

Boletim Epidemiológico

8

Volume 54 | 29 fev. 2024

Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021

SUMÁRIO

- 1** Introdução
- 2** Métodos
- 3** Resultados
- 10** Discussão
- 12** Considerações finais e recomendações
- 13** Referências

INTRODUÇÃO

Por ser um fenômeno complexo e polissêmico, a violência manifesta-se de diversas maneiras e assume formas próprias de relações pessoais, sociais, políticas ou culturais, na maioria das vezes motivadas por relações de poder. É, sobretudo, a ação que despersonaliza o ser humano como sujeito e o tipifica como objeto, sem qualquer autonomia por efeito da alienação. A violência contra crianças e adolescentes insere-se exatamente nesse contexto em razão da invisibilidade legitimada e da condição de propriedade a eles imposta.¹

A violência sexual contra crianças e adolescentes configura-se como um agravo de natureza sociocultural compreendido a partir de diferentes dimensões e que se expressa nas relações sociais de classe, gênero e de raça/cor e suas interseccionalidades. Trata-se de um grave problema de saúde pública que viola os direitos humanos e exige esforços conjuntos do poder público e da sociedade para coibir sua prática com o intuito de diminuir a distância entre o panorama legal e a realidade das cidades brasileiras.²

Um fator importante no enfrentamento da violência sexual é o fato de sua ocorrência estar relacionada, de forma mais frequente, ao território físico e simbólico da estrutura familiar e do ambiente escolar. A família e a escola, embora sejam instituições imprescindíveis à formação de crianças e adolescentes como cidadãos e seres sociais, não garantem necessariamente uma rede de proteção integral e acesso aos serviços de saúde.³

A Lei n.º 9.970, de 17 de maio de 2000,⁴ institui o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Essa lei foi criada em alusão ao crime ocorrido no Espírito Santo no ano de 1973, em que uma criança de 8 anos de idade fora sequestrada, drogada, estuprada e assassinada.

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D,
Edifício PO700, 7º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
E-mail: svs@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/svs

VERSAO 2

O dia 18 de maio tornou-se emblemático a partir desse episódio cruel e carrega em si a missão de lembrar à sociedade, à família e ao Estado que é preciso proteger nossas crianças e adolescentes, enquanto o silêncio em face da violação de seus direitos gera impunidade, adoecimento e morte.

O Ministério da Saúde, como um dos integrantes do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, propõe a articulação e a integração entre os diversos atores do Estado e da sociedade civil na promoção, na defesa e no controle da efetivação dos direitos da infância e da adolescência previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).⁵ Nesse sentido, foi implantado, em âmbito nacional, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) com o objetivo de dar visibilidade às violências praticadas contra crianças e adolescentes e subsidiar as ações de atenção, promoção, proteção às vítimas e de aprimoramento de políticas públicas.⁶

A partir de 2011, a notificação de violência interpessoal e autoprovocada passou a ter caráter compulsório para todos os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Em 2014, a comunicação dos casos de violência sexual às secretarias municipais de saúde tornou-se imediata, devendo ocorrer em até 24 horas após o atendimento da vítima com o propósito de garantir a intervenção oportuna.⁶

Diante desse contexto, considerando a importância do enfrentamento da violência sexual, este documento tem o objetivo de descrever as características individuais e das ocorrências de violência sexual contra crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos) notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no Brasil de 2015 a 2021 e a distribuição dos serviços especializados de atenção às pessoas em situação de violência sexual nos estados brasileiros. O documento também almeja dar transparência às informações disponíveis com o intuito de subsidiar a qualificação da vigilância e da atenção integral daqueles que vivenciam essa problemática em suas localidades.

MÉTODOS

Análise descritiva dos casos de violência sexual contra crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos) notificados no componente contínuo da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) entre 2015 e 2021 no Brasil. Foram incluídos na análise todos os registros de violência sexual identificados por meio do preenchimento do campo 56 ("Tipo de violência") como "1-Sim" na categoria "Sexual".

Conforme descrito no Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada,⁶ a violência sexual é caracterizada como:

"Qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, sua sexualidade com fins de lucro, vingança ou outra intenção."

Os dados foram apresentados estratificados por sexo segundo características demográficas: faixa etária (<1; 1 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos), raça/cor (branca; preta; amarela; parda; indígena; ignorado), deficiência/ transtorno (sim; não; ignorado), região de residência (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste); e características das ocorrências: tipo de violência sexual (estupro; assédio sexual; pornografia infantil; exploração sexual; outras), se ocorreu outras vezes (sim; não; ignorado), local de ocorrência (residência; escola; via pública; habitação coletiva; local de prática esportiva; bar ou similar; comércio/serviços; indústrias/construção; outros; ignorado), sexo do agressor (masculino; feminino; ambos os sexos; ignorado), número de envolvidos (um; dois ou mais; ignorado), vínculo do agressor (familiares; amigos/conhecidos; desconhecidos; parceiros íntimos; outros) e encaminhamento (Conselho Tutelar; Rede de Saúde; Rede de Assistência Social; Ministério Público; Rede de Educação; Delegacia da Criança e de Adolescentes; outros). Quanto à variável vínculo do agressor, a categoria "familiares" inclui os campos pai, mãe, irmão, madrasta e padastro; a categoria "parceiros íntimos" inclui os campos cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado; a categoria "outros" inclui cuidador, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei e outros vínculos.

Para conhecer a distribuição dos serviços especializados de atenção às pessoas em situação de violência sexual nos estados brasileiros, foram utilizadas as bases de dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de 2015 a 2021 extraídas do TabNet. A classificação do serviço utilizada foi "165 Atenção às pessoas em situação de violência sexual", e suas categorias: 001 Serviço de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual; 006 Serviço de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei; 007 Serviços de atenção ambulatorial às pessoas em situação de violência sexual e 008 Serviços com habilitação para realização de coleta de vestígios de violência sexual.

