



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LÍVIA DE ANDRADE MARQUES

**DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES EM ESTADOS BRASILEIROS E MUNICÍPIOS CEARENSES**

FORTALEZA

2016

LÍVIA DE ANDRADE MARQUES

**DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES EM ESTADOS BRASILEIROS E MUNICÍPIOS CEARENSES**

Dissertação apresentada ao Mestrado de Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M319d Marques, Livia de Andrade.
DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES
EM ESTADOS BRASILEIROS E MUNICÍPIOS CEARENSES / Livia de Andrade Marques. – 2016.
128 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.
Orientação: Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho.

1. Violência sexual. I. Título.

CDD 362.1

LÍVIA DE ANDRADE MARQUES

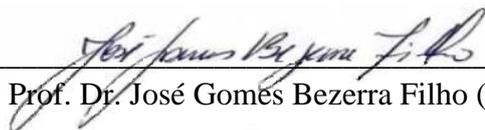
DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ESTADOS BRASILEIROS E MUNICÍPIOS CEARENSES

Dissertação apresentada ao Mestrado de Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof.º Dr.º José Gomes Bezerra Filho.

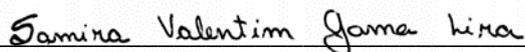
Aprovada em: 29/08/2016.

BANCA EXAMINADORA



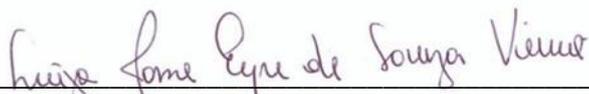
Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof.ª Dra. Samira Valentim Gama Lira

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)



Prof.ª Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por Seu fôlego de vida em mim, por me guiar, iluminar e me dar forças para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades. Essa vitória foi concedida por Ele!

Dedico esta dissertação às pessoas mais importantes para mim, à minha filha Hanna Lara pelo amor, carinho demonstrados durante a presença e compreensão pela ausência, ela é um dos meus principais estímulos para essa conquista!

A minha querida mãe Ireuda, a principal responsável pela minha vida e a quem devo meu caráter e a disciplina para com o trabalho, minha primeira e maior referência profissional na docência! Que em todos os sentidos possíveis, permitiu que eu chegasse até aqui. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho! Ao meu pai José Iris, que embora distante sei que estou presente em suas orações, agradeço pelos conselhos de vida e torcida, meu exemplo de honestidade e humildade. Ao meu padrasto Bruno, meus infinitos agradecimentos! Talvez hoje não tenha mais tanta noção do significado que teve no início e em grande parte da minha trajetória acadêmica e pessoal, sendo apoio e suporte bem presente com o seu incentivo, bondade e generosidade, mas sei que consegue reconhecer o meu carinho.

Ao meu irmão Hugo, a minha cunhada Crys, aos meus sobrinhos Nathan e Sarah, Eliete pelo cuidado, dedicação, incentivo e apoio em todas as minhas decisões. Que além de me motivar, entenderam as minhas faltas e momentos de afastamento e reclusão. Só foi possível chegar até aqui porque todos eles sempre acreditaram em minha capacidade e me acharam A MELHOR de todas profissionais, mesmo não sendo. Isso só me fortaleceu e me fez tentar não ser A MELHOR, mas a fazer o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional.

Ao Professor Gomes, que além de orientador nesse percurso do mestrado teve uma grande representação, foi um marco na minha vida acadêmica por me apresentar de fato a epidemiologia e a bioestatística, possibilitando ampliar o meu conhecimento nessa área e passando a estudar a temática da violência nessa perspectiva. A este devo a confiança em minha capacidade como pesquisadora e docente, respeitando e considerando sempre minhas opiniões, possibilitando o meu crescimento através do estágio à docência, além da paciência e tranquilidade para me transmitir os ensinamentos da “complicada” bioestatística. Sempre disponível, querendo que eu aproveitasse cada segundo dentro do mestrado para absorver

algum tipo de conhecimento. Despertando sempre o meu olhar para a ideia de que existe mais do que pesquisadores e números por trás de uma dissertação, mas vidas humanas...tornando-se uma referência! Costumo dizer, que ganhei o “meu pai acadêmico”.

Agradeço muito a Professora Jane Eyre da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Resumi-la em minha primeira e eterna orientadora é muito pouco, como costumo dizer minha “mãe acadêmica”, amiga, confidente, parceira, irmãs em Cristo, conselheira que sempre está ali e até nas horas em que parece que nada está dando certo, ela sabe que preciso não só de um opinião ou consolo, mas de um colo. Que com toda paciência e humildade me ensinou desde as pequenas às grandes coisas. Por isso, faz parte do que sou e do que pretendo ser! Meu exemplo de dedicação e competência em todos os aspectos. O meu muito obrigada pela compreensão, carinho e torcida de sempre. Tenho certeza de que ela sente a importância que teve e tem para mim!

Gostaria de agradecer também com especial afeto e admiração, a Professora Samira Lira, pela honra com a qual me brinda com suas esmeradas sugestões e, acima de tudo, valiosa amizade. Também é uma das minhas referências. E a todos os membros da banca, de forma geral pela disponibilidade e perspicazes direcionamentos teóricos e metodológicos desde a qualificação até às contribuições na defesa;

Agradeço a coordenação do mestrado na pessoa do Professor Carlos Henrique Alencar, que com excelência conduziu a organização em maior tempo deste acompanhamento que teve início em 2014, no qual foi possível estabelecer parcerias em iniciativas como o “Dia do bem”, para a qual desejo o rendimento de bons frutos. Quanto aos professores, agradeço no nome do Professor Alberto Novaes a todos do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pelos ensinamentos que passaram durante o mestrado, os quais foram, são e serão muito importantes para mim e para a minha vida profissional. Assim como agradeço aos demais funcionários que fazem com que tudo funcione da melhor maneira possível, em especial, as secretárias Dominik e Zenaide pela disponibilidade, simpatia e gentileza. Obrigada pela ajuda sempre que precisei.

Aos meus amigos do mestrado, pelos momentos compartilhados juntos, vivenciando momentos de estudo e de escrita, de desafios como o estágio à docência e de tensão, como a prova de qualificação, no decorrer desta jornada. Especialmente a Naianny, Edir e Carol que além de colegas de turma, aos poucos nos tornamos mais que amigos, parceiros, quase irmãos e tornaram mais leve esse processo. Agradeço por ter pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta! Incluo também os demais orientandos Marcos e

Jarli, que apesar de não serem da mesma turma, agradeço a todos por dividirem comigo as angústias e alegrias. Foi bom poder contar com vocês!

Ao Grupo de Pesquisa sobre Violências e Acidentes - Ação pela Paz pela receptividade, reflexões e aprendizados agregados. Ao “subgrupo” com alunos da graduação, que com a permissão e incentivo do Coordenador Professor Gomes, tive a oportunidade de conduzir nesse ano, com a colaboração dos meus colegas. Agradeço a todos os alunos que fizeram parte pelo interesse, dedicação e pela troca nesse processo de ensino-aprendizagem que permeia a pesquisa e docência. Também preciso agradecer no nome de Poliana Magalhães, aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Acidentes e Violências – NEPAV /UNIFOR, os quais me conduziram nos primeiros passos da vida acadêmica e até hoje instigaram, questionaram, apoiaram e colaboraram com as reflexões aqui expostas. Obrigada pela parceria e amizade!

Ao final dessa trajetória, agradeço também pelas oportunidades que surgiram e acrescentaram em minha vida profissional, a Faculdades Nordeste – FANOR|Devry Brasil nos nomes de Laurineide Diniz e Aline Pereira pela confiança para a função, espírito de trabalho em equipe e onde amadureci muito como profissional. Ao Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS na pessoa da Deborah Moreira e UNIFOR nos nomes de Geisy Luna e Samira Lira, com as quais tenho aprendido cada vez mais o significado e os desafios da educação, pela confiança com que me acolheram na equipe de preceptores/docentes e que me ensinam e inspiram muito do que é ser professor.

Agradeço as minhas primas Priscilla, Jackeline, Rayanne, Tuyra e os demais familiares, amigos e amigas no nome de Juliana Fonseca que sempre fizeram “propaganda” positiva ao meu respeito, por só quererem o meu bem e me valorizarem tanto como pessoa e profissional. Obrigada pela força e amizade! Aos amigos da Comunidade das Nações, por me ajudarem a manter a fé e pelas orações, obrigada por estarem ao meu lado.

A todas as pessoas que participaram direta ou indiretamente desse percurso, àqueles que tiveram perseverança para batalhar ao meu lado, força para me incentivar ou simplesmente paciência para esperar “meu momento”.

Agradeço também, a CAPES pelo apoio financeiro durante os 24 meses, me possibilitando dedicação ao máximo nesse período para o mestrado.

Finalmente, gostaria de agradecer a Universidade Federal do Ceará – UFC, ao Departamento de Medicina e Saúde Comunitária, por abrirem as portas para que eu pudesse realizar esse sonho que era a minha DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Proporcionaram-me

mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas UMA LIÇÃO DE VIDA, sendo uma realização profissional e pessoal.

Ninguém vence sozinho... OBRIGADA A TODOS!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa com a distribuição espacial da violência sexual no Brasil em 2014, segundo dados disponibilizados pela Secretaria de Direitos Humanos. Disque 100, 2016.

Figura 2- Mapa com a distribuição da taxa de abuso sexual no Ceará, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.

Figura 3- Mapa com a distribuição da taxa de exploração sexual no Ceará, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.

Figura 4- Mapa com a sobreposição da taxa de analfabetismo 15 anos ou mais e a taxa de exploração sexual dos municípios cearenses.

Figura 5 - Mapa com a sobreposição do percentual de extremamente pobres e a taxa de exploração sexual dos municípios cearenses.

Figura 6 - Mapa com a sobreposição do percentual dos ocupados nos setores industrial e de utilidade pública e a taxa de exploração sexual dos municípios cearenses.

Figura 7 - Mapa com a sobreposição de unidade mista e a taxa de exploração sexual dos municípios cearenses.

Figura 8- Mapa com a sobreposição do percentual de domicílios com saneamento inadequado e a taxa de exploração sexual dos municípios cearenses.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil das vítimas sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Tabela 2 – Perfil dos suspeitos sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Tabela 3 – Relação entre suspeito e vítima sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Tabela 4 - Relação entre demandante e vítima sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Tabela 5 – Local da violação sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Tabela 6 - Distribuição da taxa de abuso sexual apresentando um ranking dos dez Municípios Cearenses em destaque, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.

Tabela 7 - Distribuição da taxa de abuso sexual apresentando um ranking dos dez Municípios Cearenses com os mínimos valores, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.

Tabela 8: Distribuição da taxa de exploração sexual apresentando um ranking dos dez Municípios Cearenses com maiores valores, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.

Tabela 9: Distribuição da taxa de exploração sexual apresentando um ranking dos dez Municípios Cearenses com os menores valores, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.

Tabela 10- Taxas de abuso e exploração sexual dos Municípios Cearenses com base no período entre 2011 a 2014.

Tabela 11 - Indicadores de renda nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

Tabela 12 – Indicadores de vulnerabilidades nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

Tabela 13- Indicadores de saúde nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

Tabela 14 – Indicadores demográficos nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

Tabela 15 – Indicadores da educação nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

Tabela 16 – Indicadores de desenvolvimento humano nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

Tabela 17 – Indicadores de trabalho nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

Tabela 18 - Correlações e significância entre taxa de exploração sexual com indicadores sociais sobre Renda, Vulnerabilidades, Saúde, Demográficas, Educação, Desenvolvimento Humano e Trabalho dos Municípios Cearenses.

Tabela 19 - Modelo explicativo para taxa de exploração sexual nos municípios cearenses no período de 2012 a 2014.

Tabela 20 – Indicadores socioeconômicos dos cinco estados com maior número de denúncias de violência sexual, no Brasil.

Tabela 21 – Indicadores socioeconômicos dos cinco estados com menor número de denúncias e violência sexual, no Brasil.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição das cinco maiores taxas de violência sexual, durante o período de 2012 a 2014, no Brasil.

Gráfico 2 - Distribuição das cinco menores taxas de violência sexual, durante o período de 2012 a 2014, no Brasil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEI – Comunidade dos Estados Independentes

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social / CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social

CTs – Conselhos Tutelares

DECECA – Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESCA – Exploração sexual comercial adolescente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPECE – Instituto de Pesquisa e Estatística Econômica do Ceará

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIB – Produto Interno Bruto

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

SER – Secretaria Executiva Regional

SGD – Sistema de Garantia de Direitos

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SIPIA - Sistema de Informação para a Infância e Adolescência

SUS – Sistema Único de Saúde

TICs – Tecnologias da Informação e Comunicação

TSPT – Transtorno do Stress Pós-Traumático

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Justificativa	20
<i>1.1.1</i>	Acadêmica e Social	20
<i>1.1.2</i>	Pessoal	21
1.2	Problema	23
1.3	Pergunta norteadora	23
2	HIPÓTESES	24
3	OBJETIVOS	25
3.1	Objetivo Geral	25
3.2	Objetivos Específicos	25
4	REVISÃO DE LITERATURA	26
4.1	Garantia dos direitos aos adolescentes em situação de violência sexual.....	26
4.2	Violência sexual contra crianças e adolescentes.....	29
5	METODOLOGIA	42
5.1	Abordagem e tipo de estudo	42
5.2	Contextualização do local de estudo	43
5.3	Fonte dos dados	44
<i>5.3.1</i>	Registros dos casos de violência sexual do disque denúncia 100 - SDH.....	44
<i>5.3.2</i>	Banco com indicadores sociais renda, saúde, educação, ação social, infraestrutura e segurança pública de cada Município	45
5.4	Análise dos dados	45
<i>5.4.1</i>	Variáveis para análise	45
<i>5.4.2</i>	Processo de análise dos dados	46
5.5	Aspectos ético-legais	47

6	RESULTADOS	48
7	DISCUSSÃO.....	75
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
9	RECOMENDAÇÕES.....	91
10	REFERÊNCIAS	92
11	APÊNDICES.....	101
12	ANEXOS.....	106

RESUMO

Objetiva-se investigar os Estados Brasileiros e os Municípios Cearenses de maior risco para violência sexual contra crianças e adolescentes. Para tanto, será realizado um estudo descritivo, observacional, analítico do tipo ecológico, com base em dados secundários de 2014 (retrospectivo) sobre a taxa de violência sexual no Brasil e as taxas de abuso e exploração sexual dos municípios cearenses, relacionando com indicadores sociais. Parte dos dados foram obtidos através dos registros de violência sexual do disque denúncia 100 - SDH. Na análise, a tabulação foi por meio do programa Excel e os dados processados por meio do software STATA, versão 13.0 e Arcgis, versão 10. De acordo com os dados obtidos, foi possível identificar que entre os adolescentes em situação de violência sexual observou-se predomínio do sexo feminino no Brasil (21281 / 68,2%) e no Estado do Ceará (807 / 68,6%). A faixa etária de 12 a 14 anos no Brasil (9282 / 29,7%) e no Ceará (340 / 28,9%), já a raça/cor foi não informado como a maioria no Brasil (12538 / 40,2%) e no Ceará (446 / 37,9%) seguido por parda (8892 / 28,5%) Brasil e Ceará 376 (376 / 31,9%). Os dados referentes ao local da violação, evidenciam a casa da vítima como o local onde foi mais frequente a ocorrência da violência sexual no Brasil (9352 / 38,6) e no Ceará (371 / 38,9%). Ao analisarmos a distribuição espacial no Brasil, verificamos uma variação no perfil de desenvolvimento socioeconômico tanto nos Estados com maiores, como nos que possuem menores taxas, evidenciando a ocorrência da violência sexual muitas vezes em Estados que possuem um bom desenvolvimento nessa perspectiva. O que sugere a ideia de que não é a pobreza que está relacionada com a violência, mas as desigualdades sociais. Assim como os Estados Brasileiros, no Estado do Ceará apesar de um aparente bom desenvolvimento econômico de modo geral, também existe a má-distribuição de renda nos municípios Cearenses, além disso, apresentam correlações de indicadores sobre vulnerabilidades, saúde, dados demográficos, educação, desenvolvimento humano e trabalho com a exploração sexual. Essas evidências requerem atenção para políticas e intervenções que melhorem a distribuição de renda e igualdade social, atividades direcionadas aos adolescentes e jovens visando reduzir à vulnerabilidade. Além disso, foi identificado uma relação entre conhecimento, poder e violência. Que refere a necessidade abordar com a sociedade em geral juntamente com a educação, a formação de valores éticos e de cidadania, desconstrução da cultura androcêntrica e discussões de gênero.

