avaliação dos impactos da implementação do Plano. É preciso valorizar a capacidade da sociedade civil organizada de perceber o que não funciona adequadamente ou quando uma ação não foi, de fato, executada, ou mesmo quando um conjunto de ações não esteja levando aos resultados esperados. Para tal, esta deve ter acesso a informações sistematizadas e análises tecnicamente formuladas sobre os resultados de impacto da execução do Plano decenal. A ideia de gestão social é entendida “*como o processo gerencial dialógico onde a autoridade decisória é compartilhada entre os participantes da ação (ação que possa ocorrer em qualquer tipo de sistema social – público, privado ou de organizações não-governamentais).*” (TENÓRIO, p.39, in: SILVA JR. et al., 2008). Trata-se da gestão da coisa pública que ocorre numa esfera pública de ação que não é estatal, que coloca em interação os interesses do Estado e os interesses sociais (FRANÇA FILHO, p.32, in: SILVA JR. et al., 2008) num espaço de compartilhamento de poder de decisão entre o Estado e a sociedade civil. Por esta abordagem, no caso deste plano, prevê-se o fortalecimento do papel do CEDICA, enquanto instrumento de gestão e controle social de um modo sistemático e continuado.

Para atender à perspectiva decenal, é preciso engajar e comprometer, ao mesmo tempo, os gestores políticos responsáveis em cada gestão governamental e quadros técnicos de carreira. Os gestores deverão estar inseridos e comprometidos nos processos de implementação das ações e cada secretaria deverá sempre manter, pelo menos, um servidor público em cada setor responsável pela implementação das ações planejadas.

Durante a elaboração do PDDHCA RS, identificou-se que existe um conjunto de bancos de dados públicos com informações importantes acerca das realidades das crianças e adolescentes do estado, porém dispersos, tais como no Ministério Público Estadual, em órgãos do Poder Judiciário e do Poder Executivo, como na Secretaria da Saúde, da Educação, do Desenvolvimento

Social e da Segurança, dentre outras. Uma característica comum da maior parte destes sistemas é que não são parametrizados e não têm conexão entre si, impedindo ou limitando o acesso e a sistematização de informações necessárias para um diagnóstico transversal da situação desse segmento da população no Estado e para o monitoramento dos resultados a partir da implementação das ações planejadas.

Com vistas ao Diagnóstico da situação das crianças e adolescentes no estado, foi construído pela FEE um Banco de Dados com um conjunto expressivo de indicadores, para o período 2000 a 2015, sobre questões como demografia e renda, saúde, educação, segurança, socioeducação, violação de direitos, acolhimento institucional, protagonismo e participação, controle social e gestão da política. Este Banco de dados requer uma atualização periódica e precisa ser disseminado socialmente. Além disso, dada a obrigatoriedade do estado de manter e fortalecer os sistemas de estatística oficiais e dada a necessidade de aprimorar e consolidar os sistemas existentes, é necessário organizar uma ação conjunta dos órgãos envolvidos no Sistema de Garantia de Direitos para articular e integrar os bancos de dados existentes sobre os temas afins à realidade dos direitos das crianças e adolescentes do Rio Grande do Sul. Essas ações, por seu ineditismo e especificidades, vão requerer uma estratégia de operacionalização específica. Para tal, prevê-se uma instância que se responsabilize pela gestão destas informações e sua mais qualificada organização.

Dessa forma, entendemos por sistema de gestão o conjunto de mecanismos estabelecidos para atingir os objetivos estratégicos, as ações e as metas do PDDHCA RS, que são:

- a) Estrutura de gestão;
- b) Monitoramento e avaliação.

Este sistema de gestão será instituído por Lei e pelos instrumentos jurídico-normativos que institucionalizam e regulamentam o funcionamento dos mecanismos de gestão acima definidos.

O conceito de rede utilizado no SISPLAG (SEPLAN, 2016, p.85) também é considerado na gestão do Plano Decenal para representar a forma de relacionamento e interação entre os órgãos dos poderes públicos diferentes e envolvidos na implementação do PDDHCA RS. Por isso, instituiu-se a figura do

Coordenador setorial do Plano como um elo dessa rede que deve ser um espaço de interação entre os órgãos e a Coordenação Executiva e vice-versa.

