

Violência sexual contra crianças e adolescentes na Bahia: uma descrição das notificações no período de 2011 a 2020

Sexual violence against children and adolescents in Bahia: a description of notifications from 2011 to 2020

Lessia da Fonseca Bispo Freire¹ Sara Lorena Pereira dos Santos¹, Alcione Assunção Correia Lima², Técia Maria Santos Carneiro e Cordeiro^{3*}

¹Bacharela em Enfermagem, Centro Universitário Nobre – UNIFAN; ²Mestra em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação, Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Docente do Centro Universitário Nobre – UNIFAN e da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana – UNEF; ³Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Bahia – UFBA, Docente do Centro Universitário Nobre – UNIFAN e da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Resumo

Introdução: a violência sexual contra crianças e adolescentes é considerada um problema de saúde pública com muitos desafios a serem enfrentados e que necessitam de ações preventivas nas comunidades. **Objetivo:** descrever as notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do estado da Bahia, no período de 2011 a 2020. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do epidemiológico descritivo realizado com dados das notificações de agravos do SINAN. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas e a Variação Percentual Proporcional. **Resultados:** os dados apontam maior predomínio dos casos de violência no sexo feminino (86,0%), na adolescência (62,6%), com provável autor da violência do sexo masculino (86,6%) e com grau de vínculo como amigo/conhecido da vítima (27,6%), sendo praticada a violência na residência (67,0%) e por meio do estupro (71,7%). **Conclusão:** a violência sexual com crianças e adolescentes ocorreu com aquelas do sexo feminino, adolescentes, por meio do estupro praticado por agressor do sexo masculino e amigos/conhecidos da vítima. São necessárias ações de educação em saúde e ações sociais para prevenção dos fatores de risco da violência sexual com crianças, adolescentes e seus familiares. **Palavras-chave:** violência sexual; abuso sexual na infância; notificação.

Abstract

Introduction: sexual violence against children and adolescents is considered a public health problem with many challenges and requires preventive actions in communities. **Objective:** to describe notifications of sexual violence against children and adolescents in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) in Bahia from 2011 to 2020. **Methodology:** This descriptive epidemiological study is carried out with data from SINAN health notifications. The absolute and relative frequencies and the Proportional Percentage Variation were calculated. **Results:** The data indicate a more significant predominance of cases of violence in females (86.0%), in adolescence (62.6%), with the likely perpetrator of violence being males (86.6%) and with a degree of bonding as friend/acquaintance of the victim (27.6%), violence being committed at home (67.0%) and through rape (71.7%). **Conclusion:** sexual violence against children and adolescents occurred with female adolescents through rape committed by a male aggressor and friends/acquaintances of the victim. Health education and social actions are necessary to prevent risk factors for sexual violence against children, adolescents and their families.

Keywords: sexual violence; childhood sexual abuse; notification.

INTRODUÇÃO

A violência sexual contra crianças e adolescentes é considerada um problema de saúde pública, ocasionando fortes impactos na sociedade, e requer ações de prevenção nos diversos espaços das comunidades. A notificação compulsória deste evento é relevante para subsidiar a vigilância em saúde nas intervenções preventivas e de controle.

As classificações das formas de violência são muitas, de acordo com a ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e podem ser classificadas em: violência física, psicológica/moral, sexual, tráfico de seres humanos, negligência/abando-

no e trabalho infantil. No campo da violência sexual, é essencial definir o tipo como: assédio sexual, estupro, pornografia infantil e exploração sexual. Dessa forma, é notável a magnitude desse fenômeno com bases nas análises provenientes destas classificações¹.

A violência repercute em uma parcela significativa da população brasileira, atingindo crianças, adolescentes, jovens, mulheres e idosos. Entretanto, as crianças e adolescentes são mais vulneráveis e acabam enfren-

Correspondente/Corresponding: *Técia Maria Santos Carneiro e Cordeiro. – End: Centro Universitário Nobre, Av. Maria Quitéria, n. 2116, Centro, Feira de Santana-BA. – Tel. 055 (75) 2102-9100. – E-mail: teciamarya@yahoo.com.br

tando um risco maior de sofrer com a violência pela própria história intrafamiliar com o agressor, que é indissociável, e pela estrutura da sociedade e os meios de proteção. Além disso, elas sofrem várias consequências na saúde por estarem no processo de crescimento e desenvolvimento²⁻³.