PALAVRAS-CHAVE: Violência sexual. Abuso sexual na infância. Defesa da Criança e do Adolescente. Distribuição Espacial da População. Adolescente. Assistência integral à Saúde.

ABSTRACT

The objective is to investigate the Brazilian States and Municipalities Cearenses higher risk for sexual violence against children and adolescents. Therefore, there will be a descriptive, observational, analytical ecological type, based on 2014 secondary data (retrospective) on the rate of sexual violence in Brazil and abuse rates and sexual exploitation of Ceará municipalities, relating to social indicators . Part of the data were obtained from the sexual violence records dial termination 100 - SDH. In the analysis, the tab was through the Excel program and data processed using STATA software, version 13.0 and Arcgis, version 10. According to the data obtained, it was identified that among adolescents in situations of sexual violence observed if female predominance in Brazil (21,281 / 68.2%) and in the State of Ceará (807 / 68.6%). The age group 12 to 14 years in Brazil (9282 / 29.7%) and Ceará (340 / 28.9%), as the race / color was not informed as most in Brazil (12,538 / 40.2%) and Ceará (446 / 37.9%) followed by mixed (8892 / 28.5%) and Ceará Brazil 376 (376 / 31.9%). The data relating to the location of the breach, show the victim's home as the place where it was more frequent occurrence of sexual violence in Brazil (9352 / 38.6) and Ceará (371 / 38.9%). By analyzing the spatial distribution in Brazil, we see a variation in socioeconomic development profile both in states with larger ones like us that have lower rates, showing the occurrence of sexual violence often in states that have a good development in this perspective. This suggests the idea that it is not poverty that is linked to violence, but social inequalities. As the Brazilian States, in the State of Ceará despite an apparent good economic development in general, there is also the income bad distribution in Cearenses municipalities also have indicators of correlations on vulnerabilities, health, demographics, education, human development and work with sexual exploitation. This evidence requires attention to policies and interventions to improve income distribution and social equality, activities directed at adolescents and young people to reduce the vulnerability. Furthermore, a relationship between knowledge, power and violence has been identified. Which refers to the need to address society in general along with education, the formation of ethical and civic values, deconstruction of androcentric culture and gender discussions.

KEY-WORDS: Sexual Violence. Child abuse, sexual. Child Advocacy. Adolescent. Residence Characteristics. Comprehensive Health Care.

1 INTRODUÇÃO

Dentre os tipos de violência, a sexual traz grandes desafios para a sociedade e para os profissionais que lidam com esse problema, devido as suas consequências e magnitude, pois envolve o assédio sexual, atentado violento ao pudor, abuso sexual, estupro, exploração sexual e a exploração sexual comercial adolescente – ESCA.

Diante do exposto, é imprescindível destacar a conceituação de violência sexual, que, apesar de abordar uma questão cuja repercussão e visibilidade não se limitam a fronteiras nacionais, é apreendida como sendo todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado, podendo abranger relações homo ou heterossexuais (BRASIL, 2001; LOWENKRON, 2010).

Essa violência entra em discussão nas políticas públicas de diversos países e diferentes contextos socioculturais, sejam desenvolvidos ou em desenvolvimento, mobilizando os governos a buscarem mecanismos eficientes para investigar os casos, cumprir as leis e responsabilizar os envolvidos (OLIVEIRA et al., 2009).

Segundo um relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), lançado em 2014, cerca de 120 milhões de garotas com idade inferior a 20 anos em todo o mundo, uma em cada 10, estiveram sujeitas a relações ou outros tipos de atos sexuais forçados apenas em 2012. O mesmo relatório aponta, ainda, para um inquérito realizado na Suíça, em 2009, com moças e rapazes com idades entre 15 e 17 anos, que 22% e 8%, respectivamente, tinham vivido pelo menos uma experiência ou um incidente de violência sexual envolvendo contato físico. Entretanto, destaca-se a vitimização no espaço virtual como a forma mais comum de violência sexual para ambos os sexos (UNICEF, 2014).

Apenas no ano de 2014, foram registradas 24.575 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil (ABRINQ, 2015). No Estado do Ceará, foram registrados 4.766 casos de violência sexual entre 2012 e 2014, por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN (BRASIL, 2015a). Um levantamento inédito do Ministério da Saúde com dados preliminares de 2011 mostra a violência sexual ocupando o segundo lugar nas notificações com valor aproximado de 30% entre os diferentes tipos de violência, na faixa etária de 10 a 19 anos, ficando atrás apenas da violência física com 65,3% (BRASIL, 2011a).

Corroborando com o exposto, a literatura aponta que a violência sexual sobrepõe-se em crianças e adolescentes, o que torna-os vulnerável a este tipo de agressão, influenciando diretamente na incidência de violência sexual nessa faixa etária, sendo atribuída por estudiosos à imaturidade biopsicossocial, dependência econômica, o não conhecimento de direitos e a dificuldade de serem ouvidas (ANTONIO; FONTES, 2012; MONTEIRO *et al*, 2012; SANTANA; SANTANA; LOPES, 2011).

Além do mais, esse tipo de ocorrência é recorrente, principalmente quando não há evidências físicas e a criança e o adolescente possuem proximidade com o agressor; deste modo, são vivenciados sentimentos de vergonha, medo, raiva, humilhação e, muitas vezes, atribuição da culpa pelas agressões a si próprias, uma vez que vivenciam uma fase de transição da infância para a vida adulta (JUSTINO *et al*, 2011). Por isso, a violência sexual contra crianças e adolescentes destaca-se como a forma mais cruel de todas, tanto pela condição de indefesa de suas vítimas, quanto pelas consequências que podem causar vários danos ao seu crescimento e desenvolvimento (SANTANA; SANTANA; LOPES, 2011).

Estudos apontam graves consequências do abuso sexual, incluindo os traumas físicos, graves lesões, prática sexual desprotegida com riscos de adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs e gravidez decorrente deste ato. Quanto aos traumas psicológicos, todos esses aspectos envolvidos podem propiciar uma visão do próprio corpo como algo profano, desenvolvendo sentimento de perda de integridade física, despertando, além dos sentimentos supracitados, angústia, depressão e baixa autoestima, vivenciando momentos de conflitos e pavor, tais como dificuldade de lidar com o sexo oposto, vendo a atividade sexual como uma punição, estando mais suscetíveis à prostituição, ao uso de drogas, sofrer outros tipos de violência e, no extremo do comportamento autodestrutivo, chegar ao suicídio (BRASIL, 2006a; JUSTINO *et al*, 2011; SANTANA; SANTANA; LOPES, 2011; TEIXEIRA; TAQUETTE, 2010).

Vale ressaltar que crianças e adolescentes em situação de violência sexual, além de terem sido feridos a integridade física e psicológica, também tem violados os seus direitos ao respeito, à dignidade e à sexualidade vivida de forma responsável e protegida, constituindo-se como uma grave violação da garantia de direitos individuais e sociais.

Não há menção do percurso histórico de ganhos de direitos entre as crianças e adolescentes e do quão esta violação é mundial e desafia os órgãos governamentais e sociedade. Destaca-se que o Brasil é signatário no enfrentamento da violência sexual contra

crianças e adolescentes e que busca, por meio de planos e programas, enfrentar esse grave problema. Nesta perspectiva, destaca-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que foi transformado na Lei nº 8.069 em 13/06/1990 e discorre sobre a proteção integral, visando a prevenção e ao enfrentamento de qualquer forma de violência envolvendo esses grupos societários (BRASIL, 1990).

Em outubro de 1991, a partir da Lei n. 8.242 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA. (BRASIL, 1991). Cria-se em 2002, o Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes com a missão de articular e monitorar permanentemente (BRASIL, 2013).

A partir de 2003, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, passou a contar com uma área para lidar especificamente com a violência sexual contra crianças e adolescentes, com a criação do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes – PNEVSCA. A partir deste programa foram implementados o Disque 100 e o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil no Território Brasileiro– PAIR (BRASIL, 2016).

Vale ressaltar como um principal canal de comunicação da Ouvidoria Secretária de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) para demandas relativas a violações de Direitos Humanos, em especial as que atingem populações com vulnerabilidade acrescida, como: Crianças e Adolescentes entre outros, é o Disque Direitos Humanos – Disque 100, serviço de atendimento telefônico gratuito, que funciona 24 horas por dia, nos 7 dias da semana. As denúncias recebidas na Ouvidoria e no Disque 100 são analisadas, tratadas e encaminhadas aos órgãos responsáveis. O serviço inclui ainda a disseminação de informações sobre direitos humanos e orientações acerca de ações, programas, campanhas e de serviços de atendimento, proteção, defesa e responsabilização em Direitos Humanos disponíveis no âmbito Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2016).

Por sua natureza de instância de diálogo e registro de manifestações da população, onde as denúncias podem ser anônimas, e o sigilo das informações é garantido, quando solicitado pelo demandante, o Disque 100 que tem sido amplamente divulgado como uma importante ferramenta nas campanhas relacionadas à prevenção e o enfrentamento de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes, tem se consolidado como um importante instrumento de dados estatísticos sobre violações de Direitos Humanos e a Ouvidoria tem

buscado a cada dia tornar essas informações públicas para pesquisadores e interessados (BRASIL, 2016).

1.1 Justificativa

1.1.1 Acadêmica e Social

O estudo justifica-se pela necessidade referida no Plano Nacional de Enfrentamento a Violência Sexual Infanto-Juvenil (BRASIL, 2013), que, por meio do eixo Análise da Situação, objetiva conhecer o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o país. Sugere a elaboração do diagnóstico da situação do enfrentamento da problemática, além de demandar a divulgação de todos os dados e informações à sociedade civil brasileira.

Considerando ainda, que apesar de o ECA tratar sobre o tema das violações de direitos de crianças e adolescentes, condenando qualquer atentado a seus direitos fundamentais, passados 20 anos da promulgação, tais violações ocorrem em número significativo, dentre os casos mais recorrentes está a violência sexual (CONANDA, 2010).

Além do que já foi dito, a literatura aponta que a crescente ocorrência dessa violência está presente na sociedade, principalmente em grandes centros (ANTONIO; FONTES, 2012; MINAYO; DESLANDES, 2009). Neste contexto, destaca-se o Brasil e em especial o Estado do Ceará, permeado por aspectos de desenvolvimento socioeconômico, tais como: indústrias, obras civis, preferência turística, contudo, protótipo de desigualdades. Considerando ainda, o fato recente de ter sediado eventos de caráter mundial (Copa das Confederações de Futebol 2013, Copa do Mundo de Futebol 2014 e seminários/eventos internacionais), o que pode contribuir para o aumento desse fenômeno.

Vale ressaltar, que em uma nação federativa as unidades sub-nacionais possuem autonomia administrativa e política na oferta de bens e serviços públicos, contando, para tanto, com fontes de receitas próprias e de transferências para financiá-los (IPECE, 2013).

Portanto, considerando as desigualdades que existem entre os níveis de recursos disponíveis para o financiamento dos governos estaduais brasileiros, sendo constatado que os estados mais pobres dispõem de um volume de recursos per capita bem inferior ao dos estados

mais ricos. Uma importante implicação dessa constatação é que os Estados pobres possuem uma restrição orçamentária maior, para a prestação de serviços públicos, do que a dos estados mais ricos. Isto é, os estados mais pobres, assim como os mais ricos, têm que oferecer serviços como os de educação, saúde, saneamento etc., porém dispõem de um menor volume de recursos per capita disponível para esses serviços (IPECE, 2013).

Sendo de suma relevância destacar que muitos serviços prestados pelos governos estaduais podem contribuir de forma significativa para o desenvolvimento econômico de seus territórios e para a melhoria do bem-estar de sua população. Assim, o menor volume de recursos para os estados mais pobres pode estar contribuindo para que eles se desenvolvam mais lentamente (IPECE, 2013).

Diante das informações e considerando que as desigualdades sociais pode comprometer a qualidade de vida da população, influenciar no processo de adoecimento e ocorrência de agravos, é possível realizar alguns questionamentos, sendo de grande relevância averiguar a vulnerabilidade de crianças e adolescentes que vivem nesse contexto, sofrerem algum tipo de violência com ênfase na violência sexual que estaria permeada por questões que abrangem o contexto familiar e/ou financeiro, não necessariamente em ordem pré-estabelecida.

Dentre outros objetivos, essa pesquisa visa fornecer subsídios que possam contribuir com o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas voltadas à prevenção desse tipo de violência contra o grupo social em questão, bem como instigar reflexões para uma melhor orientação sobre sistema de informação e o atendimento dos casos e compromete-se a realizar devolutivas dos dados analisados aos serviços envolvidos como fonte de dados, bem como à sociedade e à comunidade acadêmica.

1.1.2 Pessoal

O meu interesse pela temática da violência e saúde surgiu quando estava no terceiro semestre da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – (UNIFOR), quando me inseri no Núcleo de Estudos em Acidentes e Violências – (NEPAV), da linha de pesquisa Políticas e Práticas na promoção da saúde, que, posteriormente, passou a ser o grupo de pesquisa Violências e repercussões na saúde individual e coletiva (Diretório-CNPq), coordenado pela Prof.^a Dr.^a Luiza Jane Eyre de Souza Vieira.

Desde então, comecei a participar de pesquisas sobre o assunto, tomando-o como objeto de estudo no trabalho de conclusão de curso (TCC) da graduação em Enfermagem, intitulado “Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família em municípios cearenses”. Mantive contato com o tema no TCC do curso de Especialização em Saúde Coletiva, com a produção do trabalho “Notificação de violência sexual contra a mulher nos serviços de saúde: Percepção de profissionais e gestores”.