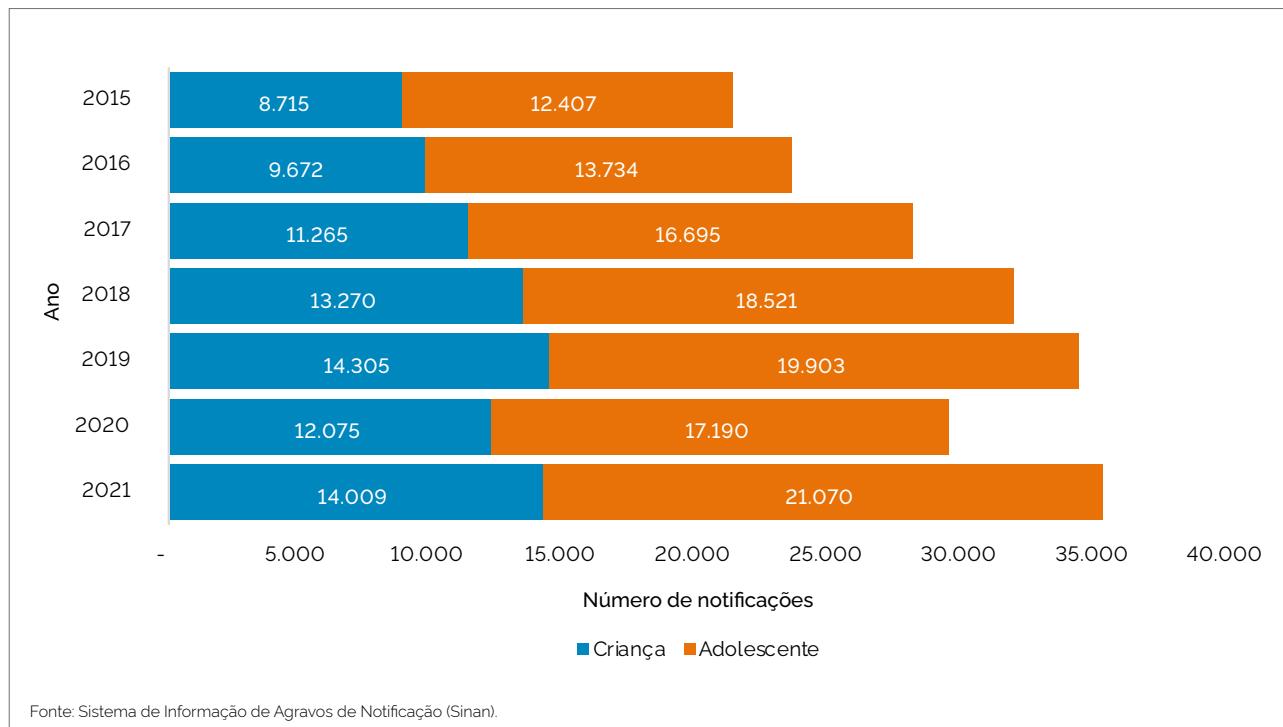
Foi realizada análise descritiva do número de notificações de violências sexuais contra crianças e adolescentes registradas no Sinan entre 2015 e 2021. Foram calculadas

as frequências absolutas e relativas das notificações de violência sexual segundo as características individuais e das ocorrências para o ano de 2021.

Foi realizada a frequência absoluta do número de serviços especializados de atenção às pessoas em situação de violência sexual para o mês de dezembro do período de 2015 a 2021 e por unidade da Federação para dezembro de 2021. Para o processamento dos dados foi o utilizado o software Tabwin versão 4.1.5, e os dados foram analisados com auxílio do Microsoft Excel 2016.

■ RESULTADOS

No período de 2015 a 2021 foram notificados 202.948 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, sendo 83.571 (41,2%) em crianças e 119.377 (58,8%) em adolescentes. Observa-se que houve um aumento no número de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes entre 2015 e 2019. No entanto, em 2020, houve um decréscimo nesse número. Em 2021, o número de notificações foi o maior registrado ao longo do período analisado (Figura 1).



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

FIGURA 1 Número de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo o ano de notificação – Brasil, 2015-2021

Violência sexual contra crianças

Observa-se que, entre as crianças, 76,8% das notificações ocorreram entre meninas. Tanto no sexo feminino quanto no sexo masculino, a maior proporção de notificações de violência sexual aconteceu na faixa etária de 5 a 9 anos (53,8% e 60,1%, respectivamente) e em negros (pardos

N = 35.126, 42,2%; e pretos N = 5.812, 7,0%). Observou-se maior proporção de violência sexual entre aquelas que relataram não possuir alguma deficiência ou transtorno (meninas N = 53.110, 83,0%; e meninos N = 15.381, 79,6%) e que residiam na Região Sudeste (meninas N = 27.664, 43,2%; e meninos N = 8.861, 45,9%) (Tabela 1).

TABELA 1 Características individuais de violência sexual contra crianças de 0 a 9 anos notificada no Sinan – Brasil. 2015-2021

Características	Meninas (N = 63.991; 76,8%)		Meninos (N = 19.320; 23,2%)		Total (N = 83.311; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária (anos)						
<1	2.615	4,1	502	2,6	3.117	3,8
1 a 4	26.967	42,1	7.205	37,3	34.172	41,0
5 a 9	34.409	53,8	11.613	60,1	46.022	55,2
Raça/cor da pele						
Branca	24.764	38,7	7.689	39,8	32.453	39,0
Preta	4.384	6,9	1.428	7,4	5.812	7,0
Amarela	403	0,6	109	0,6	512	0,6
Parda	27.224	42,5	7.902	40,9	35.126	42,2
Indígena	855	1,3	102	0,5	957	1,1
Ignorada	6.361	10,0	2.090	10,8	8.451	10,1
Deficiência/transtorno						
Sim	1.788	2,8	1.014	5,2	2.802	3,4
Não	53.110	83,0	15.381	79,6	68.491	82,2
Ignorado	9.093	14,2	2.925	15,2	12.018	14,4
Região de residência						
Norte	8.733	13,6	2.030	10,5	10.763	12,9
Nordeste	8.076	12,6	1.957	10,1	10.033	12,0
Sudeste	27.664	43,2	8.861	45,9	36.525	43,8
Sul	13.738	21,5	4.598	23,8	18.336	22,0
Centro-Oeste	5.777	9,1	1.873	9,7	7.650	9,3
Ignorado	3	0,0	1	0,0	4	0,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Mais da metade dos casos (N = 53.004 – 57,0%) notificados de violência sexual foram de estupro, tanto em meninas (N = 40.295 – 56,4%) quanto em meninos (N = 12.709 – 59,0%). Mais de um terço dos casos de violência sexual já havia ocorrido outras vezes (meninas 35,0% e meninos 34,5%), e a maioria dos casos ocorreu na residência (meninas 72,4% e meninos 65,9%) (Tabela 2).