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um crime conforme a Lei n. 13.431 de 04 de abril de 2017, a qual é “entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda: abuso sexual, exploração sexual comercial e tráfico de pessoas”⁴.

Em 2021, no Brasil, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública⁵, foram registrados 47.606 casos de violência sexual com vítimas crianças e adolescentes, sendo 96,8 dos casos por estupro a cada 100 mil crianças e adolescentes; 3,4 por pornografia infanto-juvenil e 1,4 exploração sexual. O estupro foi o crime de liberdade sexual de maior incidência entre todos analisados com crianças e adolescentes. Conforme o Código Penal Brasileiro⁶, o estupro de vulnerável – menores de 14 anos – consiste em pena de reclusão de oito a quinze anos, e estupro com vítimas de 14 a 18 anos incide em pena de reclusão de oito a doze anos.

As notificações dos casos de violência se iniciaram com o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), em 2006, pelo Ministério da Saúde. A partir de 2009, as notificações de violência passaram a fazer parte dos eventos sentinelas, e, em 2011, passaram a integrar a Lista de Notificação Compulsória⁷. A Portaria nº 3.418, de 31 de agosto de 2022, ressalta que os casos de violência sexual devem ser notificados, em até 24 horas, à vigilância da Secretária Municipal de Saúde (SMS) para as devidas intervenções cabíveis⁸.

Sendo uma temática de relevância para o contexto da saúde pública por gerar diversas consequências, como transtornos mentais e comportamentais, estresse pós-traumático, suicídio, infecção sexualmente transmissível, gravidez, aborto, entre outras⁹, este estudo visa contribuir para os profissionais e acadêmicos da área da saúde ao apresentar o perfil dos casos notificados que poderão subsidiar a assistência à saúde, além de contribuir para vigilância à saúde nas ações preventivas e para o crescimento do conhecimento científico neste campo do saber.

O objetivo deste estudo foi descrever as notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do estado da Bahia, no período de 2011 a 2020.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com os registros de violência sexual em crianças e adolescentes no SINAN. Foram incluídos, no estudo, todos os casos de violência sexual, na faixa etária de 0 a 19 anos,

notificados no estado da Bahia entre o período de janeiro de 2011 a setembro de 2020.

O local de estudo é o estado da Bahia, dividido em 09 macrorregiões de saúde. Em 2021, no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰, a estimativa da população foi de 14.985.284 habitantes.

Os dados foram coletados, no SINAN, através do site da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) do Estado da Bahia, em outubro de 2020. O SINAN é alimentado pela ficha de notificação/investigação, a qual é dividida em blocos com campos de preenchimento referentes às características do local de notificação, da vítima e da ocorrência da violência. Os campos/variáveis estudados foram:

Características sociodemográficas da vítima:

- Macrorregiões de ocorrência (Centro-Leste, Centro-Norte, Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul);
- Faixa etária (crianças – 0 a 9 anos; adolescentes – 10 a 19 anos);
- Escolaridade (não se aplica, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo);
- Raça/Cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena);
- Sexo da vítima (masculino ou feminino);
- Orientação sexual (heterossexual, homossexual – gay/lésbica, bissexual, não se aplica);
- Identificação de gênero (travesti, transexual mulher, transexual homem, não se aplica).

Características da violência:

- Lesão autoprovocada (sim ou não);
- Local de ocorrência (residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, via pública, comércio/serviços, indústrias/construção, outros);
- Tipo de violência (assédio sexual, estupro, pornografia infantil, exploração infantil, outros tipos);
- Procedimento realizado (profilaxia Infecções Sexualmente Transmissíveis-IST, profilaxia HIV, profilaxia hepatite B, coleta de sangue, coleta de sêmen, coleta de secreção vaginal, contracepção de emergência, aborto previsto em lei);
- Envolvidos (um, dois ou mais);
- Vínculo/Grau de parentesco com a pessoa atendida (pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado(a), ex-namorado(a), irmão(ã), amigos/conhecidos, desconhecidos, cuidador(a), patrão/chefe, pessoal com relação institucional, policial/agente da lei, própria pessoa);
- Sexo provável do autor da violência (masculino, feminino, ambos os sexos);
- f) Suspeita de álcool (sim ou não).