Foi de extrema relevância o envolvimento propiciado como bolsista de apoio técnico à pesquisa, através da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, ao projeto "Violência, Criança e Adolescente: Ato Notificatório e Percepções dos Gestores da Educação, Ação Social, e Segurança Pública em Municípios Cearenses" e seus desdobramentos, coordenado pela Prof.^a Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – UNIFOR. O que me direcionou, durante esses anos, a dedicar-me a apresentar trabalhos em eventos, ministrar, organizar palestras e seminários, participar de eventos, cursos e capacitações, produzir artigos, capítulos de livros e relatórios de pesquisa na área.

Toda essa caminhada contribuiu bastante para minha vida acadêmica. Entretanto, foi de grande valia a oportunidade de participar de duas pesquisas multicêntricas, sendo a primeira intitulada “Metodologias de avaliação para o enfrentamento municipal da violência familiar e sexual”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira e Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli – com apoio do Fundo das Nações Unidas para a infância – UNICEF e coordenada pela Prof.^a Dr.^a Suely Ferreira Deslandes. A segunda pesquisa intitula-se “Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras”, mediante o Núcleo de Políticas Públicas, Identidades e Indicadores (NUPPII) da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Ludmila Fontenele Cavalcanti.

Essas vivências motivaram-me e despertaram-me para a necessidade de investigar o atual objeto de estudo durante o Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – UFC, sob uma nova perspectiva (epidemiológica), ao inserir-me na linha de pesquisa Epidemiologia de violências e outras causas externas, sob a coordenação do Prof.^o José Gomes Bezerra Filho, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFC,

estimulando a continuidade de investigações na temática e o desejo de dedicar-me à vida acadêmica.

1.2 Problema

Conhecimento científico insuficiente sobre perfil, magnitude e distribuição espacial da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil e no Estado do Ceará e a relação da ocorrência do abuso e exploração sexual com indicadores/desigualdades sociais dos municípios cearenses.

1.3 Pergunta norteadora

Qual o perfil, magnitude e distribuição espacial da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil e no Estado do Ceará e a relação da ocorrência do abuso e exploração sexual com os indicadores/desigualdades sociais dos municípios cearenses?

2 HIPÓTESES

- A maioria das crianças e adolescentes que sofrem violência sexual são do sexo feminino, tendo como perpetradores alguém conhecido e com maior ocorrência em ambiente intrafamiliar.
- Os Municípios com a maior taxa de exploração sexual supõe ser aqueles com grande influência socioeconômica advinda do turismo.
- Viver em um município desfavorecido, do ponto de vista das desigualdades sociais, aumenta os riscos de uma criança e/ou adolescente sofrer violência sexual;

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a distribuição espacial da violência sexual contra crianças e adolescentes nos Estados Brasileiros e nos Municípios Cearenses registrados pelo Disque 100.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil e no Estado do Ceará através dos dados do disque denúncia da SDH, conforme perfil das vítimas, perfil dos suspeitos, relação entre suspeito e vítima, relação demandante e vítima e local da violação, no ano de 2014.
- Calcular a taxa apresentando uma série espaço-temporal, no período de 2012 a 2014, dando ênfase aos cinco estados brasileiros com maior e os cinco com menor número de denúncias.
- Descrever os indicadores sociais sobre renda, vulnerabilidade, saúde, demográficos, educação, desenvolvimento humano e trabalho dos municípios do Ceará.
- Apresentar a distribuição da taxa de abuso sexual e a taxa de exploração sexual dos Municípios Cearenses com base no período entre 2011 a 2014, com ênfase aos dez Municípios com maior e os dez com menor número de denúncias.
- Verificar os fatores associados entre taxa de abuso sexual e taxa de exploração sexual com indicadores sociais sobre vulnerabilidade, saúde, demográficos, educação, desenvolvimento humano e trabalho dos Municípios Cearenses.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Garantia dos direitos às crianças e adolescentes em situação de violência sexual

Os referenciais que concedem sustentação para a elaboração de Políticas Públicas de saúde da criança e do adolescente e/ou que visam, diretamente, ao enfrentamento da violência sexual partem da Legislação vigente. Todavia, a violência sexual contra esse grupo é uma das formas mais cruéis de violação de direitos adquiridos e não exercidos e que estão continuamente ameaçados.

Sabe-se que no exercício da tentativa de cumprimento da garantia desses direitos, são observados fatores sociológicos, jurídicos, psicológicos, dentre outros. Como se vê, os diálogos da sociedade entre os seus mais diversos setores orientam a ação do Estado, competente por promover o enfrentamento de tal cenário. Esse aspecto multidisciplinar e intersetorial, inerente à temática, possibilita sua maior compreensão, o que reforça que tal fenômeno não pode ser abordado de forma isolada, para que seja apurada a real dimensão do problema (ALBERTO *et al*, 2012; MUNGUBA- MACEDO *et al*, 2013).

Desse modo, somente com a compreensão do direito que é transgredido e da sua razão de ser, possibilitará um melhor entendimento sobre a garantia de sua implementação na sociedade. Considerando essa premissa, dentre as Leis existentes, destacam-se as mais relevantes abordadas na Constituição Federal de 1988, no Código Penal e no ECA e do que elas dispõem. Vale ressaltar que, visando a essa proteção da criança e do adolescente contra qualquer forma de violência, esse aparato legal determina penalidades, não apenas para os que praticam o ato, mas também para aqueles que se omitem (BRASIL, 1990, 2000).

A Constituição Federal evidencia, em seu artigo 227, essa prioridade de enfrentamento, alertando, em seu inciso 4º, que a Lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente, atribuindo o dever à família, à sociedade e ao Estado em assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2000).

Além da legislação instituída especificamente para as situações de violência sexual, foi criado por esse Estatuto e pela Constituição Federal um sistema de garantia de direitos (SGD), como uma forma de proteção geral de direitos de crianças e adolescentes para a consolidação da política de atendimento e de proteção integral (BRASIL, 2006b), sendo efetuadas pelo poder público em suas três esferas: União, estados, Distrito Federal e municípios, pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e pela sociedade civil, através de três eixos (promoção, defesa e controle social), ações integradas referentes aos direitos desse grupo social (MUNGUBA-MACEDO *et al*, 2013). De acordo com que é estabelecido no inciso V do artigo 88, do ECA, O SDG tem por princípio integrar as políticas públicas (BRASIL,1990).

Desse modo, a rede de proteção dos direitos da criança e do adolescente funciona da seguinte forma: existem as chamadas portas de entrada, tais como, Disque-denúncia, abordagem de rua, Delegacia, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, Abrigo, Unidade de Saúde, Escola, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Comunidade. Esses órgãos devem atender a demanda imediata e encaminhar / comunicar ao Conselho Tutelar.

Seguindo o que está preconizado no Art. 13 do ECA, que diz que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou o adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1990). Devendo haver uma articulação de informações, com base na referência e contrarreferência, o que, muitas vezes, na realidade não ocorre entre a lei e o fazer, sendo que a falta de integração entre os serviços de atendimento também é um problema, podendo colaborar para a revitimização da criança e do adolescente.

A partir de então, os CTs atuam como mediadores entre o Estado e a sociedade, cujo objetivo principal é o de fazer cumprir os direitos da criança e do adolescente, proteção contra a violação destes e garantir que sejam restituídos, quando violados. Dentre as atribuições, destaca-se atender crianças e adolescentes e aplicar medidas de proteção, promover a execução de medidas destinadas às famílias, realizar o devido acolhimento, permeando com o envolvimento de autoridade judiciária, como Juiz da Infância e da Juventude e encaminhar ao Ministério Público (Estadual ou Federal), sendo que esta ação citada por último pode gerar uma denúncia processual, encaminhada para autoridade judiciária Juiz Criminal, Vara especializada. Pode ainda gerar inquérito policial envolvendo a Polícia Civil, nos casos de abuso ou exploração sexual. O mesmo ocorre com um inquérito na

Polícia Federal, quando envolve os crimes de pornografia na internet e tráfico interestadual e internacional (MARTINS, 2013; ROCHA; VIEIRA; MARTINS, 2013).

Na maioria dos casos, a presença de violações de direito acontece multifacetada, e é característica da conjugação de determinações que expressam violações, vulnerabilidades diversas, resultantes das manifestações da desigualdade social e vínculos de responsabilidade e de afetividade, sobretudo no espaço sociofamiliar, o que requer ações intersetoriais e interdisciplinares (SILVEIRA, 2012).

Pois é quando é no âmbito familiar que os problemas são expressados, prejudicando a vida dos filhos, então os pais são identificados como responsáveis por situações constrangedoras, e não cumprem com seus papéis de cuidadores. Mas, a família não pode ser identificada como única responsável pelos problemas relacionados aos filhos, ainda mais se observarmos que enquanto trabalhadores passam de oito a dez horas fora de casa, o que exige uma rede de serviços para assegurar a proteção necessária aos filhos e aos seus direitos (UNICEF, 2007).

A realidade das famílias brasileiras tem sido marcada pela exclusão social, desta forma, as famílias não têm encontrado respostas para os desafios que lhes são postos. E esta, desprotegida socialmente, fica sem condições de cuidar de suas crianças e adolescentes, resultando, muitas vezes, no distanciamento de pais e filhos e na violação do direito a convivência familiar e comunitária (SILVEIRA, 2010).

Com base no exposto, faz-se necessário o desenvolvimento de ações integradas que favoreçam a superação dos processos geradores, a recomposição de vínculos afetivos e comunitários, quando for o caso, e a reconstrução de projetos de vida, além de condições socioeducativas facilitadoras da construção de protagonismos dos sujeitos de direitos.

Contudo, os dados mostram a necessidade de discussões conceituais acerca do papel do Estado, da Família e da Sociedade na garantia dos direitos fundamentais, de forma que as denúncias possam ser melhores interpretadas, para serem notificadas da maneira correta.

O registro das notificações é muito importante, pois é a partir desses dados que se pode monitorar a situação dos municípios produzir políticas públicas, além de atuar no âmbito da produção de medidas protetivas e de prevenção. Permite também reconhecer os serviços existentes e saber como está o funcionamento da Rede de Proteção (GODOY; MELLO, 2009; BRITO et al., 2014; SANTOS et al., 2014)

4.2 Violência sexual contra crianças e adolescentes.

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno histórico, relatado desde os primórdios da humanidade, constituindo-se, ainda, como um grave problema da atualidade, que preocupa diversos setores da sociedade.

Existem várias naturezas desse fenômeno contra esse grupo societário. De acordo com classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), temos as situações de violência física, sexual, maus-tratos e negligência (OMS, 2004). Dentre essas modalidades, a violência sexual é evidenciada devido à complexidade de suas consequências, envolvendo aspectos físicos, psicológicos e morais.

A violência sexual é entendida como o contato entre uma criança ou um adolescente e um adulto, no qual se utiliza a criança ou o adolescente como objeto gratificante para as necessidades ou desejos sexuais do adulto, causando danos a esse indivíduo. Por conseguinte, essa experiência poderá interferir no seu desenvolvimento, considerando que a criança ou adolescente ainda não têm maturidade emocional plena, de forma que essa situação ocorre mediante coerção física ou psicológica, violando os direitos que lhes foram estabelecidos e corrompendo os papéis sociais e/ou familiares (FERRARI, 2011; LUGÃO *et al*, 2012).

Existe certa subdivisão dessa forma de violência e suas respectivas definições. O assédio sexual é definido como a insistência inoportuna, independentemente do sexo ou orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual (BRASIL, 2011b).

O estupro, de acordo com o Art. 213 da Lei nº 12.015/2009, significa constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso (BRASIL, 2009). Inclui conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independentemente da orientação sexual ou do sexo da vítima (BRASIL, 2011b). Vale ressaltar a diferenciação em relação a abuso sexual, quando os atos podem variar desde um contato físico com ou sem penetração até diferentes atos em que não há esse contato (voyeurismo, exibicionismo). Reiterando o que foi supracitado, esse ato ou jogo sexual acontece em ocasião cujo agressor

está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima (CECOVI, 2013; LUGÃO *et al*, 2012).

Já o atentado violento ao pudor é um conceito desabilitado com a implantação dessa Lei, sendo que os tipos de eventos antes assim classificados passaram a ser considerados como estupro (BRASIL, 2009, 2011b).

Por sua vez, a exploração sexual consiste na prática do abuso sexual com fins comerciais, seja em espécie, serviço ou favores, como a pornografia infantil, que consiste na exposição de crianças e adolescentes através de material audiovisual com conotação sexual, como, por exemplo, fotografias de sexo explícito, projeções, revistas, filmes, vídeos etc. A exploração envolve, além disso, o turismo sexual, ou seja, a exploração sexual de crianças e adolescentes por visitantes em geral, procedentes de outros países ou mesmo turistas do próprio país. Por fim, a exploração sexual comercial do adolescente consiste no uso de uma criança ou adolescente para fins sexuais em troca de dinheiro ou favores em espécie, entre a criança ou adolescente, o cliente, o intermediário ou agenciador e outros que se beneficiam do comércio de crianças para esses propósitos (CECOVI, 2013; FERRARI, 2011).

Um relatório divulgado pelo UNICEF, intitulado "*Hidden in plain sight*" (Escondido à vista de todos), que reúne dados de 190 países, apresenta um panorama epidemiológico da violência sexual no mundo. Estimou-se que cerca de 120 milhões de garotas com menos de 20 anos de idade já foram vítimas de abusos, significando que uma em cada dez jovens do mundo foi exposta a relações ou atos sexuais forçados. Porém, ressalta que é provável que as adolescentes que vivem em determinadas partes do mundo correm maior risco do que outras (UNICEF, 2014).

Como exemplo, coeficientes de prevalência de sexo forçado da ordem dos 10 por cento ou mais verificam-se em 13 dos 18 países na África subsaariana com dados disponíveis. Em sentido oposto, em todos os países da CEI, com dados comparáveis (exceto na República da Moldávia), onde a CEI é uma organização criada em 1991, que integra 12 das 15 repúblicas que formavam a União Soviética (URSS), menos de um por cento das adolescentes reportaram situações de violência sexual (UNICEF, 2014). Entretanto, os adolescentes que vivem em países de elevado rendimento também correm perigo de violência sexual. Nos Estados Unidos, o segundo Inquérito Nacional sobre a Exposição das Crianças à Violência (NatSCEV II), realizado em 2011, registrou taxas de vitimização sexual prolongada em adolescentes do sexo feminino e masculino entre os 14 e 17 anos da ordem dos 35 por cento e 20 por cento, respectivamente, o que evidencia que a ocorrência desse fenômeno se apresenta

de formas diferentes de acordo com a realidade pesquisada e com possível influência socioeconômica atribuída (UNICEF, 2014).

Em relação à idade em que ocorreu a primeira experiência de violência sexual em 21 países com dados comparáveis, a maioria das adolescentes afirma ter sido sexualmente abusada pela primeira vez entre os 15 e os 19 anos de idade. No entanto, um percentual significativo foi vítima de violência sexual pela primeira vez em idades mais jovens, considerando que dos 21 países, exceto Índia, Libéria, República da Moldávia, São Tomé e Príncipe e Zimbábwe, pelo menos uma em cada cinco adolescentes, que relataram no mínimo um incidente de violência sexual, afirmam que este ocorreu pela primeira vez entre os 10 e os 14 anos, o que reforça a realização de estudos com abrangência total entre essa faixa-etária (UNICEF, 2014). Corroborando com esses achados, um estudo realizado por Trindade *et al* (2014), apresenta a ocorrência da violência sexual em menores de 18 anos de idade (TRINDADE *et al*, 2014).