Sobre os agressores, a maior parte era do sexo masculino (meninas 80,8% e meninos 81,9%), e para ambos os sexos a maioria dos casos teve apenas um agressor envolvido (meninas 75,3% e meninos 70,5%). Observa-se que em

38,9% dos casos o agressor foi um familiar (meninas 40,8% e meninos 32,9%). Destacam-se também os casos em que o agressor era amigo/conhecido (meninas 23,5% e meninos 31,5%) (Tabela 2).

Verifica-se que 34,7% dos casos notificados de violência foram encaminhados ao Conselho Tutelar (meninas 34,5% e meninos 35,5%), seguido de encaminhamento para a rede de serviços de saúde (meninas 29,3% e meninos 29,9%) e para a rede de serviços de assistência social (meninas 15,1% e meninos 16,3%) (Tabela 2).

TABELA 2 Características da ocorrência de violência sexual contra crianças de 0 a 9 anos notificada no Sinan – Brasil, 2015-2021

Características	Meninas (N = 63.991; 76,8%)		Meninos (N = 19.320; 23,2%)		Total (N = 83.311; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Tipo de violência sexual^a						
Estupro	40.295	56,4	12.709	59,0	53.004	57,0
Assédio sexual	21.131	29,6	5.818	27,1	26.949	29,1
Pornografia infantil	1.920	2,7	812	3,8	2.732	2,9
Exploração sexual	1.626	2,3	520	2,4	2.146	2,3
Outras	6.413	9,0	1.664	7,7	8.077	8,7
Ocorreu outras vezes						
Sim	22.399	35,0	6.656	34,5	29.055	34,9
Não	19.465	30,4	5.978	30,9	25.443	30,5
Ignorado	22.127	34,6	6.686	34,6	28.813	34,6
Local de ocorrência						
Residência	46.343	72,4	12.734	65,9	59.077	70,9
Habitação coletiva	494	0,8	234	1,2	728	0,9
Escola	2.155	3,4	1.188	6,1	3.343	4,0
Local de prática esportiva	110	0,2	113	0,6	223	0,3
Bar ou similar	144	0,2	73	0,4	217	0,3
Via pública	1.242	1,9	648	3,4	1.890	2,3
Comércio/serviços	235	0,4	87	0,5	322	0,4
Indústrias/construção	50	0,1	45	0,2	95	0,1
Outros	5.291	8,3	1.931	10,0	7.222	8,7
Ignorado	7.927	12,3	2.267	11,7	10.194	12,1
Sexo do agressor						
Masculino	51.699	80,8	15.826	81,9	67.525	81,1
Feminino	2.708	4,2	861	4,5	3.569	4,3
Ambos os sexos	1.882	2,9	700	3,6	2.582	3,1
Ignorado	7.702	12,1	1.933	10,0	9.635	11,5
Número de envolvidos						
Um	48.210	75,3	13.629	70,5	61.839	74,2
Dois ou mais	7.646	12,0	3.601	18,6	11.247	13,5
Ignorado	8.135	12,7	2.090	10,9	10.225	12,3
Vínculo com o agressor^b						
Familiares	24.961	40,8	6.291	32,9	31.252	38,9
Amigos/conhecidos	14.344	23,5	6.023	31,5	20.367	25,4
Desconhecidos	3.840	6,3	1.146	6,0	4.986	6,2
Outros	18.009	29,4	5.649	29,6	23.658	29,5
Encaminhamentos^a						
Conselho Tutelar	42.688	34,5	13.366	35,5	56.054	34,7
Rede de saúde	36.234	29,3	11.257	29,9	47.491	29,4
Rede de assistência social	18.689	15,1	6.156	16,3	24.845	15,4
Ministério Público	2.625	2,1	879	2,3	3.504	2,2
Rede de educação	2.222	1,8	947	2,5	3.169	2,0
Delegacia da Criança e do Adolescentes	1.688	1,4	558	1,5	2.246	1,4
Outros	19.613	15,8	4.538	12,0	24.151	14,9

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

^aVariáveis com possibilidade de múltipla escolha. Na variável vínculo com o agressor a categoria "familiares" refere-se aos campos pai, mãe, irmão, madrasta e padrasto; a categoria "outros" se refere ao cuidador, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei e outros vínculos.^bVariável com N = 61.154 para meninas; N = 19.109 para meninos e total N = 80.263.

Violência sexual contra adolescentes

No que diz respeito à violência sexual contra adolescentes (10 a 19 anos), 92,7% das notificações foram de meninas (N = 110.795). Quando estratificado por faixa etária, 68,2% das notificações foram na faixa etária de 10 e 14 anos (meninas 67,8% e meninos 73,4%). Além disso, houve maior

proporção de notificação em adolescentes pretos e pardos (meninas N = 66.783, 60,3%; e meninos N = 4.629, 53,1%), que não possuíam deficiência ou transtorno (meninas 82,2% e meninos 68,4%). Quanto a região de residência, a Região Sudeste (meninas 32,8% e meninos 43,7%) compreendeu 33,6% dos casos notificados (Tabela 3).