Para processamento dos dados coletados, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2013. Foi utilizada a estatística descritiva, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis do estudo. Para verificar a variação das notificações no período estudado, foram calculadas a Variação Percentual Proporcional (VPP) por macrorregião de ocorrência, considerando os anos de 2011 a 2019 e que as notificações do ano de 2020 ainda podem ser agregadas pelas unidades/fontes notificadoras. A fórmula para VPP foi $\{[(\text{ano final}-\text{ano inicial})/\text{ano inicial}]*100\}$.

Os dados utilizados são de acesso público e não há nenhum dado que proporcione prejuízos/riscos e exposição individual e/ou coletivo. Diante disso, não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

No período em estudo (2011 a 2020), foram notificados 6.991 casos de violência sexual com crianças e adolescentes. Entre as macrorregiões de ocorrência da Bahia, as mais acometidas com os casos de violência sexual foram a Leste (36,1%), Sudoeste (19,3%) e Centro-Leste (11,8%). Os menores casos de ocorrência, dentro dessa estimativa, foram da macrorregião Nordeste (1,8%). Nesse período, houve um aumento nas frequências dos registros dos casos nas macrorregiões Centro-Norte (VPP= 250,0%), Norte (VPP= 122,8%) e Leste (VPP= 106,2%), e uma diminuição nas macrorregiões Sul (VPP= -50,8%) e Sudoeste (VPP= -48,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos casos de violência sexual em crianças e adolescentes, segundo macrorregião de ocorrência e ano de notificação, Bahia, 2011 a outubro/2020.

Macrorregião Ocorrência	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	VPP 2011-2019
Centro-Leste	13,6	16,1	16,9	7,3	7,6	9,8	11,3	12,8	13,1	14,8	11,8	-3,6
Centro-Norte	0,8	1,7	2,4	4,5	2,7	3,0	4,9	4,0	2,8	3,0	3,2	250,0
Extremo Sul	10,2	7,7	8,0	7,1	7,9	8,0	7,1	11,1	9,2	7,7	8,4	-9,8
Leste	14,4	29,8	39,7	47,2	48,5	40,8	35,6	29,5	29,7	28,3	36,1	106,25
Nordeste	3,1	3,0	2,0	1,6	1,3	0,8	1,5	1,5	2,2	3,5	1,8	-29,0
Norte	5,7	6,9	5,2	4,3	3,1	7,9	12,4	13,0	12,7	10,3	8,4	122,8
Oeste	5,1	5,7	4,5	4,5	4,8	3,1	6,4	4,9	6,5	4,7	5,0	27,4
Sudoeste	34,0	16,1	14,5	19,3	21,1	23,7	15,6	16,3	17,4	24,6	19,3	-48,8
Sul	13,0	12,9	6,9	4,2	2,9	2,8	5,3	6,8	6,4	3,0	5,8	-50,8
Bahia (Total)	5,1	5,8	10,2	12,9	11,2	11,0	10,3	13,2	14,2	6,1	100,0	178,4

Legenda: VPP: Variação Percentual Proporcional.

Fonte: SINAN (2020).

Conforme, as notificações do SINAN, ocorreram 4.378 (62,6%) casos de violência sexual em adolescentes cuja escolaridade, em maior proporção, era do ensino fundamental incompleto (39,1%), entre a raça/cor da pele parda (56,4%), havendo uma grande predominância no sexo feminino (86%) (Tabela 2). Se somadas as raças/cor da pele parda e pretas (negras), chega-se a 72,3% dos casos registrados.

Tabela 2 – Frequência das características sociodemográficas das notificações de violência sexual em crianças e adolescentes, Bahia, 2011 a outubro/2020.