De acordo com esse mesmo relatório, os adolescentes do sexo masculino também são vítimas de violência sexual, mas em grau menor do que as adolescentes do sexo feminino, de acordo com os dados de quatro países. Isso também pode estar relacionado à omissão provavelmente ligada à vergonha e ao receio de estigma e preconceito, como, por exemplo, Uganda, em que a probabilidade de os adolescentes relatarem incidentes de relações sexuais ou outro tipo de atos sexuais forçados é duas vezes menor do que a das adolescentes do sexo feminino. De modo idêntico, em Moçambique, um número muito menor de rapazes do que moças dizem ter sido vítimas de violência sexual (3% contra 9%, respectivamente). Entretanto, assim como acontece com as adolescentes do sexo feminino, os incidentes de violência sexual em rapazes ocorrem majoritariamente, pela primeira vez, entre os 15 e os 19 anos e os perpetradores mais frequentes para ambos são os parceiros íntimos atuais ou anteriores (UNICEF, 2014).

Diferentemente, um estudo realizado nos Estados Unidos por Hart-Johnson e Green (2012), aponta que a prevalência de homens que relataram já ter sofrido abuso sexual durante a vida foi maior em relação às mulheres, sendo que estes relataram sofrer esse tipo de abuso ainda jovens, enquanto as mulheres na vida adulta (HART-JOHNSON; GREEN, 2012). Corroborando com o que já foi exposto, em outro estudo desenvolvido no Brasil, que investigava fatores associados à violência sexual contra homens e mulheres com transtornos mentais, prevalece o sexo feminino; contudo, também reforça que os homens afirmaram ter

sofrido esse tipo de violência na juventude, o que sinaliza atenção para esse período de vida (OLIVEIRA; MACHADO; GUIMARÃES, 2012).

O relatório da UNICEF apresenta, ainda, com relação aos autores mais comuns de violência sexual contra adolescentes, os atuais ou anteriores maridos, parceiros ou namorados, fato que merece atenção e surge diante da realidade de uniões estáveis cada vez mais precoces. Uma parte significativa de adolescentes na Bolívia, na República Dominicana, na Guatemala, no Quênia, na República da Moldávia, nos Estados Unidos da Tanzânia e na Uganda também relata ter sido vítima de violência sexual por parte de um amigo ou conhecido, sendo que uma em cada três jovens que tenham sido casadas na faixa etária entre 15 e 19 anos afirmaram ter sido vítimas de violência física, sexual ou emocional cometida por parceiros ou maridos (UNICEF, 2014).

Ainda de acordo com o documento referenciado, os casos em que o responsável pelo abuso era o próprio marido da vítima chegaram a 70% em países como a República Democrática do Congo e a Guiné Equatorial. Ao mesmo tempo, segundo o documento, cerca de 50% das adolescentes dessa faixa etária (aproximadamente 120 milhões) dizem acreditar que ser agredida pelo marido é justificável sob certas circunstâncias. Essa taxa sobe para 80% em países como Afeganistão, Guiné, Jordânia, Mali e Timor Leste (UNICEF, 2014). Já o estudo de Oliveira, Machado e Guimarães (2012) mostra a violência sexual frequentemente perpetrada contra mulheres por parceiros íntimos e no ambiente doméstico e, entre os homens, por estranhos e nas ruas (OLIVEIRA; MACHADO; GUIMARÃES, 2012).

Ao todo, no Brasil, foram registradas 24.575 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes em 2014. Desses casos, 19.165 foram de abuso e 5.410 de exploração sexual (ABRINQ, 2015a). De acordo com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), já nos três primeiros meses de 2015, foram denunciados pelo do disque 100, 4.480 casos de violência sexual, sendo 85% dos registros casos de abuso sexual e 23% casos de exploração sexual (BRASIL, 2015b).

De acordo com a literatura, a violência sexual também acomete mais o sexo feminino, apresentando um número expressivo de adolescentes, sendo a maior prevalência entre 10 e 19 anos, tornando esses grupos vulneráveis devido às questões de desigualdades de gênero e relações de poder (ANTONIO; FONTES, 2012; GIRGIRA; TILAHUN; BACHA, 2014; MONTEIRO *et al*, 2012; TRINDADE *et al*, 2014).

Alguns fatores sociais e psicológicos são apontados pela literatura como determinantes da violência sexual, tais como a natureza do fenômeno. Em relação à psicodinâmica da família que apresenta as seguintes características abusivas: duplas mensagens na comunicação, indução ao silêncio, uso intenso de mecanismos de defesa e autoestima rebaixada. Sobre a dificuldade com limites incluem-se o abuso do poder, omissão na função interditoria, fronteiras intergeracionais frágeis e isolamento social acentuado. Quanto aos fatores familiares: experiência de socialização dos pais, história pessoal de abuso, história de desarmonia e ruptura familiar e ignorância sobre o processo evolutivo da criança/adolescente. Relacionado aos fatores individuais: características patológicas dos pais - desordens físicas e psíquicas, alcoolismo, drogadição, baixa autoestima, baixa tolerância à frustração, despreparo para o papel de pai/mãe e impulsividade. Características dos filhos: prematuridade, deficiência física ou mental, problemas graves de saúde, hiperatividade, rebeldia e apatia (FERRARI, 2011).

Outros fatores merecem destaque e estão relacionados diretamente a condições sociais e econômicas, como violência estrutural, pobreza, excesso de filhos, isolamento social, crises familiares e desemprego, pouco contato com família extensa, pouca interação social, pouco acesso a instituições disponíveis na comunidade, pouca expectativa e mobilidade social. Há, ainda, fatores que, por intensificarem a manutenção dos adolescentes na dependência química e exploração sexual, dificultando seu rompimento social, são considerados de alto risco: histórico de violência sexual intrafamiliar durante a infância, uso abusivo de drogas e presença marcante do aliciador em sua vida. Existem, além dos já citados, os fatores políticos atribuídos às falhas na elaboração ou execução de políticas públicas. Por fim, existem os fatores culturais envolvendo atitude perante infância referente à violência, castigo, mulheres, sexualidade e regulamentação das relações entre sexos e entre gerações (FERRARI, 2011; SOUZA *et al*, 2013).

Esse fenômeno é complexo e causa séria preocupação, devido às graves consequências que podem ser causadas à criança/adolescente. Em relação às consequências físicas, podem haver lesões, hemorragias vulvares ou anais; presença de sêmen na roupa, boca ou genitais; dor e infecções urinárias e vaginais recorrentes; Infecções Sexualmente Transmissíveis - ISTs, gravidez precoce e aborto e até mesmo a morte. Além disso, as consequências psicológicas, como Transtorno do Stress Pós Traumático (TSPT); baixa autoestima, apatia, agressividade; medo e isolamento social; enurese, encoprese; dificuldades escolares; comportamento sexualizado; fuga de casa, delinquência; toxicomania e alcoolismo;

fobias e pânico; depressão e suicídio; homicídio; dupla personalidade, psicoses; exploração sexual infanto-juvenil e repetição do padrão abusivo (BRASIL, 2006a; FERRARI, 2011; JUSTINO *et al*, 2011; SANTANA; SANTANA; LOPES, 2011; TEIXEIRA; TAQUETTE, 2010).

Ainda segundo Ferrari (2011), certos fatores que influenciam a qualidade e intensidade das consequências, sendo eles relacionados à idade da vítima e do agressor: quanto mais jovem a criança, menor sua capacidade de compreensão e suas defesas. Quanto mais velho o agressor, mais forte a hierarquia de poder e mais evidente a fragilidade da barreira intergeracional. Tipo de relação entre agressor e vítima: quanto mais íntima a relação entre eles (pais/mães-filhos), maior o paradoxo entre proteção e abuso e, portanto, maior o dano. Personalidade da vítima: crianças tímidas e inibidas comunicam menos seus sofrimentos. Duração e frequência da agressão: quanto maior a frequência e a duração dos abusos, maior o dano. Quanto maior a dor e o sofrimento psíquico causado pela impotência, desamparo, medo da morte e erotização, maior o dano. Os danos são menores considerados menores quando ocorre a crença e acolhimento da criança, já são maiores quando existe a desatenção aos apelos da criança; dúvidas de sua palavra; culpabilização da criança; exames mal conduzidos ou dolorosos; depoimentos repetidos; acareações com seus agressores (FERRARI, 2011).

Diante desse contexto, diversas organizações internacionais e órgãos governamentais brasileiros reconhecem a complexidade do fenômeno, atuando em busca de estratégias e ações para o seu enfrentamento. Por conseguinte, foram criadas políticas e planos abordando esse assunto como um grave problema de saúde pública, que merece atenção e articulação multidisciplinar e intersetorial. Além do mais, a saúde da criança e do adolescente de um modo geral, até então, era algo pautado por certa invisibilidade, somente na década de 1980, tiveram início as primeiras discussões com enfoque nesse grupo. O marco inicial foi em 1985, considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) o Ano Internacional da Juventude, quando 78% dos países participantes pactuaram definições de políticas públicas para esse grupo social. Entretanto, apenas 40% desenvolveram um programa nacional de ação nos anos seguintes (LAGE; MOURA; HORTA, 2012).

Seguindo essa perspectiva, no Brasil, com base também no referencial da Constituição Federal de 1988, que evidencia o papel do Estado de assegurar a implementação de programas e de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, foi criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) com foco na promoção, integração, apoio e

incentivo a atividades de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação da faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 1989). A partir de 1990, as políticas públicas para os jovens são direcionadas ao enfrentamento da criminalidade e narcotráfico envolvendo esse grupo social, daí surge o Plano de Integração e Acompanhamento de Programas Sociais de Prevenção da Violência (PIAPS), programa do Gabinete de Segurança (BRASIL, 2002).

Ainda na década de 1990, o Brasil foi o primeiro país a promulgar um marco legal, em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), o ECA, que foi instituído como a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990). O ECA foi inspiração para mais de 15 reformas legislativas, em especial na América Latina, tornando-se um passo relevante na garantia legal dos direitos desse grupo social, reconhecendo-os como sujeitos de destaque e de proteção integral por parte da sociedade e do Estado. Em todos os seus capítulos, o Estatuto dedica-se a especificar o que considera proteção integral, mostrando como essa premissa deve ser provida e indica penalidades para os transgressores (BRASIL, 1990). A abordagem trazida pelo ECA veio redirecionar as políticas públicas voltadas para as crianças e adolescentes até então, onde geralmente trabalhavam os problemas da infância e adolescência como condições patológicas, contribuindo para uma visão discriminatória sobre a compreensão devida nessas faixas etárias, passando a existir uma preocupação com os aspectos biopsicossocial, condição e estilo de vida.

Contudo, posteriormente, o cenário internacional também sinalizou iniciativas através da “Declaração e Agenda para Ação”, com foco no enfrentamento da exploração sexual, no I Congresso Mundial Contra Exploração Sexual Comercial de Crianças em 1996, como também as recomendações do II Encontro ocorrido no Brasil 1998 (BRASIL, 2013).

Em 1999, no Brasil, mais uma ação foi desenvolvida, foi criada a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ) pelo Ministério da Saúde, como uma ampliação do PROSAD e responsável por ações e programas com foco no crescimento e desenvolvimento, da sexualidade, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde escolar do adolescente, prevenção de acidentes, violência, maus-tratos e família (LAGE; MOURA; HORTA, 2012).

Até então, ocorreram alguns avanços, contudo, a partir da década de 2000, tivemos melhorias significativas na criação de políticas, ações e programas diretamente relacionados à violência sexual, com a aprovação, nesse ano, pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Surgiu, então, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra crianças e adolescentes, tornando-se referência

para uma metodologia objetiva de estruturação de políticas, programas e serviços por parte do governo e também para organizações não governamentais, no que concerne à mobilização social e ao monitoramento dessas políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde, reconhecendo essa demanda, torna obrigatório, por meio da portaria nº 1.968/2001, o preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência contra crianças e adolescentes pelas instituições públicas de saúde ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território nacional, com consequente encaminhamento aos órgãos competentes (BRASIL, 2001; MOREIRA *et al*, 2013).

Com o intuito de elaborar indicadores para monitoramento e avaliação do impacto desse plano, na formulação de políticas públicas envolvendo a temática, em 2003, teve início um processo de atualização dessa medida. Nesse mesmo ano, foi criada a Comissão Intersetorial de Enfrentamento da Violência sexual contra Crianças e Adolescentes, tendo sua composição por mais de 20 ministérios, 12 parceiros da sociedade civil organizada e agências internacionais. Essa comissão, até o ano de 2006, foi coordenada pelo Ministério da Justiça, sendo, nesse mesmo ano, integrada à então Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (BRASIL, 2013).

Nessa mesma década, com base em uma proposta durante o encontro realizado em Natal (RN), no ano de 2000, onde foi elaborado o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescente, cria-se o Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes com a missão também de articular e monitorar sua implementação (BRASIL, 2013).

Nesse mesmo ano, com o objetivo de uma sensibilização da sociedade brasileira e para o seu engajamento contra a violação dos direitos sexuais de crianças e adolescentes, foi instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, através da Lei Federal N°. 9970/00 (BRASIL, 2000). Neste dia, ocorreu um caso que tomou grande repercussão no ano 1973, em que uma menina de 8 anos, em Vitória (ES), foi sequestrada, violentada e cruelmente assassinada. Seu corpo apareceu seis dias depois, carbonizado e os seus agressores nunca foram punidos. Deste então, esse tornou-se o símbolo dessa luta, para que a população brasileira se una e se manifeste contra esse tipo de violência (ABRINQ, 2015b).

Em relação à instituição do Comitê e da Comissão em esfera federal, foi perceptível que esse fato veio fortalecer as redes locais / estaduais, assim como as diversas campanhas de sensibilização sistemáticas, realizadas em períodos como o carnaval e o 18 de maio, proporcionando adesão maior de organizações públicas e privadas ao enfrentamento da violência sexual, incluindo a visita ao Brasil do Relator Especial das Nações Unidas para tratar sobre venda, prostituição infantil e utilização de crianças na pornografia, além da adoção da experiência de Códigos de Conduta contra a Exploração Sexual em diferentes segmentos econômicos (turismo, transporte, dentre outros). Ressalta-se a criação do serviço de disque denúncia nacional gratuito e anônimo, intitulado "Disque 100", que possibilita que sejam realizadas denúncias dos casos de violência sexual ao poder público para que sejam tomadas as devidas providências e encaminhamentos (BRASIL, 2013).

Em 2005, destaca-se o lançamento do Marco Legal da Saúde de Adolescentes que contribuiu para a construção de instrumentos legais de proteção aos direitos desse grupo social, com ênfase naqueles que garantem o seu direito fundamental à saúde em âmbitos nacional e internacional (LAGE; MOURA; HORTA, 2012). Já em 2006, foi elaborada a Cartilha sobre Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais, sendo, no ano seguinte, estabelecido marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, no qual são discutidos marcos nacionais e internacionais, bem como garantia de direitos sobre essa temática (BRASIL, 2007).

Ainda em 2007, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, compreendendo que a atenção deve perpassar pelos diversos aspectos, tais como biológicos, fisiológicos e sociais da saúde do adolescente e do jovem, bem como o conhecimento e a valorização da sua inserção no contexto familiar, social e cultural (BRASIL, 2010b).