A sistemática de acompanhamento é composta das seguintes etapas:

- a. Coordenadores setoriais do Plano e coordenadores setoriais do SISPLAG reúnem informações de execução no âmbito dos órgãos que representam e alimentam o SISPLAG a cada quatro (4) meses;
- b. Coordenação Executiva convoca reuniões mensais e analisa tempestivamente questões e problemas gerenciais e operacionais; analisa os dados e os indicadores –produto do SISPLAG a cada quatro (4) meses e convoca reunião para tomar medidas; elabora relatórios e os encaminha ao CEDICA e ao Conselho Gestor;
- c. CEDICA aprecia os relatórios e envia manifestação à Coordenação Executiva e ao Conselho Gestor.
- d. Conselho Gestor aprecia os relatórios e envia manifestação à Coordenação Executiva e ao CEDICA;
- e. Coordenação Executiva trata das questões analisadas com os Coordenadores setoriais do Plano e o ciclo se retroalimenta.

### **6.1.1. Estrutura de gestão, funções e sistemática de funcionamento**

#### **6.1.1.1. Conselho Gestor**

**Composição:** Secretários (as) de Estado do Desenvolvimento Social Trabalho Justiça e Direitos Humanos; da Saúde; da Educação; da Segurança Pública; Presidência do CEDICA; Ministério Público Estadual; Poder Judiciário; Presidência do Fórum Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente e Presidência da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa. A coordenação do Conselho é de responsabilidade da SDSTJDH.

**Funções:** analisar o cumprimento dos objetivos estratégicos, os resultados e as metas físicas, acompanhar as metas prioritárias estabelecidas no planejamento estratégico governamental, analisar os principais entraves à execução, analisar a avaliação de impacto, aprovar adequações no PDDHCA

RS para atingir os objetivos estratégicos e prestar contas à sociedade civil organizada por meio de um relatório anual a ser divulgado.

**Sistemática:** reunião anual para análise dos objetivos estratégicos e sua relação com as metas prioritárias estabelecidas no planejamento estratégico governamental, análise dos relatórios de resultados físicos e dos principais entraves à execução e tomada de providências, análise dos relatórios de avaliação de impacto, aprovação das adequações no planejamento operacional e estratégico quando necessária e aprovação de um relatório anual de prestação de contas. Os relatórios são estruturados e gerados pelo Sistema de Elaboração, Acompanhamento e Revisão do PPA (SISPLAG).

#### 6.1.1.2. CEDICA

**Composição:** todos os integrantes do CEDICA, inclusive seus representantes crianças e adolescentes.

**Funções:** exercer o controle social sobre a implementação do PDDHCA RS, analisar os relatórios de resultados físicos, analisar a avaliação de impacto, propor ajustes nas estratégias de implementação e propor soluções para enfrentar entraves e problemas que possam afetar os objetivos, as metas e os resultados.

**Sistemática:** reuniões quadrimestrais, após atualização do SISPLAG, para análise dos Relatórios de acompanhamento e os de avaliação de impacto. A coordenação executiva do PDDHCA RS apresentará ao CEDICA/RS os relatórios quadrimestrais e, quando necessário, convidará representantes das Secretarias e órgãos executores para a referida apresentação.

#### 6.1.1.3. Coordenação Executiva

**Composição:** Direção do Departamento responsável pelos Direitos Humanos e Cidadania, coordenadores setoriais dos órgãos executores e coordenador de comunicação da SDSTJDH.

**Funções:** exercer a coordenação geral da execução do Plano; promover a articulação intersetorial, interinstitucional e interfederativa para atender aos objetivos estratégicos, os resultados e metas; coordenar a

sistemática de monitoramento, aprovar o plano de monitoramento e de avaliação de impacto e seus relatórios; aprovar o plano de comunicação social, seus relatórios e materiais de comunicação; convocar e coordenar as reuniões da coordenação executiva; apoiar a gestão do Plano junto aos órgãos executores setoriais; compor grupos de trabalho intersetoriais ou interinstitucionais, se necessário, para tratar de questões e problemas específicos e apresentar soluções e dar encaminhamentos.

**Sistemática:** realizar reuniões mensais, atividades ordinárias à execução do Plano, elaborar Relatórios quadrimestrais de acompanhamento e anual de prestação de contas à Plenária do CEDICA e ao Conselho Gestor.

#### **6.1.1.4. Coordenadores Setoriais**

**Composição:** Representantes indicados pelos titulares das Secretarias de Estado do Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos; da Saúde; da Educação; da Segurança Pública; do Planejamento, Governança e Gestão e outros órgãos executores afins do Poder Executivo, do Poder Judiciário e do Ministério Público Estadual. Propõe-se que seja uma representação em nível de coordenação ou assessoria com função de deliberação.