Características Sociodemográficas	n	%
Variáveis do estudo		
Faixa etária (N=6.991)		
Crianças (0-9 anos)	2.613	37,4
Adolescentes (10-19 anos)	4.378	62,6
Escolaridade (N=6.991)		
Não se aplica	1.769	25,3
Fundamental incompleto	2.734	39,1
Fundamental completo	204	2,9
Médio incompleto	474	6,8
Médio completo	162	2,3
Superior incompleto	54	0,8

Raça/cor da pele (N=6.991)

Branca	677	9,7
Preta	1.115	15,9
Amarela	42	0,6
Parda	3.944	56,4
Indígena	64	0,9

Sexo (N=6.991)

Masculino	974	13,9
Feminino	6.015	86,0

*Observação: Os dados das frequências (n e %) que não somam os respectivos totais (N e 100%) se referem aos dados ignorados e em branco.

Fonte: SINAN (2020).

Com relação às características da violência, o local com maior registro de ocorrência foi em residência (67%). Decorrente do tipo de violência notificada, o estupro (71,7%) apresentou a maior predominância, seguido do assédio moral (25,1%), exploração sexual (4,7%), pornografia infantil (3,5%) e outros tipos (7,8%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das características dos casos de violência sexual em crianças e adolescentes, Bahia, 2011 a outubro/2020.

Características da violência	n	%
Variáveis do estudo		
Local de Ocorrência (N=5.809)		
Residência	3891	67,0
Habituação Coletiva	46	0,8
Escola	125	2,2
Local de prática esportiva	32	0,6
Bar ou Similar	46	0,8
Via pública	716	12,3
Comércio/Serviços	43	0,7
Indústrias/construção	23	0,4
Outros	887	15,3
Tipo de violência (N=6.991)		
Assédio Sexual	1.756	25,1
Estupro	5.014	71,7
Pornografia infantil	246	3,5
Exploração sexual	332	4,7
Outros tipos	547	7,8
Procedimento realizado (N=6.991)		
Profilaxia IST	1.682	24,1
Profilaxia HIV	1.426	20,4
Profilaxia Hepatite B	907	13,0
Coleta de sangue	1.830	26,2
Coleta de sêmen	122	1,7
Coleta de secreção vaginal	283	4,0
Contracepção de emergência	792	11,3
Aborto previsto em Lei	50	0,7
Número de envolvidos (N=6.991)		
Um	5.270	75,4
Dois ou mais	908	13,0
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida (6.991)		
Pai	635	9,1
Mãe	127	1,8
Padrasto	619	8,9
Madrasta	20	0,3
Cônjuge	94	1,3
Ex-cônjuge	55	0,8
Namorado(a)	358	5,1
Ex-Namorado(a)	61	0,9
Irmão(a)	169	2,4
Amigos/conhecidos	1.927	27,6
Desconhecidos	1.252	17,9
Cuidador(a)	40	0,6
Patrão/chefe	14	0,2
Pessoa com relação institucional	55	0,8
Policial/agente da lei	18	0,3
Própria pessoa	20	0,3
Sexo do provável autor da violência (N=6991)		
Masculino	6.055	86,6
Feminino	186	2,7
Ambos os sexos	86	1,2
Suspeita de uso de álcool (N=6.991)		
Sim	1.069	15,3
Não	3.190	45,6

Legenda: IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Observação: Os

dados das frequências (n e %) que não somam os respectivos totais (N e 100%) se referem aos dados ignorados e em branco.

Fonte: SINAN (2020).

Dentre os tipos de assistência, a conduta geral adotada e/ou procedimentos mais realizados nos casos de violência sexual entre as crianças e adolescentes foram: coleta de sangue (26,2%), profilaxia para IST (24,1%), profilaxia para HIV (20,4%), contracepção de emergência (11,3%), profilaxia para hepatite B (13,0%), coleta de secreção vaginal (4,0%), coleta de sêmen (1,7%) e o aborto previsto em lei (0,7%) (Tabela 3).

Com base nos dados do agressor, a maioria dos casos tinha apenas um agressor envolvido (75,4%) e o vínculo/grau de parentesco do agressor foi maior entre os amigos/conhecidos (27,6%), seguido de desconhecidos (17,9%), pai (9,1%) e padrasto (8,9%), constando na predominância o provável autor da violência o sexo masculino (86,6%) e agressor com suspeita de uso de álcool (15,3%) (Tabela 3).

Vários campos essenciais das notificações foram ignorados e/ou deixados em branco durante o preenchimento/digitação, como a escolaridade (21,9%), raça/cor da pele (16,4%), suspeita de álcool do agressor (39,1%), entre outros.