TABELA 3 Características individuais da violência sexual contra adolescentes de 10 a 19 anos notificada no Sinan – Brasil, 2015-2021

Características	Meninas (N = 110.795; 92,7%)		Meninos (N = 8.725; 7,3%)		Total (N = 119.520; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária (anos)						
10-14	75.099	67,8	6.404	73,4	81.503	68,2
15-19	35.696	32,2	2.321	26,6	38.017	31,8
Raça/cor da pele						
Branca	33.900	30,6	3.198	36,7	37.098	31,0
Preta	9.706	8,8	814	9,3	10.520	8,8
Amarela	971	0,9	63	0,7	1.034	0,9
Parda	57.077	51,5	3.815	43,7	60.892	50,9
Indígena	1.536	1,4	49	0,6	1.585	1,3
Ignorada	7.605	6,8	786	9,0	8.391	6,9
Deficiência/transtorno						
Sim	7.461	6,7	1.505	17,2	8.966	7,5
Não	91.035	82,2	5.969	68,4	97.004	81,2
Ignorado	12.299	11,1	1.251	14,2	13.550	11,3
Região de residência						
Norte	22.371	20,2	1.064	12,2	23.435	19,6
Nordeste	21.763	19,7	1.150	13,2	22.913	19,2
Sudeste	36.347	32,8	3.816	43,7	40.163	33,6
Sul	19.643	17,7	1.964	22,5	21.607	18,1
Centro-Oeste	10.650	9,6	730	8,4	11.380	9,5
Ignorado	21	0,0	1	0,0	22	0,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Quanto ao tipo de violência sexual, o estupro teve maior proporção nos adolescentes de ambos os sexos, sendo 66,4% (N = 84.927) no sexo feminino e 59,8% (N = 6.181) no sexo masculino. Quanto as características da ocorrência da violência sexual em geral, nas meninas 44,7% dos casos já haviam ocorrido outras vezes e nos meninos 41,8%. Destaca-se que, para ambos os sexos, a maioria (63,5%) dos casos notificados ocorreu na residência (Tabela 4).

Em relação ao sexo do agressor, a maioria era do sexo masculino tanto para meninas (93,3%) quanto para meninos (86,0%), tendo na maioria (80,7%) dos casos apenas um agressor envolvido. Quanto ao vínculo do agressor, em 25,5% das meninas e 38,2% dos meninos o agressor foi um amigo/conhecido, seguido de familiares (para meninas, 22,6% e para meninos, 20,3%), e entre meninas, de parceiros íntimos (20,5%). A proporção de encaminhamento para a rede de saúde correspondeu a cerca de 31,8% das notificações, e em 30,0% dos casos houve registro de encaminhamento ao Conselho Tutelar (Tabela 4).

TABELA 4 Características da ocorrência de violência sexual contra adolescentes de 10 a 19 anos notificada no Sinan – Brasil, 2015-2021

Características	Meninas (N = 110.795; 92,7%)		Meninos (N = 8.725; 7,3%)		Total (N = 119.520; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Tipo de violência sexual^a						
Estupro	84.927	66,4	6.181	59,8	91.108	65,9
Assédio sexual	31.097	24,3	2.813	27,2	33.910	24,5
Pornografia infantil	2.126	1,7	388	3,8	2.514	1,8
Exploração sexual	3.527	2,8	428	4,1	3.955	2,9
Outras	6.291	4,8	522	5,1	6.813	4,9
Ocorreu outras vezes						
Sim	49.509	44,7	3.648	41,8	53.157	44,5
Não	43.126	38,9	3.135	35,9	46.261	38,7
Ignorado	18.160	16,4	1.942	22,3	20.102	16,8
Local de ocorrência						
Residência	70.999	64,1	4.877	55,9	75.876	63,5
Habitação coletiva	848	0,8	211	2,4	1.059	0,9
Escola	1.356	1,2	326	3,7	1.682	1,4
Local de prática esportiva	439	0,4	87	1,0	526	0,4
Bar ou similar	1.025	0,9	80	0,9	1.105	0,9
Via pública	11.605	10,5	874	10,0	12.479	10,4
Comércio/serviços	1.160	1,0	147	1,7	1.307	1,1
Indústrias/construção	286	0,3	33	0,4	319	0,3
Outros	10.614	9,6	1.134	13,0	11.748	9,9
Ignorado	12.463	11,2	956	11,0	13.419	11,2
Sexo do agressor						
Masculino	103.364	93,3	7.500	86,0	110.864	92,8
Feminino	1.773	1,6	395	4,5	2.168	1,8
Ambos os sexos	2.166	2,0	259	3,0	2.425	2,0
Ignorado	3.492	3,2	571	6,5	4.063	3,4
Número de envolvidos						
Um	90.390	81,6	6.084	69,7	96.474	80,7
Dois ou mais	15.220	13,7	1.925	22,1	17.145	14,4
Ignorado	5.185	4,7	716	8,2	5.901	4,9
Vínculo com o agressor^a						
Familiares	25.185	22,6	1.770	20,3	26.955	22,4
Amigos/conhecidos	28.510	25,5	3.321	38,2	31.831	26,4
Desconhecidos	19.441	17,4	1.487	17,1	20.928	17,4
Parceiros íntimos	22.846	20,5	191	2,2	23.037	19,2
Outros	15.683	14,0	1.936	22,2	17.619	14,6
Encaminhamentos^a						
Conselho Tutelar	57.830	29,9	5.213	30,6	63.043	30,0
Rede de saúde	61.753	31,9	5.114	30,1	66.867	31,8
Rede de assistência social	30.413	15,7	2.950	17,3	33.363	15,9
Ministério Público	5.195	2,8	535	3,1	5.730	2,7
Rede de educação	2.656	1,4	364	2,2	3.020	1,4
Delegacia da Criança e do Adolescentes	2.375	1,2	277	1,6	2.652	1,3
Outros	33.099	17,1	2.558	15,1	35.657	16,9

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

^aVariáveis com possibilidade de múltipla escolha. Na variável vínculo com agressor a categoria "familiares" refere-se aos campos pai, mãe, irmão, madrasta e padrasto; a categoria "parceiros íntimos" refere-se aos campos cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado; a categoria "outros" refere-se ao cuidador, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei e outros vínculos.