**Funções:** promover a comunicação e a articulação interna em cada órgão, responder pelas decisões gerenciais e operacionais tomadas pelos gestores, elaborar relatórios de acompanhamento de seus respectivos órgãos, conforme a periodicidade do SISPLAG, fornecer as informações necessárias ao monitoramento dos indicadores de impacto e à avaliação de impacto, participar das reuniões mensais da Coordenação Executiva, informar, tempestivamente, à Direção da Secretaria ou dos órgãos afins, sobre problemas e questões que possam dificultar ou impedir a execução do Plano.

**Sistemática:** convocar e coordenar reuniões internas no seu órgão, pelo menos a cada dois meses para tratar da execução do Plano, promover a articulação interna em seu órgão para atender os objetivos estratégicos, os resultados e as metas respectivas.

#### 6.1.1.5. Coordenação de gestão da informação estatística

**Composição:** Representantes dos órgãos públicos do Poder Executivo, do Poder Judiciário, do Poder Legislativo e do Ministério Público Estadual, responsáveis pelo sistema de estatística socioeconômica e por bases de dados relacionadas ao Sistema de Garantia de Direitos de crianças e adolescentes do Rio Grande do Sul. A coordenação é de responsabilidade da SDSTJDH em parceria com os demais órgãos/instituições envolvidos no PDDHCA RS, tais como a FEE.

**Funções:** articular a parametrização dos sistemas de informações e dos bancos de dados existentes que contém estatísticas oficiais e registros administrativos sobre os temas afins à realidade dos direitos das crianças e adolescentes do Rio Grande do Sul dos órgãos de Estado; elaborar um plano operacional para promover a gestão das informações dos bancos de dados existentes.

**Sistemática:** reunir a equipe periodicamente, executar o plano operacional, promover a articulação entre as áreas de gestão da informação com as áreas de tecnologia da informação dos órgãos participantes.

#### 6.1.1.6. Coordenação de monitoramento e de avaliação

**Composição:** A coordenação e execução dessa atividade são de responsabilidade da SPGG no âmbito do Núcleo de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (NUMA) do DEPLAN, em parceria com os demais órgãos/instituições envolvidos no PDDHCA RS.

**Funções:** Construir e implantar a metodologia de monitoramento e de avaliação do Plano, bem como disponibilizar seus respectivos relatórios.

**Sistemática:** Monitorar o plano quadrimestralmente através do acompanhamento do PPA via SISPLAG; identificar junto aos órgãos setoriais, conforme demanda do comitê gestor, iniciativas do Plano que possam ser objeto de avaliação.

### **6.1.1.7. Coordenação de comunicação social**

**Composição:** Representantes das assessorias de comunicação indicados pelos órgãos executores do PDDHCA RS. A coordenação é de responsabilidade da SDSTJDH.

**Funções:** elaborar o Plano de comunicação social do PDDHCA RS, com uma estratégia direcionada tanto à sociedade quanto, internamente, ao governo, construir a metodologia do Plano de comunicação; desenvolver atividades ordinárias à execução do Plano de comunicação social; receber e sistematizar as informações necessárias das outras assessorias de comunicação; divulgar o relatório anual de prestação de contas e elaborar materiais de comunicação para as reuniões da Coordenação Executiva, do CEDICA e do Conselho Gestor.

**Sistemática:** convocar e coordenar reuniões da equipe, pelo menos, a cada mês, para tratar da execução do Plano, participar das reuniões da Coordenação Executiva, estabelecer contato com meios de comunicação social, promover a articulação interna entre os órgãos envolvidos, produzir os materiais de comunicação definidos no Plano.

## **6.1. 2. Monitoramento e avaliação do PDDHCA RS**

### **6.1.2. 1. Monitoramento**

O monitoramento consiste no acompanhamento dos resultados e das metas físicas do plano, utilizando a metodologia já institucionalizada dos Planos Plurianuais (PPA) e seu sistema de informações, o Sistema de Elaboração, Acompanhamento e Revisão do PPA (SISPLAG). Para esse fim, será considerado o conceito de indicadores dos programas, que medem os resultados alcançados e o conceito de produtos, que são bens e serviços ofertados à sociedade, resultantes da execução das ações.

A utilização do SISPLAG reduz sobre trabalho porque os órgãos já têm a responsabilidade administrativa e legal de alimentar o Sistema, o que pode



otimizar tanto o tempo de trabalho como a qualidade das informações na medida em que amplia os usos dos sistemas corporativos conhecidos e legalmente instituídos. A utilização do SISPLAG também fortalece a capacidade de planejamento dos órgãos governamentais, porque o acompanhamento que segue permite que técnicos e gestores observem os resultados e metas e os analisem e se constitui em um instrumento positivo ao sistema de gestão do Plano Decenal.