Essas conquistas voltadas para o enfrentamento da violência sexual podem ser atribuídas ao Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual, sendo reforçadas pela instituição de planos temáticos, como o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2006) e o Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (2008). Apesar disso, a realização do III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes no Brasil, em 2008, gerou discussões apontando para a necessidade de atualização/revisão do referido Plano, com o intuito de atender às referidas novas demandas de violência sexual, tais

como os crimes transnacionais e os delitos facilitados pelas tecnologias da informação e comunicação (TICs) (BRASIL, 2013).

Com enfoque na saúde, a publicação "Saúde do adolescente: competências e habilidades em 2008" abordou aspectos éticos, legais e clínicos do adolescente e jovem, fornecendo subsídios para conhecimento e reflexão sobre a práxis do profissional da atenção básica (BRASIL, 2008). No ano seguinte, como um dos instrumentos voltados para conduzir essa atenção, foi elaborada a Caderneta de Saúde do Adolescente.

Em 2010, foi elaborado, no Brasil, o Plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, no âmbito do CONANDA, tendo como base os princípios, eixos e diretrizes da Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, com prazo de vigência para as ações até 2020. Vale ressaltar que ficou prevista a constituição de um Comitê Gestor do Plano Decenal para avaliação bienal do processo de implementação do Plano e que, ao final dos primeiros cinco anos, deverá ser realizada uma avaliação geral pelo CONANDA, principalmente para redefinição de metas de resultados e prazos (CONANDA, 2010).

Nesse mesmo ano, foram elaboradas pelo Ministério da Saúde Diretrizes Nacionais para a atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral de Adolescentes e Jovens. Essas diretrizes sinalizam a necessidade de elaborar ações e estratégias voltadas a essa população, enfatizando a integração das três esferas de governo e de forma intersetorial com outras ações, programas e políticas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2010b).

A Secretaria de Vigilância à Saúde lançou, em 25 de janeiro de 2011, a Portaria nº 104, que define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional, estabelecendo fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Essa portaria dispõe sobre a violência doméstica, sexual e/ou outras violências como o 45º evento de notificação compulsória (BRASIL, 2011c; MOREIRA *et al*, 2013). Além disso, especificamente para o ato notificador desses tipos de violências, os serviços e profissionais da saúde contam com um guia instrutivo para notificação por meio do Sistema de Notificação de Agravos de Notificações – SINAN (BRASIL, 2011c).

Em 2012, foi lançado um guia sobre Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes - Norma Técnica, com elementos que estabelecem e orientam os aspectos importantes relacionados à atuação dos serviços e profissionais de saúde diante do atendimento de pessoas em situação de violência sexual (BRASIL, 2012a).

Pautado pelo Comitê Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes e pela Coordenação do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, Secretaria de Direitos Humanos/PR, a revisão do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual suscitou a diversidade das várias realidades das regiões brasileiras e da dimensão continental do país, a fim de garantir a legitimidade das ações previstas e facilitar o monitoramento de sua implementação, que demandam uma execução com base na transversalidade. Assim, surge, em 2013, o novo Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual (BRASIL, 2013).

Destaca-se que durante esse processo de revisão houve a intenção de fazer uma interface direta com as diretrizes do Plano Decenal, além do seu período de vigência, com as diretrizes contidas no Eixo 2 - Proteção e Defesa dos Direitos, objetivo Estratégico 3.9, que discorre sobre ampliar e articular políticas, programas, ações e serviços para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2013; CONANDA, 2010).

A participação do CONANDA durante todo esse processo foi de suma relevância para dar ao Plano Nacional o caráter de orientar as políticas públicas nessa área. De acordo com o ECA, em seu artigo 88, cabe ao CONANDA formular as políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes em nosso país, ou seja, estabelecer os princípios, diretrizes e bases para a sua operacionalização. Contudo, assim como acontece com as políticas públicas de um modo geral, que são planejadas de maneira generalizada, com o intuito de uma aproximação maior de enfrentamento para cada realidade, a formulação e deliberação desses marcos referenciais podem e devem envolver os conselhos locais (estaduais, distrital e municipais), uma vez que é de responsabilidade dos conselhos dos direitos da criança e do adolescente, nos três níveis, formular e deliberar a respeito das Políticas e Planos em seu âmbito de intervenção, para uma implementação efetiva destes (BRASIL, 1990, 2013).

Sobre os avanços e desafios do Plano Nacional, nos 15 anos desde que foi criado o Comitê Nacional de Enfrentamento à Exploração, contribuíram para que essa temática

fosse abordada dentro de alguns ministérios e de algumas áreas, ampliando o que já existia e ganhando espaços em diversos setores, desde saúde, educação e turismo até assistência, esporte e lazer. Com isso, trouxe maior visibilidade ao problema existente devido a uma maior mobilização social, através de campanhas e sensibilização da sociedade para a denúncia. Entretanto, assumem-se as limitações apresentadas, reconhecendo que precisam ser superadas para que seja possível atingir os resultados desejados (ABRINQ, 2015b).

Dentre as dificuldades, aponta a falta de garantia de ações preventivas para crianças ou adolescentes em situação de abuso ou exploração sexual e demora muitas vezes, para conseguir um primeiro atendimento em rede (ABRINQ, 2015b). Além disso, discorre que é extremamente necessário aumentar o investimento na área, aumentando os recursos do orçamento, para que sejam implementados mais serviços direcionados. Para tanto, necessita-se ainda de conscientização política, por parte dos gestores, de que essa é uma prioridade (ABRINQ, 2015b).

No âmbito da saúde, de acordo com um estudo realizado por Paixão e Deslandes (2010), o qual faz uma análise das Políticas Públicas de enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil, apesar de todos esses instrumentos norteadores e normatizações, poucos são os serviços estruturados com equipes habilitadas para fornecer um atendimento adequado para crianças e adolescentes em situação de violência sexual. E embora o atendimento especializado já possa beneficiar muitas crianças, adolescentes e familiares em situação de violência sexual, já demanda, tanto na área da saúde, como na social, maiores investimentos e reestruturações para o preenchimento das lacunas ainda existentes (PAIXÃO; DESLANDES, 2010).

Pesquisa desenvolvida em municípios cearenses com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), revelou que os participantes apresentaram dificuldades na notificação de violência contra crianças e adolescentes e que existem lacunas no conhecimento e fragilidades na instrumentação para essa prática. Ou seja, assim como o setor saúde de um modo geral, na Atenção Básica à Saúde, existe a necessidade de que sejam promovidas ações efetivas para o enfrentamento da violência sexual (MOREIRA *et al*, 2013).

Para que essas ações destinadas a esse público-alvo sejam satisfatórias, faz-se necessária a aproximação com o contexto de vida e subsídios para construções de ações que levem em conta os determinantes sociais em saúde. Nessa perspectiva, é fundamental considerar as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), com as propostas pactuadas pelos estados brasileiros, redirecionando-as o máximo possível para as especificidades locais,

capazes de validar e efetivar esses projetos considerando as demandas e necessidades de cada município ou comunidade (BARATA, 2012; LAGE; MOURA; HORTA, 2012).

5 METODOLOGIA

5.1 Abordagem e tipo de estudo

Para a investigação deste trabalho, foram utilizados dois tipos de estudo. Primeiramente, foi realizado um estudo transversal descritivo de uma série histórica de casos com base em dados secundários de 2014. Esse tipo de estudo é utilizado para apresentação organizada dos resultados dos casos de doenças ou agravos, em um determinado período, com informações relevantes para o objeto a ser estudado, a fim de melhor compreensão sobre o assunto (JEKEL; KATZ, 2009).

Por não serem estudos comparativos, apresentam a limitação de não permitir afirmar a etiologia de doenças e agravos. Entretanto, são de boa qualidade se baseados em um conjunto de casos em que há uniformidade de tratamento e quando todos os casos, satisfazendo a um critério objetivo, são incluídos. Portanto, mesmo com limitações, esse tipo de estudo é fundamental e comumente utilizado para o avanço do conhecimento de diversas doenças e agravos.

Portanto, foi desenvolvido um estudo analítico do tipo ecológico. O estudo ecológico objetiva identificar correlação entre exposição e desfecho com unidade de análise representada por grupos populacionais (JEKEL; KATZ, 2009).

Um viés é a falácia ecológica: impossibilidade de relacionar exposição e desfecho em nível individual e difícil controle de confundimento. Vantagens: baixo custo, grande produção de hipóteses, teste de hipóteses ecológicas. Efeitos ecológicos são relevantes na avaliação de impactos de processos sociais ou intervenções populacionais, tais como programas, políticas ou leis.

Além de realizar a caracterização da série de casos de violência sexual do ano de 2014, buscou-se apresentar taxa de violência sexual entre Estados Brasileiros, com ênfase para os casos de abuso e exploração sexual nos Municípios Cearenses, correlacionando com os desfechos taxa de abuso sexual e taxa de exploração sexual com indicadores sociais sobre vulnerabilidade, saúde, demográficos, educação, desenvolvimento humano e trabalho. Foi realizado um estudo similar intitulado "Violência contra as mulheres no contexto urbano:

estudo sobre a distribuição espacial das violências no município de São Paulo", utilizando-se um estudo ecológico (KISS, 2009).

5.2 Contextualização do local de estudo

Primeiramente, o estudo abordou as 27 Unidades Federativas (UF) do Brasil, sendo 26 estados e um Distrito Federal: Acre (AC), Alagoas (AL), Amapá (AP), Amazonas (AM), Bahia (BA), Ceará (CE), Distrito Federal (DF), Espírito Santo (ES), Goiás (GO), Maranhão (MA), Mato Grosso (MT), Mato Grosso do Sul (MS), Minas Gerais (MG), Pará (PA), Paraíba (PB), Paraná (PR), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio de Janeiro (RJ), Rio Grande do Norte (RN), Rio Grande do Sul (RS), Rondônia (RO), Roraima (RR), Santa Catarina (SC), São Paulo (SP), Sergipe (SE), Tocantins (TO). Essas Unidades, estão inseridas nas divisões regionais estabelecidas em cinco: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sul e Sudeste. A extensão total do território brasileiro é de 8.515.767,049 (km²) (IBGE, 2016).

Em um segundo momento, foi dado um enfoque maior ao Estado do Ceará localizado na região Nordeste do País. Esta região é a terceira maior (por extensão territorial, cerca de 1.558.196 km²) do país. A região apresenta uma qualidade de vida média, o Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,659. A densidade demográfica gira em torno de 32 hab./km (IBGE, 2016).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o Estado do Ceará, tem como capital Fortaleza, área (Km²) de 148.886,308, em 2010 possuía uma população de, aproximadamente, 8.452.381 habitantes, com estimativa de 8.904.459 em 2015, onde a população residente entre 0 a 19 anos representava 32,2% no ano de 2014. Densidade demográfica 56,76 (hab/km²) e 184 Municípios (IBGE ESTADOS, 2016).

Sendo estes: Abaiara, Acarape, Acaraú, Acopiara, Aiuaba, Alcântaras, Altaneira, Alto Santo, Amontada, Antonina do Norte, Apuiarés, Aquiraz, Aracati, Aracoiaba, Ararendá, Araripe, Aratuba, Arneiroz, Assaré, Aurora, Baixio, Banabuiú, Barbalha, Barreira, Barro, Barroquinha, Baturité, Beberibe, Bela Cruz, Boa Viagem, Brejo Santo, Camocim, Campos Sales, Canindé, Capistrano, Caridade, Cariré, Caririaçu, Cariús, Carnaubal, Cascavel, Catarina, Catunda, Caucaia, Cedro, Chaval, Choró, Chorozinho, Coreaú, Crateús, Crato, Croatá, Cruz, Deputado Irapuan Pinheiro, Ererê, Eusébio, Farias Brito, Forquilha, Fortaleza, Fortim, Frecheirinha, General Sampaio, Graça, Granja, Granjeiro, Groaíras, Guaiúba, Guaraciaba do Norte, Guaramiranga, Hidrolândia, Horizonte, Ibaretama, Ibiapina, Ibicuitinga,

Icapuí, Icó, Iguatu, Independência, Ipaporanga, Ipaumirim, Ipu, Ipueiras, Iracema, Irauçuba, Itaiçaba, Itaitinga, Itapajé, Itapipoca, Itapiúna, Itarema, Itatira, Jaguaretama, Jaguaribara, Jaguaribe, Jaguaruana, Jardim, Jati, Jijoca de Jericoacoara, Juazeiro do Norte, Jucás, Lavras da Mangabeira, Limoeiro do Norte, Madalena, Maracanaú, Maranguape, Marco, Martinópole, Massapê, Mauriti, Meruoca, Milagres, Milhã, Miraíma, Missão Velha, Mombaça, Monsenhor Tabosa, Morada Nova, Moraújo, Morrinhos, Mucambo, Mulungu, Nova Olinda, Nova Russas, Novo Oriente, Ocara, Orós, Pacajus, Pacatuba, Pacoti, Pacujá, Palhano, Palmácia, Paracuru, Paraipaba, Parambu, Paramoti, Pedra Branca, Penaforte, Pentecoste, Pereiro, Pindoretama, Piquet Carneiro, Pires Ferreira, Poranga, Porteiras, Potengi, Potiretama, Quiterianópolis, Quixadá, Quixelô, Quixeramobim, Quixeré, Redenção, Reriutaba, Russas, Saboeiro, Salitre, Santa Quitéria, Santana do Acaraú, Santana do Cariri, São Benedito, São Gonçalo do Amarante, São João do Jaguaribe, São Luís do Curu, Senador Pompeu, Senador Sá, Sobral, Solonópole, Tabuleiro do Norte, Tamboril, Tarrafas, Tauá, Tejuçuoca, Tianguá, Trairi, Tururu, Ubajara, Umari, Umirim, Uruburetama, Uruoca, Varjota, Várzea Alegre, Viçosa do Ceará (IBGE Cidades 2016).

Nas pesquisas de conteúdo ecológico, a unidade de análise é uma população que geralmente pertence a uma área geográfica definida, avalia como os contextos sociais e ambientais podem afetar a saúde de grupos populacionais, a efetividade de intervenções nestes grupos e procura saber, de cada um deles, as suas características (JEKEL; KATZ, 2009). Destarte, as unidades de análise desse estudo foram as 27 UF e os 184 Municípios Cearenses.

5.3 Fonte dos dados

5.3.1 Registros dos casos de violência sexual disque denúncia/disque 100 - SDH

Os dados sobre caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes de 0 a 17 anos para o estudo da série de casos no Brasil e no Estado do Ceará em 2014, e o número total dos casos de abuso e exploração sexual para fornecer a taxa por Municípios no estudo ecológico, foram coletados de forma secundária através da investigação direta dos dados fornecidos pelo disque denúncia/ disque 100 da Secretaria de Direitos Humanos – SDH

do Governo Federal, através de cadastro e solicitação realizada pelo site de acesso à informação e-sic.

5.3.2 Banco com indicadores sociais vulnerabilidade, saúde, demográficos, educação, desenvolvimento humano e trabalho dos municípios

Para o estudo ecológico, foi construído um banco com indicadores sociais, com base nos dados secundários coletados através do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), IBGE Cidades, SIDRA (IBGE), dados divulgados pelo Instituto de pesquisa e estratégia econômica do Ceará (IPECE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), O Atlas de desenvolvimento Humano no Brasil (ATLAS BRASIL), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e os disponibilizados publicamente dos órgãos governamentais envolvendo diversos setores, tais como saúde, educação, ação social e segurança pública.