Estabelecimentos com Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

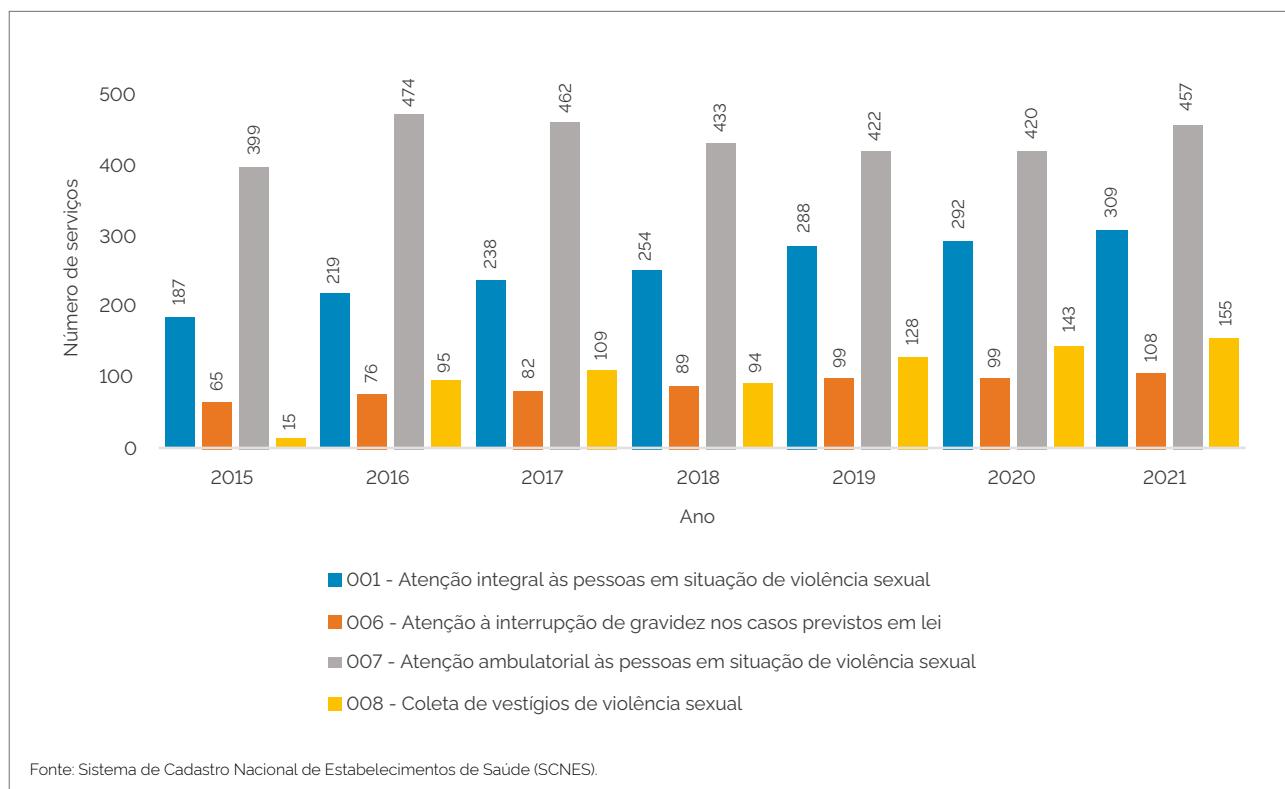
Na Figura 2 é possível observar que, com exceção do ano de 2018, houve um aumento anual no período analisado no número de todos os tipos de Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual.

Na Tabela 5 encontram-se os números de Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual cadastrados em dezembro de 2021 por tipo de serviço, região e unidade da Federação (UF). Nota-se que no Brasil, em dezembro de 2021, havia 1.029 serviços cadastrados,

com as Regiões Sudeste e Nordeste apresentando os maiores números de serviços: 299 e 230, respectivamente.

Quanto aos serviços de interrupção legal da gravidez (classificação 006), estavam cadastrados no CNES 108 serviços, sendo 39 (36,1%) na Região Nordeste; 33 (30,6%) na Região Sudeste; 14 (13,0%) na Região Sul; 11 (10,2%) na Região Norte; e 11 (10,2%) na Região Centro-Oeste (Tabela 5).

No que se refere aos serviços de coleta de vestígios, 155 estabelecimentos correspondiam a essa classificação na data referida, sendo a maior quantidade de serviços na Região Sudeste (30,3%); seguida das Regiões Nordeste (28,4%), Norte (22,6%), Sul (11,0%) e Centro-Oeste (7,7%) (Tabela 5).



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

FIGURA 2 Número de Serviços de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual, por classificação segundo o mês de dezembro de cada ano – Brasil, 2015-2021

TABELA 5 Número de Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, por tipo de serviço, de acordo com as regiões e as unidades da Federação (UF) – Brasil, dezembro 2021

Região/UF	Atenção integral às pessoas em situação de violência	Atenção ambulatorial	Interrupção legal da gravidez	Coleta de vestígios	Total
Brasil	309	457	108	155	1.029
Região Norte	35	77	11	35	158
Rondônia	2	7	-	4	13
Acre	2	2	1	-	5
Amazonas	14	29	6	10	59
Roraima	2	5	1	-	8
Pará	8	27	2	19	56
Amapá	1	2	-	1	4
Tocantins	6	5	1	1	13
Região Nordeste	67	80	39	44	230
Maranhão	5	22	2	2	31
Piauí	5	2	1	4	15
Ceará	7	25	8	21	61
Rio Grande do Norte	9	2	3	9	23
Paraíba	6	2	4	-	12
Pernambuco	15	16	10	3	44
Alagoas	3	-	1	-	4
Sergipe	1	1	1	-	3
Bahia	16	10	9	5	40
Região Sudeste	111	108	33	47	299
Minas Gerais	32	22	7	23	84
Espírito Santo	8	20	3	6	37
Rio de Janeiro	32	13	13	4	62
São Paulo	39	53	10	14	116
Região Sul	67	44	14	17	142
Paraná	19	11	1	7	38
Santa Catarina	26	29	6	7	68
Rio Grande do Sul	22	4	7	3	36
Região Centro-Oeste	29	148	11	12	200
Mato Grosso do Sul	4	6	2	3	15
Mato Grosso	2	47	4	3	56
Goiás	10	66	1	2	79
Distrito Federal	13	29	4	4	50