A sistemática de monitoramento é composta, inicialmente, pela inserção dos dados no SISPLAG com periodicidade quadrimestral. Essa etapa será feita pelos coordenadores setoriais da rede SISPLAG, responsáveis por reunirem as informações nos seus respectivos órgãos. Uma vez preenchido o Sistema, a Coordenação de monitoramento e avaliação disponibiliza à Coordenação Executiva os relatórios extraídos do SISPLAG contendo as informações que dizem respeito ao Plano Decenal.

#### **6.1.2.2 Avaliação do PDDHCA RS**

Por definição, a avaliação é a aplicação de um conjunto de métodos de pesquisa, sendo que todos os métodos disponíveis podem circular em torno dos diferentes tipos de avaliação. As avaliações podem ser classificadas de acordo com o momento em que ocorrem - antes, durante ou depois da implementação da política ou programa.

As avaliações posteriores à implementação do programa são chamadas de *ex-post* e visam trabalhar com resultados e impactos obtidos com o programa. Esta categoria de avaliação investiga em que medida o programa atinge os resultados esperados pelos formuladores, sendo realizada ao final da fase de implementação ou após a conclusão de um programa. O objetivo principal dessa modalidade de avaliação é analisar a efetividade de um programa, compreendendo em que medida o mesmo atingiu os resultados esperados. Além dessa modalidade de avaliação de resultado, que guarda no seu interior os resultados esperados, há, também, a análise dos impactos gerados.

No Estado do Rio Grande do Sul, foi institucionalizado o processo de avaliação de políticas públicas no ano de 2016, com a criação do Núcleo de

Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Desde então, a avaliação das políticas governamentais vem sendo desenvolvidas de forma contínua. Ao longo de 2017, algumas iniciativas estão em andamento, incluindo avaliações que se relacionam com o PDDHCA RS, como é o caso do Programa de Oportunidades e Direitos (POD) RS Socioeducativo (SDSTJDH) e do Primeira Infância Melhor (PIM) para população prisional (SES). Conforme demanda do Comitê Gestor, serão identificadas, junto aos órgãos setoriais, outras iniciativas do Plano que possam ser objeto de avaliação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Relatório Avaliativo: ECA 25 anos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, 2016. Disponível em <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/bibliotecavirtual/criancas-e-adolescentes/publicacoes-2016/pdfs/relatorio-avaliativo-eca>>. Acesso em 02 de setembro de 2017.

CONANDA. Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 – 2020. Documento Preliminar. Brasília. Outubro 2010. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/pt/PoliticaPlanoDecenal\\_ConsultaPublica.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/PoliticaPlanoDecenal_ConsultaPublica.pdf). Acesso em 20 de junho de 2017.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. Org. Implementação de políticas públicas. Teoria e prática. PUC Minas. Belo Horizonte, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. LEI Nº 6787 de 11 de janeiro de 1991.1991. Disponível em [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/pgm/usu\\_doc/lei\\_6787.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/pgm/usu_doc/lei_6787.pdf). Acesso em 05 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Conselhos Tutelares de Porto Alegre. 2005. Disponível em [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/conselhos\\_tutelares/default.php?p\\_secao=12](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/conselhos_tutelares/default.php?p_secao=12). Acesso em 05 de setembro de 2017.

PRIORE, Mary Del (org.). História da Criança no Brasil. São Paulo: Contexto, 1991.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social. Fundação de Atendimento Sócio-Educativo. Centro do Jovem Adulto - CJA: resgate histórico. Porto Alegre: Corag, 2002.

\_\_\_\_\_. Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo. 2016 <http://www.al.rs.gov.br/legis/>

RIZZINI, Irene. A Criança e a lei no Brasil: revisitando a história (1822-2000). 2ª edição, Brasília, DF: UNICEF; Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária, 2002.

SILVA JR, Jeová Torres, MÂSIH Rogério Teixeira, CANÇADO, Airton Cardoso e SCHOMMER, Paula Chies. Org. Gestão Social. Práticas em Debate, Teorias em Construção. Juazeiro do Norte. UFC/CAMPUS CARIRI, 2008.

SEPLAN. Marco Metodológico para Elaboração do PPA 2016-2019. Estudos DEPLAN. N.4. Porto Alegre, 2015.

\_\_\_\_\_. Elaboração do Plano Plurianual 2016-2019. Estudos DEPLAN. N.5. Porto Alegre, 2016.



**CEDICA-RS**  
CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS  
DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



**GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO  
SOCIAL, TRABALHO, JUSTIÇA E  
DIREITOS HUMANOS