5.4 Análise dos dados

5.4.1 Variáveis para análise

a) Variáveis para caracterização da série de casos de violência sexual no Brasil e no Ceará em 2014:

Foram analisadas características relacionadas ao perfil das vítimas como sexo, identidade de gênero, faixa etária, cor/raça, tipo de deficiência. Quanto ao agressor: sexo, faixa etária, cor/raça. Foram analisadas ainda a relação entre suspeito e vítima, relação do demandante e vítima e o local da violação.

b) Variáveis preditoras na associação do estudo ecológico: vulnerabilidade, saúde, demográficos, educação, desenvolvimento humano e trabalho de cada Município;

c) Variáveis desfecho no estudo ecológico:

Taxa de abuso sexual e Taxa de exploração sexual – Foram calculadas através do número de casos registrados pelo disque denúncia no ano de 2014 pela população adolescente entre 0 a 17 anos de cada município.

5.4.2 Processo de análise dos dados

- a) Análise descritiva para o estudo da série de casos: Foram calculadas as frequências absoluta e relativa das variáveis que irão caracterizar a violência sexual;
- b) Análise dos dados no estudo ecológico: Análise univariada, bivariada, regressão linear múltipla e análise de resíduos;
- c) Foram elaborados, ainda, gráficos com a evolução de 2012 a 2014 e mapa com a distribuição da taxa de violência sexual por Estados no Brasil em 2014, dando ênfase aos cinco Estados com maior e os cinco com menor taxa. Além de mapas com a distribuição das taxas de abuso e exploração sexual por Municípios no Estado do Ceará, com base no número de denúncias somadas no período que compreende entre 2011 a 2014, afim de estabilidade da taxa, com ênfase aos dez Municípios com maior e os dez com menor valor.
- d) Análise univariada: Para as possíveis variáveis explicativas, foram calculados os seus valores mínimo e máximo, Média, Mediana, 1º e 3º Quartil;
- e) Análise bivariada (correlação): Foi processada essa análise com o intuito de compreender a relação (força de associação) de cada uma das variáveis selecionadas para a modelagem, observando o coeficiente de correlação e significância ($p < 0,2$). Vale ressaltar que os resultados da análise bivariada devem ser interpretados com cautela, pois outros fatores podem estar mediando ou confundindo as relações analisadas;
- f) Regressão linear múltipla: Para evidenciar a conjunção entre os potenciais determinantes da taxa de abuso e exploração sexual nos agregados estudados, foi empregada regressão linear múltipla, pelo método *stepwise selection*, onde permaneceu no modelo a variável que teve um nível descritivo do teste menor que 0,05 ($p < 0,05$). Serão adotados 95% para a construção dos intervalos de confiança dos coeficientes de interseção e regressão da modelagem;
- g) Análise de resíduos do modelo final de regressão linear múltipla: Os modelos finais foram submetidos à avaliação de normalidade dos resíduos através do teste de Kolmogorov-Smirnov, calculados os fatores de inflação da variância (VIF) e análise gráfica para avaliação da homocedasticidade da variabilidade dos resíduos;
- h) Os dados para os diversos tipos de análise foram tabulados por meio do Excel e processados por meio do software *STATA*, versão 13.0, foi utilizado ainda para a elaboração dos mapas o Arcgis versão 10.

5.5 Aspectos ético-legais

Essa pesquisa foi realizada de acordo com dados secundários de acordo com fontes seguras disponibilizadas na internet e de domínio público. Portanto, não será necessário uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e submissão do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética para realização do estudo. Essa investigação propicia baixo risco aos indivíduos cujos dados são grupais e não pessoais.

Seguiu a resolução nº 466/2012, que incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012b).

Os resultados deste estudo foram devolvidos por meio de apresentação de defesa pública da dissertação. Os resultados ainda serão compartilhados com a comunidade acadêmica e sociedade mediante apresentação em eventos científicos e publicações em periódicos.

6 RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos, foi possível identificar que entre os adolescentes em situação de violência sexual observou-se predomínio do sexo feminino no Brasil (21281 / 68,2%) e no Estado do Ceará (807 / 68,6%). A faixa etária de 12 a 14 anos no Brasil (9282 / 29,7%) e no Ceará (340 / 28,9%), já a raça/cor foi não informado como a maioria no Brasil (12538 / 40,2%) e no Ceará (446 / 37,9%) seguido por parda (8892 / 28,5%) Brasil e Ceará 376 (376 / 31,9%). Vale ressaltar, que as variáveis correspondentes à identidade de gênero (Bissexual, Gay, Lésbica, Transexual, Travesti) foram retiradas da tabela por apresentarem uma frequência muito baixa ou igual à zero, sendo predominante nesse quesito a opção não informado.

Tabela 1 – Perfil das vítimas sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Variáveis	Brasil n (%)	Ceará n (%)
Sexo		
Feminino	21281 (68,2)	807 (68,6)
Masculino	5523 (17,7)	237 (20,1)
Não informado	4406 (14,1)	133 (11,3)
Faixa etária		
Nascituro	3 (0,0)	0 (0,0)
Recém-nascido	42 (0,1)	1 (0,1)
0 a 3 anos	1726 (5,5)	91 (7,7)
4 a 7 anos	3612 (11,6)	140 (11,9)
8 a 11 anos	5852 (18,8)	206 (17,5)
12 a 14 anos	9282 (29,7)	340 (28,9)
15 a 17 anos	6545 (21)	269 (22,9)
Não informado	4148 (13,3)	130 (11,0)
Cor / Raça		
Parda	8892 (28,5)	376 (31,9)
Branca	8013 (25,7)	303 (25,7)
Preta	1629 (5,2)	43 (3,7)
Indígena	55 (0,2)	0 (0,0)
Amarela	83 (0,3)	9 (0,8)
Não informado	12538 (40,2)	446 (37,9)

As características referentes aos suspeitos apontam que a maioria era do sexo masculino no Brasil (19305 / 65,5%) e no Ceará (763 / 65,9%), com faixa etária predominando a variável não informada no Brasil (9312 / 31,6%) e no Ceará (362 / 31,3%),

seguida da idade de 25 a 30 (3874 / 13,1%) no Brasil e de 18 a 24 no Ceará (160 / 13, 8%). Em relação à raça/cor também como maioria não informado no Brasil (13871 /47,1%) e no Ceará (547 /47,3), em seguida foi a parda tanto no Brasil 7085 / 24%) como no Ceará (309 / 26,7).

Tabela 2 – Perfil dos suspeitos sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Variáveis	Brasil n (%)	Ceará n (%)
Sexo		
Feminino	5411 (18,4)	215 (18,6)
Masculino	19305 (65,5)	763 (65,9)
Não informado	4753 (16,1)	179 (15,5)
Faixa etária		
Não informado	9312 (31,6)	362 (31,3)
12 a 14 anos	334 (1,1)	06 (0,5)
15 a 17 anos	791 (2,7)	37 (3,2)
18 a 24 anos	3437 (11,7)	160 (13,8)
25 a 30 anos	3874 (13,1)	159 (13,7)
31 a 35 anos	2701 (9,2)	94 (8,1)
36 a 40 anos	3018 (10,2)	114 (9,9)
41 a 45 anos	1701 (5,8)	64 (5,5)
46 a 50 anos	1708 (5,8)	58 (5,0)
51 a 55 anos	836 (2,8)	34 (2,9)
56 a 60 anos	887 (3,0)	34 (2,9)
61 a 65 anos	392 (1,3)	15 (1,3)
66 a 70 anos	274 (0,9)	16 (1,4)
71 a 75 anos	100 (0,3)	02 (0,2)
76 a 80 anos	69 (0,2)	01 (0,1)
81 a 85 anos	22 (0,1)	00 (0,0)
85 a 90 anos	08 (0,0)	00 (0,0)
91 anos ou mais	05 (0,0)	01 (0,1)
Cor / Raça		
Parda	7085 (24)	309 (26,7)
Branca	6339 (21,5)	221 (19,1)
Preta	2059 (7,0)	75 (6,5)
Amarela	75 (0,3)	05 (0,4)
Indígena	40 (0,1)	0 (0,0)
Não informado	13871 (47,1)	547 (47,3)

Quanto à relação entre suspeito e vítima prevaleceu não informado no Brasil (11298 /27,4%) e no Ceará (406 /25,8) e em segundo alguém desconhecido no Brasil (6624 / 16,1) e no Ceará (257/ 16,3%).

Tabela 3 – Relação entre suspeito e vítima sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Relação suspeito e vítima	Brasil n (%)	Ceará n (%)
Não informado	11298 (27,4)	406 (25,8)
Desconhecido(a)	6624 (16,1)	257 (16,3)
Mãe	4963 (12)	228 (14,5)
Pai	4034 (9,8)	132 (8,4)
Padrasto	3380 (8,2)	125 (7,9)
Vizinho (a)	2279 (5,5)	64 (4,1)
Tio (a)	1699 (4,1)	49 (3,1)
Namorado(a)	1559 (3,8)	76 (4,8)
Amigo (a)	907 (2,2)	29 (1,8)
Irmão (ã)	644 (1,6)	12 (0,8)
Outras relações menos recorrentes	3862 (9,4)	197 (12,5)

Verificou-se na relação entre o demandante e vítima que a maioria não foi informado (28392 / 90,2%) no Brasil e no Ceará (1079 / 91,2%), seguido de desconhecido no Brasil (2410 /7,7%) e no Ceará (84 /7,1%).

Tabela 4 - Relação entre demandante e vítima sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Relação demandante e vítima	Brasil n (%)	Ceará n (%)
Não informado	28392 (90,2)	1079 (91,2)
Desconhecido (a)	2410 (7,7)	84 (7,1)
Filho (a)	300 (1,0)	08 (0,7)
Enteado (a)	88 (0,3)	02 (0,2)
Sobrinho (a)	48 (0,2)	00 (0,0)
Namorado (a)	43 (0,1)	03 (0,3)
Vizinho (a)	30 (0,1)	01 (0,1)
Própria vítima	25 (0,1)	00 (0,0)
Irmão (ã)	24 (0,1)	2 (0,2)

Neto (a)	18 (0,1)	1 (0,1)
Outras relações menos recorrentes	94 (0,3)	3 (0,3)

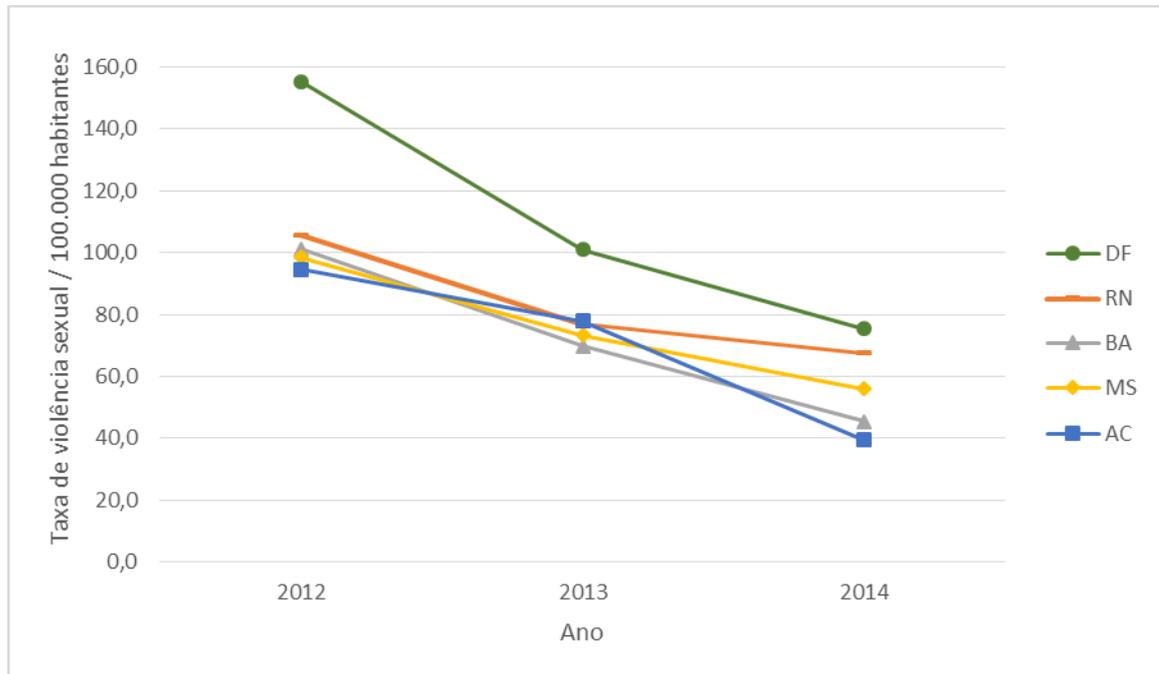
Os dados referentes ao local da violação, evidenciam a casa da vítima como o local onde foi mais frequente a ocorrência da violência sexual no Brasil (9352 / 38,6) e no Ceará (371 / 38,9%).

Tabela 5 – Local da violação sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Local da violação	Brasil n (%)	Ceará n (%)
Casa da Vítima	9352 (38,6)	371 (38,9)
Casa do Suspeito	7488 (30,9)	280 (29,4)
Outros	2665 (11,0)	106 (11,1)
Casa	1975 (8,2)	81 (8,5)
Rua	1969 (8,1)	94 (9,9)
Escola	488 (2,0)	14 (1,5)
Local de trabalho	137 (0,6)	02 (0,2)
Ônibus	43 (0,2)	01 (0,1)
Igreja	42 (0,2)	02 (0,2)
Albergue	14 (0,1)	01 (0,1)
Outros locais menos recorrentes	41 (0,2)	01 (0,1)

No Brasil, observa-se as cinco maiores taxas de violência sexual, registradas no ano de 2012 pelo Distrito Federal (155,3 /100.000 hab), Rio Grande do Norte (105,8 / 100.000 hab), Bahia (101,1 /100.000hab), Mato Grosso do Sul (98,5 / 100.000 hab) e Acre (92,5 /100.000 hab). Compreendendo a evolução de 2012 a 2014, destaca-se uma tendência predominantemente decrescente e significativa em todos os Estados supracitados.