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

■ DISCUSSÃO

De acordo com os dados apresentados, nota-se um aumento no número de casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes em 2021 em comparação ao ano de 2020, correspondendo ao maior número de notificações entre os anos estudados. Esses dados podem ter sofrido influência da pandemia de covid-19, quando indivíduos e famílias precisaram ficar em isolamento social. Discute-se que o isolamento social pode ter facilitado o maior controle dos agressores sobre crianças e adolescentes e a perpetuação do silêncio das vítimas, podendo influenciar no aumento da ocorrência de violência sexual paralelamente à redução dos registros de denúncias e notificações desses casos.⁷ Em relação ao menor número de notificações em 2020, uma possível explicação seria a subnotificação dos casos devido ao fechamento das escolas e à diminuição dos atendimentos nos serviços de saúde, o que pode ter gerado estimativas subestimadas das notificações no referido ano.⁷

Em revisão sistemática que avaliou o impacto do isolamento social na ocorrência de violência intrafamiliar, entre elas a violência sexual, foi observado um aumento na ocorrência desse agravo nos estudos em que a coleta de dados ocorreu diretamente com os membros das famílias, ao passo que estudos que utilizaram fontes de informação secundárias, tais como registros hospitalares e policiais, demonstraram uma diminuição desses registros.⁸ É necessário, portanto, considerar que o período da pandemia de covid-19 afetou explicitamente o funcionamento dos serviços de saúde e das escolas, pontos da rede de proteção fundamentais para esse grupo.⁹

Salienta-se que crianças de 5 a 9 anos e adolescentes de 10 a 14 anos apresentaram as maiores frequências de notificações de violência sexual, um crime contra a dignidade e a liberdade que gera danos ao longo da vida e intergeracionais. No Brasil, de acordo com o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), art. 217-A, considera-se estupro de vulnerável a conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso com pessoas menores de 14 anos.¹⁰ O Superior Tribunal de Justiça, por meio da Súmula nº 593/2017, considera estupro de vulnerável todo e qualquer ato libidinoso, com ou sem o consentimento, envolvendo pessoas menores de 14 anos de idade.¹¹

Observou-se também maior frequência de notificações de violência sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. Acredita-se, contudo, que há um sub-registro dos casos de violência sexual entre meninos devido a fatores que limitam a identificação da violência, como estereótipo de gênero ou a crença de que meninos não

vivenciam a violência.¹² Quanto à raça/cor da pele, a notificação de violência sexual foi mais frequente em crianças e adolescentes negros (pretos e pardos). Esse dado propõe a reflexão sobre como a intersecção de dimensões, como raça, classe e gênero, entre outras, expõe maiores vulnerabilidades e desigualdades nas situações de violência.¹³

Diante desse contexto, cabe destacar a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e como coordenadora do cuidado nos territórios e o papel dos profissionais da APS na abordagem das situações de violência. Os profissionais da APS devem estar atentos para reconhecer as violências, identificar os sinais de alerta²⁰ e os fatores de risco, bem como promover cuidado ao estabelecer vínculo entre crianças e adolescentes e seus cuidadores e a assistência à saúde, visando identificar e prevenir as violências contra meninas e meninos.

É importante destacar que a Lei Federal nº 14.679, de 18 de setembro de 2023, altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes entre os fundamentos da formação dos profissionais da educação e para incluir a proteção integral dos direitos humanos e a atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual contra crianças e adolescentes entre os princípios do SUS.

A norma determina a alteração do artigo 7º da Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para acrescentar o inciso XV, que estabelece como princípio do Sistema Único de Saúde a "proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes".

É importante ressaltar que a violência sexual é apenas uma das formas de violência que as crianças e os adolescentes podem sofrer, e que a pandemia de covid-19 também pode ter contribuído para o aumento de outras formas de violência, como a violência física, a negligência e o abuso emocional. É fundamental, portanto, que a rede de proteção esteja atenta a todas as formas de violência e que sejam desenvolvidas estratégias integradas para prevenir e enfrentar esse problema.¹⁹

Destacamos a necessidade de políticas públicas e programas de prevenção e enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, principalmente

para aqueles que estão em situação de vulnerabilidade, como as meninas negras, que foram as mais afetadas pelos casos de violência sexual notificados no estudo em questão. É fundamental que essas políticas e os programas envolvam não só as áreas de saúde e educação, mas também outros setores, como assistência social, justiça e segurança pública, de forma que se garanta uma atuação integrada e efetiva na proteção desses grupos.³³

Quanto ao local onde ocorreram as violências sexuais, foi constatado que para crianças e adolescentes a maior proporção se deu na residência. No domicílio, considerado um ambiente privado, a violência é silenciosa e recorrente.¹³ Esse fato tem relação com o vínculo com o agressor, em que a maior proporção é de familiares e amigos/conhecidos. Cabe destacar que essa dinâmica da violência contra crianças e adolescentes dificulta conhecer suas particularidades e a implementar medidas de intervenção.¹⁴ Tanto a ocorrência na residência como o agressor ser alguém próximo da criança ou do adolescente produz ainda mais vulnerabilidades, promovendo uma sensação constante de insegurança e medo e contribuindo para a manutenção de uma cultura violenta.

Os dados chamam a atenção para o baixo percentual de encaminhamentos para o Conselho Tutelar e para a Rede de Saúde. Algumas das causas da falha nesses encaminhamentos podem estar relacionadas à dinâmica do preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência ser distinta nos diversos serviços, que frequentemente não dispõem de um fluxo definido, e o profissional responsável pelo atendimento à vítima nem sempre é aquele que preencherá a notificação ou fará o encaminhamento dos casos na rede. Dessa forma, pode ocorrer perda de informações durante o processo de preenchimento. No entanto, tendo em vista que o Conselho Tutelar deve ser acionado obrigatoriamente nos casos que envolvem violência contra crianças e adolescentes, o baixo preenchimento desse campo pode sinalizar a desarticulação da rede e a falta de capacitação dos profissionais quanto ao preenchimento da ficha.