Os casos encaminhados de violência sexual entre crianças e adolescentes abrangem uma distribuição em diversos setores responsáveis. É evidenciado que, para o sexo feminino, ocorre mais encaminhamentos que para o sexo masculino. Portanto, o sexo feminino evidencia encaminhamento em maior proporção para o Centro de Referência da Mulher (95%) e a Delegacia da Mulher (90%), sendo o sexo masculino encaminhado significativamente para Instituto Médico Legal (48%) e a Casa de Abrigo (45%) (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição dos encaminhamentos realizados nos casos de violência sexual em crianças e adolescentes, Bahia, 2011 a outubro/2020.



Fonte: SINAN (2020).

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta o contexto da violência sexual como um problema de saúde

pública enfrentado em nível global. Além de causar a violação da intimidade, gera danos psicológicos, físicos, emocionais e coletivos¹¹. Além disso, existe uma grande influência dos aspectos culturais, sociais, governamentais e econômicos, pois mais de 95% dos casos de violência cometidos contra crianças e adolescentes ocorrem em países com baixos indicadores socioeconômicos¹².

Embora os números de casos notificados sejam predominantes nas macrorregiões Leste, Sudoeste e Centro-Leste da Bahia, pode-se dizer que estas registram mais casos por serem regiões mais populosas, possuindo maior acesso aos órgãos especializados na identificação e no atendimento às vítimas. Entretanto, as demais regiões podem ter dados subnotificados pela dificuldade na identificação da violência durante o atendimento às vítimas e, também, pela baixa denúncia dos maus-tratos¹³.

No geral, as subnotificações podem ocorrer, nas diversas regiões, pelo fenômeno tradicional de famílias e profissionais em manter as aparências, prevalecendo a “lei do silêncio”, causando a tradicional barreira privada, pois a cultura familiar de manter a imagem perfeita para a sociedade acaba acobertando os casos para que não ocorra o desentendimento intrafamiliar⁹.

A precariedade no serviço de atendimento à vítima e a dificuldade de acesso à identificação ainda é incipiente pelo fato de a maioria dos profissionais estarem mais atentos a marcas físicas em detrimento dos casos que não deixam marcas aparentes, como o abuso emocional e a negligência. Além disso, muitos profissionais sentem-se inseguros em sofrer alguma reação pelos agressores. Assim, são necessárias intervenções junto aos prováveis agressores, treinamentos para os profissionais de saúde e proteção para as vítimas de violência¹³.

Quanto aos tipos de violência sexual, o estupro predomina nos casos notificados se comparado com os demais tipos de violências existentes, ratificados por outro estudo¹⁴. O estupro é caracterizado como um crime sexual, na legislação brasileira, que tende a constranger a vítima, submetendo-a à presença de um ato libidinoso ou a ter conjunção carnal¹⁵.

A faixa etária com maior registro de notificações foi em adolescentes, seguida da das crianças, reforçando os dados evidenciados em outros estudos¹⁶. Tanto os adolescentes quanto as crianças são alvo de interesse para violência sexual não apenas pelo desejo sexual, mas, também, por se tratar de um grupo dominado e sujeito ao poder dos adultos/mais velhos. Além disso, os adolescentes podem reprimir o ato por desconhecerem as consequências da revelação, assim como as crianças podem não compreender o ato como abusivo. Isso vai depender do nível cognitivo e linguístico¹⁶.

A violência sexual em crianças e adolescentes foi maior entre o sexo feminino e isso ocorre pela própria questão de gênero, pela maior vulnerabilidade da faixa etária devido à puberdade incidir em modificações corporais da infância para adolescência, e pela violência silenciada, pois as meninas amadurecem e normalizam

muitas condutas pelo próprio processo de preparação para se tornarem esposas e mães, e, com isso, toleram o uso do corpo feminino como objeto e dos comportamentos masculinos abusivos¹⁷.

Existem também os registros dos casos no sexo masculino, em menor proporção e, geralmente, ocorre na fase em que os meninos ainda possuem fragilidades corporais e não desenvolveram o domínio cultural da masculinidade, o que prevalece a sua condição de vulnerabilidade corporal por ser infantil e dominado pelo mais velho¹⁷⁻¹⁸.