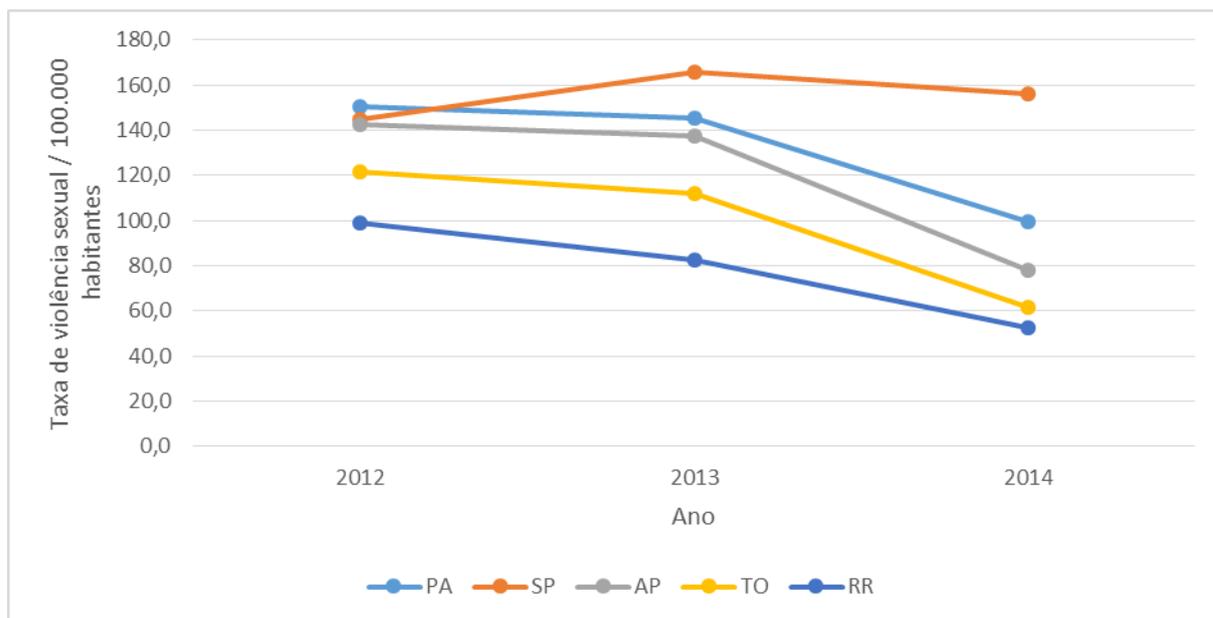
Gráfico 1- Distribuição das cinco maiores taxas de violência sexual, durante o período de 2012 a 2014, no Brasil.



No triênio analisado, ressalta-se o Distrito Federal liderando o “ranking” com a maior taxa de violência sexual inicialmente no ano de 2012 (155,3 /100.000 hab), continuando em 2013 (100,9/ 100.00 hab) e em 2014 (75,4 /100.000 hab). Entretanto, vale ressaltar ainda que além do Distrito Federal, o Estado do Rio Grande do Norte e Mato Grosso do Sul, apesar da diminuição das taxas, se mantiveram entre os cinco Estados com as maiores taxas também em 2014.

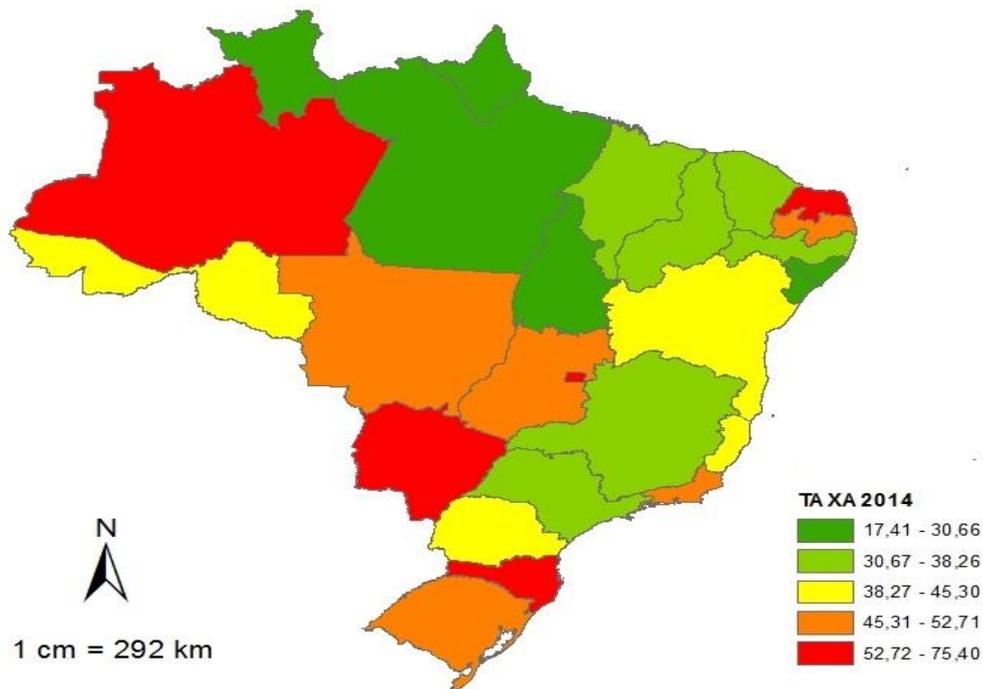
No Brasil, observa-se as cinco menores taxas de violência sexual, registradas no ano de 2012 pelo Estado do Pará (150,7 /100.000 hab), São Paulo (145,1 / 100.000 hab), Amapá (142,1 /100.000hab), Tocantins (121,1 / 100.000 hab) e Roráima (98,9 /100.000 hab). Posteriormente, o Estado do Pará continuou apresentando uma diminuição dessas taxas, destaca-se Estado de São Paulo mostrando uma tendência ascendente, chegando ao ápice em 2013 e posteriormente uma discreta diminuição até 2014. Os demais Estados evidenciam uma tendência decrescente e significativa no ano de 2014.

Gráfico 2 - Distribuição das cinco menores taxas de violência sexual, durante o período de 2012 a 2014, no Brasil.



A distribuição espacial das taxas no Brasil em 2014 reforça que além do Distrito Federal, o Estado do Rio Grande do Norte e Mato Grosso do Sul, apesar da diminuição das taxas, se mantiveram entre os cinco Estados com as maiores taxas também em 2014, não havendo clusters nas vizinhanças para as taxas mais altas.

Figura 1 - Mapa com a distribuição espacial da violência sexual no Brasil em 2014, segundo dados disponibilizados pela Secretaria de Direitos Humanos. Disque 100, 2015.



No Estado do Ceará, no período analisado durante os anos de 2011 a 2014, representam os municípios com maior número de denúncias de abuso sexual, Itapagé, Trairi e Martinópolis com taxas de (16,59%), (9,11%) e (9,46%) respectivamente, mediante os dados solicitados pelo Disque 100.

Tabela 6 - Distribuição da taxa de abuso sexual apresentando um ranking dos dez Municípios Cearenses em destaque, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.

Posição	Município	Taxa %
1º	Itapagé	16,59
2º	Trairi	09,91
3º	Martinópolis	09,46
4º	Paracuru	09,21
5º	Madalena	07,98
6º	São Gonçalo do Amarante	07,66
7º	Milhã	07,61
8º	Uruburetama	07,31
9º	Meruoca	07,04

10°	Maracanaú	06,96
-----	-----------	-------

Fonte: Secretaria dos Direitos Humanos (SDH). Disque 100, Ceará, 2016.

Os municípios cearenses que menos denunciam o abuso sexual são Mombaça (0,58%), seguido de Ipu (0,61%) e Ipueiras (0,66%). Vale ressaltar que a posição final no ranking das taxas equivale ao número 131, devido à ausência de denúncias pelo Disque 100, em alguns municípios.

Tabela 7 - Distribuição da taxa de abuso sexual apresentando um ranking dos dez Municípios Cearenses com os mínimos valores, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.

Posição	Município	Taxa %
131°	Mombaça	0,58
130°	Ipu	0,61
129°	Ipueiras	0,66
128°	Quixeramobim	0,67
127°	Pentecoste	0,69
126°	Missão Velha	0,72
125°	Nova Russas	0,80
124°	Lavras da Mangabeira	0,80
123°	Santana do Acaraú	0,81
122°	Horizonte	0,84

Fonte: Secretaria dos Direitos Humanos (SDH), Ceará, 2016.

A tabela 8, exibe o ranking dos municípios cearenses com altas taxas de denúncias da exploração sexual com destaque para Jijoca de Jericoacoara (83,30%), Santa Quitéria (51,06%) e Itapagé (37,70%).

Tabela 8 - Distribuição da taxa de exploração sexual apresentando um ranking dos dez Municípios Cearenses com maiores valores, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.

Posição	Município	Taxa %
1°	Jijoca de Jericoacoara	83,30
2°	Santa Quitéria	51,06
3°	Itapagé	37,70
4°	Pentecoste	37,37

5º	Mucambo	36,87
6º	Tururu	34,93
7º	Cariré	31,07
8º	Ipaumirim	28,77
9º	Icó	28,62
10º	São Gonçalo do Amarante	26,82

Fonte: Secretaria dos Direitos Humanos (SDH), Ceará, 2016.

Já os municípios com menores índices de denúncias para exploração sexual pelo Disque 100 foram Jardim (0, 93%), Independência (0,97%) e Tamboril (0,98%). Vale ressaltar que a posição final no ranking das taxas equivale ao número 172, devido à ausência de denúncias pelo Disque 100, em alguns municípios.

Tabela 9 - Distribuição da taxa de exploração sexual apresentando um ranking dos dez Municípios Cearenses com os menores valores, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.

Posição	Município	Taxa %
172º	Jardim	0,93
171º	Independência	0,97
170º	Tamboril	0,98
169º	Jucás	01,03
168º	Quixeré	01,20
167º	Quiterianópolis	01,23
166º	Farias Brito	01,32
165º	Jaguaretama	01,39
164º	Jaguaribe	01,45
163º	Alto Santo	01,50

Fonte: Secretaria dos Direitos Humanos (SDH), Ceará, 2016.

Figura 2- Mapa com a distribuição da taxa de abuso sexual no Ceará, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.

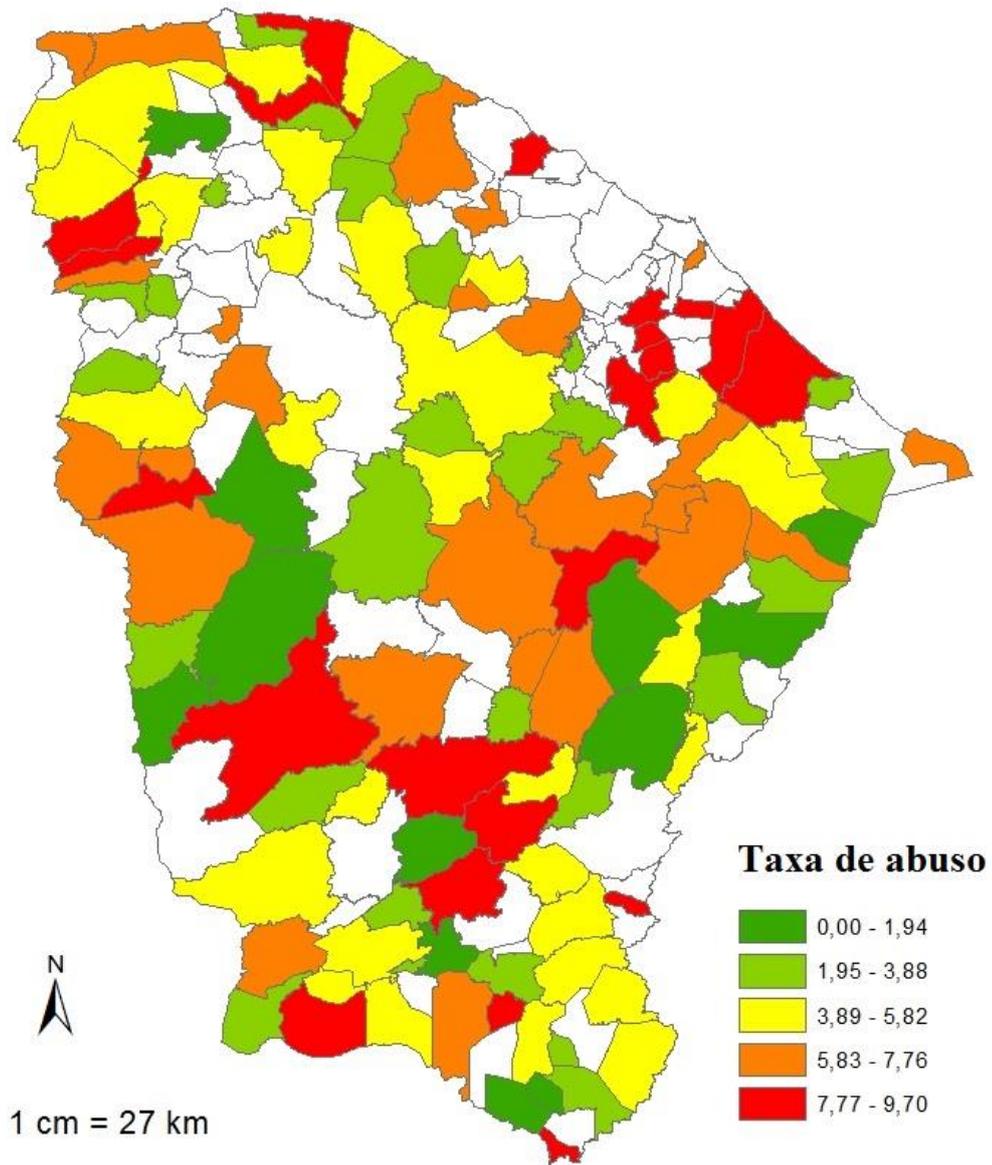
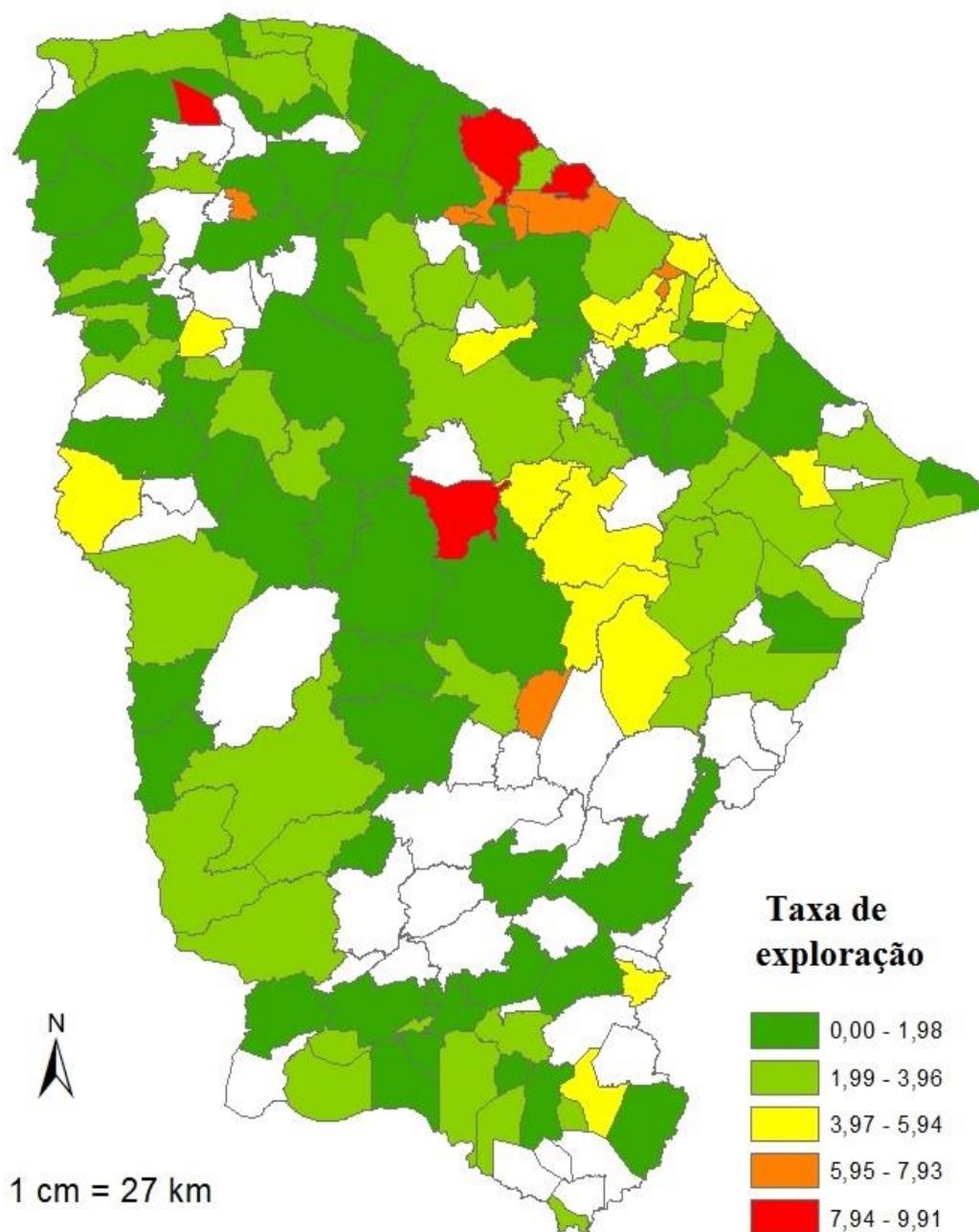


Figura 3- Mapa com a distribuição da taxa de exploração sexual no Ceará, no período de 2011 a 2014. Fortaleza, Ceará, 2016.