Considerando que a maioria das crianças e dos adolescentes se encontra em ambiente escolar, a parceria entre saúde e educação, por meio do Programa Saúde Escolar (PSE), pode ser uma estratégia para orientar esses indivíduos sobre como reconhecer situações de violência e buscar apoio. As ações do PSE devem ser desenvolvidas considerando o contexto social, histórico e cultural de cada território e devem promover a redução de danos físicos e psicológicos nos estudantes por meio da promoção da cultura de paz e de direitos humanos.¹⁵

Outro ponto a ser ressaltado é a importância da educação sexual na prevenção da violência sexual. É fundamental que os adolescentes recebam informações adequadas sobre sexualidade e relacionamentos saudáveis, de forma que sejam capacitados para identificar situações de violência sexual e buscar ajuda. Além disso, é necessário que a educação sexual seja inclusiva, abordando questões de gênero, raça e diversidade sexual para evitar estereótipos e preconceitos que possam contribuir para a perpetuação da violência sexual.

Diante desse cenário, destaca-se a notificação de violência como instrumento estratégico para o fortalecimento da vigilância em saúde, dando visibilidade ao agravo, por meio da produção de dados que permitam a identificação do perfil epidemiológico, subsidiando a implementação de políticas públicas de saúde e de ações prioritárias para a prevenção e o enfrentamento dos casos de violência. Destaca-se ainda que as notificações de violência também têm por finalidade promover o cuidado e a inserção da pessoa em situação de violência na rede de atenção, cuidado e proteção.

No que tange às situações de violência sexual, cabe destacar a importância da notificação na oferta e no estabelecimento de fluxo de cuidado, sinalizando aos profissionais para a necessidade de rastreamento e de medidas profiláticas para infecções sexualmente transmissíveis (IST) e hepatites virais. No caso de meninas, visa também viabilizar o acesso às medidas de contracepção de emergência e à interrupção legal da gestação.¹⁶ Ademais, a notificação dos casos de violência sexual é fundamental para o planejamento e para a implementação de políticas e programas de prevenção e combate a esse tipo de violência. Os profissionais de saúde, educação e assistência social devem ser capacitados e orientados para o preenchimento adequado das fichas de notificação e o encaminhamento dos casos para os órgãos protetivos.

É necessário que a sociedade como um todo seja conscientizada sobre a importância da notificação no Sinan e do enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes com o intuito de garantir o atendimento oportuno, a proteção desses grupos e a construção de uma cultura de paz e respeito aos direitos humanos.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O Ministério da Saúde desenvolve ações e estratégias voltadas à vigilância, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, amparadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)¹⁷ e nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.¹⁸ Reconhece e reafirma a necessidade de assegurar às crianças e aos adolescentes todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana com o intuito de lhes proporcionar desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições plenas de liberdade e dignidade, conforme destaca o Estatuto da Criança e do Adolescente.¹⁹

Nesse sentido, as atividades realizadas para a implementação das políticas públicas de atenção e proteção das crianças e dos adolescentes em situação de violências sexuais consistem em: i) apoiar as ações de promoção da saúde e da cultura de paz, bem como a prevenção de violências e seus fatores de risco; ii) articular as ações e as estratégias da rede de saúde visando à implementação da linha de cuidado e à qualificação dos serviços de saúde para a atenção integral a crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência; e iii) dialogar com outros setores que compõem o Sistema de Garantia de Direitos das Crianças e dos Adolescentes para fortalecer a rede de proteção no território.

Diante disso, o Ministério da Saúde recomenda as seguintes ações para estados e municípios:

- implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências;²⁰
- fortalecimento da atuação dos profissionais e dos gestores de saúde para a integralidade do cuidado em todas as suas dimensões (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social) com apoio por meio do material *Methodologias para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*;²¹
- realização de ações, no âmbito do Programa de Saúde na Escola (PSE), na temática de prevenção das violências e promoção da cultura de paz e de direitos humanos, com base nos Cadernos Temáticos² e nos Guias de Bolso;¹⁴
- Fomentar a capacitação de profissionais nos aspectos relacionados à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes:

- » curso Proteger e Cuidar de Adolescentes na Atenção Primária à Saúde;²³
- » curso Primeira Infância e Intersetorialidade;²⁴
- » utilização da Caderneta de Saúde Criança, versão menina e menino,^{25,26} como acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil;
- » utilização da Caderneta de Saúde do Adolescente, versão menina²⁷ e menino, como acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento;²⁸
- » curso de Escuta de Crianças e Adolescentes na rede de serviços do SUS: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46743>;
- Implementação da Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, referente à escuta especializada no SUS e à comunicação com a rede intersetorial;⁵
- fortalecer a vigilância e o monitoramento dos casos de violência contra crianças e adolescentes, bem como capacitar os profissionais de saúde quanto ao preenchimento da *Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada*;
- ampliar o número de municípios e unidades de saúde que notificam casos de violência, bem como fortalecer a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violência e o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030* (Plano de Dant);³⁰
- ampliar e qualificar os serviços de atendimento de crianças e adolescentes de ambos os sexos em situação de violência sexual;
- fortalecer os serviços de atenção psicossocial de crianças e adolescentes por meio da Rede de Atenção Psicossocial (Raps);
- garantir o acesso aos serviços de interrupção da gestação, previstos em lei, de meninas e mulheres vítimas de violência sexual:
 - » Curso Juventude e Participação Social;³¹
- fomentar o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários de modo que sejam favorecidos a identificação e o suporte a pessoas em situação de violência, bem como o acionamento e o acesso aos serviços de saúde e proteção:
 - » utilização da Caderneta da Criança, versão menina e menino, pela família e pelos cuidadores;
 - » leitura do livro *Diálogos sobre adolescentes e jovens: estratégias para políticas públicas*;³²
 - » família e adolescentes.³³

Para a adequada implementação dessas ações e a efetiva proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes, é necessária a articulação intersetorial, envolvendo as

instâncias públicas governamentais da assistência social, da saúde, da educação, da cultura, da segurança pública, bem como da sociedade civil. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos desse público.