A raça/cor da pele das crianças e adolescentes vítimas da violência sexual foi parda, corroborando outro estudo que evidencia esta prevalência no território da Bahia¹⁹. A raça/cor da pele condiz com a predominante identidade racial no Brasil, mas também está relacionada à maior vulnerabilidade social, econômica e cultural²⁰.

Com relação à escolaridade da vítima, com crianças e adolescentes em idade escolar, a violência sexual é descrita como um problema que deve ser investigado, pois esse tipo de violência proporciona uma grave influência no desenvolvimento biopsicossocial, implicando no processo de integração à sociedade, fracasso com os objetivos da escola – educar, aprender e ensinar –, além de favorecer a formação de um indivíduo adulto com traumas²¹.

Quanto aos autores da violência, sempre estiveram, ao longo dos séculos, diretamente ligados ao sexo masculino, pois sempre foram vistos como o “fortão”, agressor, “monstro”, por uma ideologia machista²². Diante desse sistema de gênero, estudiosos apontam que alguns autores da violência foram violentados sexualmente em algum momento de sua vida, porém, isso não justifica a violência, mas compreende-se a estrutura e o significado²³.

Os possíveis agressores se revelam como amigos/conhecidos e se justificam através da aproximação com a família, obtendo fácil acesso ao ambiente familiar da vítima, sendo mais susceptível à ocorrência da violência¹⁷. A relação do agressor com a pessoa violentada também está correlacionado ao vínculo intrafamiliar, envolvendo o pai e padrasto, com maior frequência, na violência sexual entre os agressores descritos no presente estudo, o que é corroborado por dados de 2018 e 2019, apresentados pela Sociedade Brasileira de Pediatria²⁴.

Desta forma, a violência é praticada constantemente por um autor²⁵⁻²⁶, pois o mesmo se beneficia de jogos de confiança para manter em segredo o ato, fazendo a vítima acreditar que a violência não passa de uma “brincadeira”, e, obtendo convicção da segurança da criança, este ensaia o próximo passo²⁶.

Evidencia-se, portanto, no presente estudo, que a violência ocorre, em maior percentual, na própria residência da vítima, pois esse ambiente é o mais provável para a prática pelos autores da violência, por favorecer o ganho de confiança da vítima e por esta passar a maior parte do tempo, tornando favorável e conveniente para o agressor, o que contribui para a invisibilidade²⁷⁻²⁸.

O uso da bebida alcoólica pelo autor da violência se

apresenta com baixa frequência, porém se trata de uma variável de difícil mensuração e provável subnotificação. Todavia, torna-se necessário salientar que essa variável é diretamente nociva, pois oferece riscos comumente para o aumento das vítimas, decorrente a perpetuação da violência sexual²⁹.

No momento do atendimento à vítima de violência sexual, nos serviços de saúde, a execução do protocolo pós-exposição adequado garante o encaminhamento e profilaxia eficiente. É necessária uma abordagem com acolhimento e escuta qualificada; atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato; anticoncepção de emergência; profilaxia das IST, HIV e Hepatites Virais; além da agilidade no momento, visto que diminui as chances de exposição às infecções sexualmente transmissíveis, HIV, Hepatites e uma gravidez indesejada. A profilaxia pós-exposição à violência sexual deve ser realizada no período menor que 72 horas³⁰.

Em casos de gravidez indesejada, o aborto é legalizado conforme a legislação brasileira, sendo que toda gestação em menor de 14 anos é considerada estupro de vulnerável e, por isso, é garantido o aborto. Neste estudo, apenas 0,7% dos casos de violência sexual realizaram o aborto legal e esta frequência baixa pode estar relacionada a diversas barreiras, como falta de acesso à informação, discriminação racial, religiosa, até mesmo geográficas para acesso facilitado e, também, pela vergonha em se expor e até ser culpada pela ocorrência da violência. Dessa forma, é de extrema relevância que o aborto legal seja tratado, junto à violência sexual, como problemas de saúde pública e que necessitam de investimentos em educação e em saúde, considerando o direito das vítimas e as vulnerabilidades vivenciadas³¹.

Os encaminhamentos dos casos de violência podem variar de acordo com o local da ocorrência na Bahia. A maior parte das ocorrências foram para o Centro de Referência da Mulher, dado que a violência, na maioria dos casos, acomete o sexo feminino, o que é evidenciado em outro estudo³². Um estudo aponta que, em diversos eventos, foram encaminhados para o Conselho Tutelar, embora sejam notificados. Não se sabe o real destino do andamento, chegando até, em alguns casos, a reincidência³³.

As limitações deste estudo estão relacionadas aos dados secundários, onde não existe uma padronização na coleta dos dados, além do não preenchimento de algumas variáveis, o que compromete as análises. Porém, trata-se de uma análise extremamente relevante para o campo da coletiva, por explorar dados do SINAN e contribuir para implementação de medidas de intervenção pelos órgãos competentes.

CONCLUSÃO

Os casos de violência sexual com crianças e adolescentes, na Bahia, no período em estudo, predominaram no sexo feminino, principalmente na adolescência, ten-

do como o maior autor da violência o sexo masculino e apresentando apenas um envolvido no ato, sendo que os possíveis agressores se revelaram como amigos/co-nhecidos e estes crimes foram praticados na residência da vítima. Além disso, os dados tenderam a crescer no período analisado, aproximado de 10 anos.

Os dados incompletos da ficha de notificação foram evidenciados em vários campos, sendo necessária a educação continuada e permanente dos profissionais de saúde acerca do preenchimento correto e completo, assim como a sua importância para intervenção na saúde pública. A notificação é a ferramenta que gera informações as quais norteiam a implementação das políticas de atendimento à vítima. Uma ficha não preenchida corretamente e/ou incompleta, ou um caso subnotificado, compromete as informações para tomada de decisões e ações na população.

Diante dos achados, são necessárias ações de educação em saúde e ações sociais para prevenção dos fatores de risco da violência sexual com crianças e adolescentes. Estas ações devem envolver, além das crianças e adolescentes, suas famílias, para que estes casos não aconteçam ou para que casos suspeitos sejam identificados antes da ocorrência da violência sexual, e, com isso, evitar as consequências que a violência sexual poderá causar no futuro das crianças e adolescentes vitimizados. Além disso, importa que haja ações de intervenção com os possíveis agressores, com o intuito de prevenir novos casos de violência sexual em crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Agravos via violência [Internet]. 2015. [citado 2020 set 02]. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf
2. Almeida LA, Sousa LS, Sousa KA. Epidemiologia da violência infantil um estado do nordeste do Brasil: série histórica de 2007 a 2016. *Rev Prevenção Infecção e Saúde*. 2017;3(2):27-33.
3. Hino P, Takahashi RF, Nichiata LYI, Apostólico MR, Taminato M, Fernandes H. Interfaces of vulnerability dimensions in violence against children. *Rev Bras Enferm*. 2019 Dec;72:343-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0463>
4. Brasil. Lei n. 13.431, de 04 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*, 05 abr. 2017.
5. FBSP. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022. As violências contra crianças e adolescentes no Brasil [Internet]. 15. ed. São Paulo: FBSP; 2022 [citado 2020 set 02];232. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/13-a-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-na-pandemia-analise-do-perfil-das-vitimas.pdf>
6. Brasil. Lei n. 12.015 de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. *Diário Oficial da União*, 10 ago. 2009.