Nessa perspectiva, a representação desse panorama epidemiológico e situacional revela a importância de conhecer e dimensionar a violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, considerando a perspectiva da interseccionalidade, uma importante ferramenta analítica e de práxis social que permite compreender como a violência sexual se manifesta a partir da desigualdade social, das relações de poder e do contexto social que permeiam a vida desses sujeitos.³⁴

REFERÊNCIAS

1. Teodoro CC. Criança e adolescente: da invisibilidade social e naturalização da violência à perspectiva da proteção integral. Humanidades em Perspectivas; 2, <https://www.revistasuninter.com/revista-humanidades/index.php/revista-humanidades/article/view/117>.
2. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e adolescentes. 18 de maio, Caderno Temático -Direitos Sexuais são Direitos Humanos – Coletânea de Textos [Internet]. Brasília: MDHC; 2008. 103 p.
3. Inoue SRV, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. Estud psicol (Campinas) 2008; 25: 11-21.
4. Brasil. Lei nº 9.970, de 17 de maio de 2000. Institui o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 de maio de 2000.
5. Brasil. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 de abril de 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. Brasília: 2016.
7. Levandowski ML, Stahnke DN, Munhoz TN, et al. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2021; 37: e00140020.
8. Letourneau N, Luis MA, Kurbatinski S, et al. Covid-19 and family violence: A rapid review of literature published up to 1 year after the pandemic declaration. eClinicalMedicine; 53. Epub ahead of print 1 November 2022. DOI: 10.1016/j.eclim.2022.101634.
9. Silva MCB da, Araújo II de, Souza TA de, et al. Evidence on the impacts of covid-19 pandemic on violence against children: scoping review. Texto contexto - enferm 2021; 30: e20210058.
10. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Dos crimes sexuais contra vulnerável. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 de agosto de 2009.
11. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 593. Brasília: Superior Tribunal de Justiça. 2017. Disponível em: https://www.stj.jus.br/docs_internet/revista/eletronica/stj-revista-sumulas-2017_46_capSumulas593-600.pdf.
12. Alaggia R, Collin-Vézina D, Lateef R. Facilitators and Barriers to Child Sexual Abuse (CSA) Disclosures: A Research Update (2000-2016). Trauma Violence Abuse 2019; 20: 260-283.
13. Melo CM de, Soares MQ, Bevilacqua PD. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. Ciênc saúde coletiva 2022; 27: 3715-3728.
14. Rates SMM, Melo EM de, Mascarenhas MDM, et al. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. Ciência & Saúde Coletiva 2015; 20: 655-655.
15. Ministério da Educação. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. 32p.
16. Ministério da Saúde. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
18. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 19 abr 2023]. 132p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf.

19. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 de julho de 1990.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências — Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2012. 104p.
21. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Metodologias para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 11 abr 2023]. 86p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodologias_cuidado_crianca_situacao_violencia.pdf.
22. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado de Puericultura e Hebicultura [acesso em 20 abr]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/puericultura/>.
23. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, UNA-SUS. Proteger e Cuidar de adolescentes na APS [acesso em 20 abr 2023]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46742>.
24. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, AVA-SUS, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Secretaria de Educação a Distância, UFRN. Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde. Primeira infância e intersetorialidade [acesso em 20 abr 2023]. Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=446>.
25. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno. Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania (versão menina). 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2023 abr 18]. 109 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_5.ed.pdf.
26. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno. Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania (versão menino). 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2023 abr 18]. 109 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_5.ed.pdf.
27. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem. Caderneta de Saúde da Adolescente. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2023 abr 18]. 50p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_feminina.pdf.
28. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem. Caderneta de Saúde do Adolescente. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2023 abr 18]. 50p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_masculino.pdf.
29. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, UNA-SUS. Escuta de crianças e adolescentes na rede de serviços do SUS [acesso em 20 abr 2023]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46743>.
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant) — Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
31. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, UNA-SUS. Juventudes e participação social [acesso em 20 abr 2023]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46719>.
32. Freitas UFC, Andrade DL, organizadoras. Diálogos sobre adolescentes e jovens: estratégias para políticas públicas [Internet]. 1. ed. Brasília: Pontes; 2023 [acesso em 2023 abr 18]. 234p.
33. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem. Famílias e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 15 abr 2023]. 32p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/familia_adolescentes.pdf.
34. Teodoro C. Violência sexual na infância: gênero, raça e classe em perspectiva interseccional. Zero-a-seis [Internet]. 2022 [acesso em 2023 abr 15]; 24(especial): 1582-98.



Boletim Epidemiológico

ISSN 2358-9450

©1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Ministra de Estado da Saúde

Nísia Verônica Trindade Lima

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Ethel Leonor Noia Maciel

*Comitê editorial***Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)**

Ethel Leonor Noia Maciel

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)

Alda Maria da Cruz

Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI)

Eder Gatti Fernandes

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent)

Letícia de Oliveira Cardoso

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Dsast)

Agnes Soares da Silva

Departamento de Emergências em Saúde Pública (Demsp)

Márcio Henrique de Oliveira Garcia

Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente (Daevs)

Guilherme Loureiro Werneck

Departamento de Hiv/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi)

Draurio Barreira Cravo Neto

Centro Nacional de Primatas (Cenp)

Aline Amaral Imbeloni

Instituto Evandro Chagas (IEC)

Livia Carício Martins

*Equipe editorial***Coordenação-Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis/Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (CGDANT/Daent)**

Ranielle de Paula Silva, Mayara Alves Luis, Marli de Mesquita Silva Montenegro, Ellen Cássia Dutra Pozzetti Gouvea e Letícia de Oliveira Cardoso.

Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (CACRIAD/CGACI/DGCI/Saps)

Sonia Isoyama Venancio, Gracielly Alves Delgado, Ana Paula da Cruz Caramaschi, Carolina Pereira da Cunha Sousa, Caroline Ludmila Bezerra Guerra, Eduardo Carvajal Rodrigues Silva, Giovanna Guaresi Borges Gonçalves, Mariana Russo Voydeville Damasceno, Vitor Venancio Pires Carvalho Lima.

Editoria técnico científica

Paola Barbosa Marchesini
Antonio Ygor Modesto de Oliveira
Camila Pinto Damasceno
Natalia P. Lima

Produção

Núcleo de Comunicação (Nucom)
Edgard Rebouças

Editorial Nucom

Fred Lobo

Revisão Nucom

Erinaldo Macêdo e Yana Palankof