7. Brasil. Violência Interpessoal / Autoprovocada, 2016. [Internet]. [citado 2020 set 21]. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>
8. Brasil. Portaria nº 3.418, de 31 de agosto de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (variola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União, 167. ed., Seção. 1, p. 127, set. 2022.
9. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(4):1019-31.
10. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística – IBGE. Cidades e Estados. 2021 [Internet]. [citado 2023 abr 19]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>.
11. Souza MM, Oliveira MV, Jesus LK. Violência sexual contra a mulher e o papel do enfermeiro: revisão de literatura. Rev Ciências Biológicas e de Saúde Unit. 2016 out;3(3): 257-74.
12. Costa FB. Violência Sexual entre Adolescentes Escolares Brasileiros. Rev. Adolescência e Saúde. abr./jun. 2018;15(2):72-80.
13. Reis ERL, Souza SJP, Migoto MT, Weigert SP. Dificuldades dos profissionais de saúde em identificar e notificar a violência infantil. RGS 2017 nov; 17 (Supl 1): 63-70.
14. Costa MCO, Musse JO, Reiter J, Cruz NLA, Amorim HPL. Violência sexual perpetrada em crianças e adolescentes: estudo dos registros de conselhos tutelares em uma década. Rev Adolescência e Saúde. 2017 abr-jun; 14(2):8-16.
15. Brasil. Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: identificação e enfrentamento [Internet]. 2015. [citado 2021 jan 04]. Disponível em: https://www.mpdf.mp.br/portal/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_violencia_contra_crianças_adolescentes_web.pdf
16. Soares EMR, Silva NLL, Matos MAS, Araújo ETH, Silva LSRS, Lago EC. Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. Rev Interdisciplinar. 2016 mar; 9 (1):87-96.
17. Ferraz MMP, Xavier MM, Cabral VIR. Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise das notificações a partir do debate sobre gênero. Desidades 2021;(29):134-50.
18. Dias GC, Costa MC, Musse JO. Violação sexual de crianças e adolescentes: perfil dos casos notificados nos conselhos tutelares em município de grande porte da Bahia. Rev. Saúde Coletiva da UFE. 2018; 8:23-9.
19. Pomponet VS, Castro IS, Batista LL, Oliveira MJC, Barbosa TMS, Silva MLCA. Violência em crianças e adolescentes no Estado da Bahia. Rev. Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. jun. 2020;13(06):30-41.
20. Fernandes HC, Costa DMR, Neves RA. Violência sexual infanto-juvenil no estado de Goiás: análise epidemiológica. RBMC 2019;5(12):8-14.
21. Santos MJ, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monteiro RA. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola – Brasil, 2010-2014. Rev Epidemiol Serve Saúde. 2018 jun; 27(2):e2017059.
22. Freitas SB, Soares AC. Autores de violência sexual contra crianças e adolescentes, gênero e representações sociais: uma reflexão necessária [dissertação]. São Paulo: Faculdade Ciências Humanas e Sociais; 2017.
23. Silva JC, Marcolino EC, Nóbrega WFS, Cavalcanti AL. Violência contra crianças e adolescentes do sexo feminino: perfil da vítima e do agressor em município do Nordeste do Brasil. Rev. Saúde e Ciência Online. 2019 abr;8 (1):88-99.
24. Brasil. Combate ao Abuso e à Exploração Sexual e Outras Violências Contra Crianças e Adolescentes em Tempo da Quarentena por COVID-19 [Internet]. Sociedade Brasileira de Pediatria, maio 2020. [citado 2020 mar 25]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22528b-NA_18maio-_Combate_abuso_sexual_em_tempo_COVID-19.pdf
25. Oliveira NF, Moraes CL, Junger WL, Reichenheim ME. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. Rev Epidemiol Serv Saúde. 2020 abr; 29(1):e2018438.
26. Sociedade Brasileira de Psicologia – SBP. Vamos combater o abuso sexual de crianças e adolescentes, 2017 [Internet]. [citado 2021 abr 02]. Disponível em: <https://www.sbsonline.org.br/2017/05/vamos-combater-o-abuso-sexual-de-crianças-e-adolescentes>
27. Nunes AJ, Sales MC. Violência contra crianças no cenário brasileiro. Rev Ciênc Saúde Colet. 2016 jun;21(3):871-80.
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Bolet Epidemiol. 2018 jun;49(27):1-17.
29. Miranda MHH, Fernandes FECV, Melo RA, Meireles RC. Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados. Rev da Escola de Enfermagem da USP. 2020 nov; 54: e03633.
30. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
31. Giugliani C, Ruschel AE, Patuzzi GC, da Silva MCB. Violência Sexual e Direito ao Aborto Legal no Brasil: Fatos e Reflexões. Editora Fiocruz; 2021.
32. Martins A. Violência sexual contra crianças: a proteção integral e a materialidade dos crimes sexuais [dissertação]. Porto Alegre; 2017.
33. Schek G, Silva MRS, Lacharité C, César-Vaz MR, Bueno MRN, Ventura J. Práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Rev. Texto e Contexto Enfermagem. 2018 mar;27(1):e1680016.

Submetido em: 24/04/2023

Aceito em: 01/08/2023