A taxa de abuso sexual apresentou média de 9,12, mediana 6,45, com desvio padrão de 9,85. Já a taxa de exploração sexual média de 2,12, mediana 1,46 e desvio padrão de 2,39.

Tabela 10 - Taxas de abuso e exploração sexual dos Municípios Cearenses com base no período entre 2011 a 2014.

Variáveis	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Taxa de Abuso Sexual (por 100 mil habitantes)	09,12	06,45	09,85	0,00	83,30
Taxa de Exploração Sexual (por 100 mil habitantes)	02,12	01,46	02,39	0,00	16,59

Em relação ao bloco renda, nos municípios Cearenses o percentual dos ocupados com rendimento de até 1 salário mínimo, tem média de 64,36 e desvio padrão de 14,27. A Renda domiciliar per capita média do 3º quinto mais pobre, tem média de 171,86 e desvio padrão de 42,46. A Renda domiciliar per capita máxima do 2º quinto mais pobre, tem média de 130,46 e desvio padrão de 37,66. A Renda domiciliar per capita máxima do 3º quinto mais pobre, tem média de 217,85 e desvio padrão de 48,69. A Renda domiciliar per capita média do 2º quinto mais pobre, tem média de 96,66 e desvio padrão de 35,04. A Renda domiciliar per capita média do 4º quinto mais pobre, tem média de 283,97 e desvio padrão de 58,22. A Renda domiciliar per capita máxima do 2º quinto mais pobre, tem média de 368,64 e desvio padrão de 74,82. A Renda domiciliar per capita máxima do 9º quinto mais pobre, tem média de 540,35 e desvio padrão de 122,12.

A Proporção de crianças vulneráveis à pobreza, tem média de 82,66 e desvio padrão de 6,60. A Proporção de crianças pobres, tem média de 58,56 e desvio padrão de 11,05. A Proporção de vulneráveis à pobreza, tem média de 67,88 e desvio padrão de 7,81. O Percentual de ocupados de 18 anos ou mais que são empregadores, tem média de 0,79 e desvio padrão de 0,51. O Índice de Gini, tem média de 0,53 e desvio padrão de 0,05. O produto interno bruto per capita, tem média de 5446,43 e desvio padrão de 4027,03. A Proporção de extremamente pobres, tem média de 23,48 e desvio padrão de 8,83. A proporção de crianças extremamente pobres, tem média de 33,38 e desvio padrão de 11,64.

A Proporção de pobres, tem média de 42,71 e desvio padrão de 9,75. O Percentual da renda total apropriada pelos 20% da população com menor renda domiciliar per capita, tem média de 2,59 e desvio padrão de 0,79. O Percentual da renda total apropriada pelos 20% da

população com maior renda domiciliar per capita, tem média de 55,79 e desvio padrão de 4,25. O Percentual da renda total apropriada pelos 40% da população com menor renda domiciliar per capita, tem média de 9,71 e desvio padrão de 2,13. O Percentual da renda total apropriada pelos 60% da população com menor renda domiciliar per capita, tem média de 22,65 e desvio padrão de 3,17. O Percentual da renda total apropriada pelos 80% da população com menor renda domiciliar per capita, tem média de 44,21 e desvio padrão de 4,25.

O Percentual da renda proveniente de rendimentos do trabalho, tem média de 56,46 e desvio padrão de 9,46. A Razão dos 10% mais ricos / 40% mais pobres, tem média de 17,16 e desvio padrão de 5,41. A Razão dos 20% mais ricos / 40% mais pobres, tem média de 12,21 e desvio padrão de 3,50. A Renda per capita média, tem média de 267,64 e desvio padrão de 76,34. A Renda domiciliar per capita média do quinto mais pobre, tem média de 35,83 e desvio padrão de 18,29. A Renda domiciliar per capita média do décimo mais rico, tem média de 1063,88 e desvio padrão de 434,57. A Renda domiciliar per capita média do quinto mais rico, tem média de 751,55 e desvio padrão de 260,71.

O Percentual dos ocupados sem rendimento, tem média de 20,79 e desvio padrão de 9,76. O Percentual dos ocupados com rendimento de até 2 salários mínimos, tem média de 92,44 e desvio padrão de 3,16. O Percentual dos ocupados com rendimento de até 3 salários mínimo, tem média de 96,26 e desvio padrão de 2,01. O Percentual dos ocupados com rendimento de até 5 salários mínimo, tem média de 98,40 e desvio padrão de 1,19. A Renda domiciliar per capita média dos extremamente pobres, tem média de 34,81 e desvio padrão de 3,46. A Renda domiciliar per capita média dos vulneráveis à pobreza, tem média de 116,38 e desvio padrão de 16,14.

Tabela 11 - Indicadores de renda nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

VARIÁVEIS RENDA	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
% ocupados com rendimento de até 1 SM	64,36	68,66	14,27	17,87	86,06
R domiciliar pc média do 3º quinto mais pobre	171,86	165,20	42,46	91,84	392,57
R domiciliar pc máxima do 2º quinto mais pobre	130,46	126,80	37,66	59,17	306,00
R domiciliar pc máxima do 3º quinto mais pobre	217,85	207,75	48,69	126,14	500,00
R domiciliar pc média do 2º quinto mais pobre	96,66	91,35	35,04	35,26	245,77

R domiciliar pc média do 4º quinto mais pobre	283,97	274,92	58,22	171,27	655,16
R domiciliar pc máxima do 2º quinto mais pobre	368,64	353,33	74,82	253,33	940,00
R domiciliar pc máxima do 9º quinto mais pobre	540,35	512,50	122,12	390,00	1770,00
Proporção de crianças vulneráveis à pobreza	82,66	83,71	06,60	49,93	93,64
Proporção de crianças pobres	58,56	60,97	11,05	21,32	80,43
Proporção de vulneráveis à pobreza	67,88	69,23	07,81	32,88	82,32
% de ocupados de 18 anos ou mais que são empregadores	0,79	0,76	0,51	0,00	02,18
Índice de Gini	0,53	0,53	0,05	0,42	0,66
PIB per capita	5446,43	4394,48	4027,03	3168,52	40018,00
Proporção de extremamente pobres	23,48	23,62	08,83	03,36	43,63
Proporção de crianças extremamente pobres	33,38	34,81	11,64	05,73	59,56
Proporção de pobres	42,71	44,38	09,75	12,14	64,35
% da R total apropriada pelos 20% da população com menor R domiciliar pc	02,59	02,35	0,79	01,05	05,19
% da R total apropriada pelos 20% da população com maior R domiciliar pc	55,79	55,60	04,25	46,92	70,03
% da R total apropriada pelos 40% da população com menor R domiciliar pc	09,71	09,43	02,13	4,78	15,28
% da R total apropriada pelos 60% da população com menor R domiciliar pc	22,65	22,46	03,17	14,29	30,48
% da renda total apropriada pelos 80% da população com menor R domiciliar pc	44,21	44,41	04,25	29,97	53,08
% da renda proveniente de rendimentos do trabalho	56,46	55,59	9,46	33,48	79,75
Razão dos 10% mais ricos / 40% mais pobres	17,16	16,54	05,41	08,07	43,85
Razão dos 20% mais ricos / 40% mais pobres	12,21	11,76	03,50	06,13	28,42
R per capita média	267,64	256,84	76,34	171,62	846,36
R domiciliar pc média do quinto mais pobre	35,83	30,05	18,29	11,83	119,82
R domiciliar pc média do décimo mais rico	1063,88	963,34	434,57	584,69	4368,41
R domiciliar pc média do quinto mais rico	751,55	694,14	260,71	456,12	2822,45

% dos ocupados sem rendimento	20,79	20,67	09,76	01,35	46,68
% dos ocupados com rendimento de até 2 SM	92,44	93,06	03,16	72,41	98,15
% dos ocupados com rendimento de até 3 SM	96,26	96,69	02,01	81,97	99,66
% dos ocupados com rendimento de até 5 SM	98,40	98,62	01,19	89,51	100,00
R domiciliar pc média dos extremamente pobres	34,81	34,49	03,46	26,06	42,62
R domiciliar pc média dos vulneráveis à pobreza	116,38	114,95	16,14	83,28	160,97

Referente ao bloco sobre vulnerabilidades, o % de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados, tem média de 17,51 e desvio padrão de 9,95. O % de pessoas em domicílios com paredes que não sejam de alvenaria ou madeira aparelhada, tem média de 7,38 e desvio padrão de 5,47. O Percentual da população que vive em domicílios com água encanada, tem média de 76,11 e desvio padrão de 12,47.

O Percentual da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada, tem média de 63,52 e desvio padrão de 13,83. O Percentual da população que vive em domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório, tem média 34,86 e desvio padrão de 6,05.

A Taxa de desocupação da população de 10 anos ou mais de idade, tem média de 7,52 e desvio padrão de 2,59. A Taxa de desocupação da população de 10 a 14 anos de idade, tem média de 11,23 e desvio padrão de 11,08. A Taxa de desocupação da população de 15 a 17 anos de idade, tem média de 15,94 e desvio padrão de 8,41. A Taxa de desocupação da população de 18 a 24 anos de idade, tem média de 14,61 e desvio padrão de 5,00. A Taxa de desocupação da população de 18 anos ou mais de idade, tem média de 7,09 e desvio padrão de 2,43. A Taxa de desocupação da população de 25 a 29 anos de idade, tem média de 8,84 e desvio padrão de 3,93.

A Percentual da população que vive em domicílios urbanos com serviço de coleta de lixo, tem média de 89,90 e desvio padrão de 7,74. A Percentual da população que vive em domicílios com energia elétrica, tem média de 98,64 e desvio padrão de 1,31. O % de pessoas em domicílios sem energia elétrica, tem média de 1,36 e desvio padrão de 1,31.

O Percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis à pobreza, na população total dessa faixa etária, tem média de 24,88 e desvio

padrão de 5,09. O Índice de Theil – L, tem média de 0,53 e desvio padrão de 0,10. O Percentual de ocupados de 18 anos ou mais que são empregados sem carteira, tem média de 35,62 e desvio padrão de 7,25.

Tabela 12 – Indicadores de vulnerabilidades nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

VARIÁVEIS VULNERABILIDADE	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
%Domicílio com água/esgoto inadequados	17,51	15,69	09,95	01,11	54,93
%Domicílio com paredes s/alvenaria ou madeira	07,38	06,35	05,47	0,00	26,95
%Água encanada	76,11	77,64	12,47	13,46	98,70
% Domicílio com banheiro/água encanada	63,52	63,65	13,83	14,51	95,49
%Densidade superior a 2 pessoas por dormitório	34,86	35,11	06,05	15,65	49,43
T Desocupação população com 10 anos de idade ou mais	07,52	07,28	02,59	01,67	17,95
T Desocupação população com 10 a 14 anos de idade	11,23	08,99	11,08	0,00	100,00
T Desocupação população com 15 a 17 anos de idade	15,94	15,01	08,41	0,00	49,05
T Desocupação população com 18 a 24 anos de idade	14,61	14,21	05,00	02,76	34,09
T Desocupação população com 18 anos de idade ou mais	07,09	06,89	02,43	01,81	16,33
T Desocupação população com 25 a 29 anos de idade	8,84	08,66	03,93	0,51	25,86
% Domicílios com coleta de lixo	89,90	91,57	07,74	52,50	99,78
% Domicílio com luz	98,64	99,07	01,31	91,09	99,96
%Domicílio sem luz	01,36	0,93	01,31	0,04	08,91
%População com 15 a 24 anos de idade que não trabalha e não estuda	24,88	25,18	05,09	11,48	39,04
Índice de Theil	0,53	0,53	0,10	0,32	0,80
%população com 18 anos de idade ou mais sem carteira	35,62	35,30	7,25	16,85	56,90

Características relacionadas à estabelecimentos que ofertam serviços de saúde, tais como, clínica especializada/ambulatório especializado possui média de 30,26 e desvio padrão de 13,62, policlínica tem média de 8,53 e desvio padrão de 10,32, posto de saúde média de 8,04 e desvio padrão de 10,30. Pronto atendimento média de 0,39 e desvio padrão de 0,97. Pronto socorro especializado tem média de 7,64 e desvio padrão 10,37. Pronto Socorro geral média de 2,99 e desvio padrão de 2,79. Taxa para equipe medica de saúde tem média de 72,73 e desvio padrão 17,27. Unidade de serviço de apoio de diagnóstico e terapia, tem média de 7,53

e desvio padrão de 5,25. Unidade de vigilância em saúde, tem média de 2,70 e desvio padrão 3,54 e unidade mista- Tem média de 1,20 e desvio padrão de 2,44.

Tabela 13 - Indicadores de saúde nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

VARIÁVEIS SAÚDE	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Clínica especializada/ambulatório especializado	30,26	29,94	13,62	0,00	105,65
Policlínica	08,53	04,46	10,32	0,00	43,63
Posto de saúde	08,04	03,99	10,30	0,00	47,59
Pronto atendimento	0,39	0,00	0,97	0,00	04,80
Pronto socorro especializado	07,64	03,29	10,37	0,00	47,59
Pronto socorro geral	02,99	02,54	02,79	0,00	14,85
Taxa para equipe médica de saúde	72,73	72,76	17,27	34,65	146,60
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	07,53	06,29	05,25	0,00	32,58
Unidade de vigilância em saúde	02,70	01,36	03,54	0,00	21,02
Unidade mista	01,20	0,00	02,44	0,00	10,88

Tratando-se das variáveis demográficas como a Taxa de Fecundidade Total, tem média de 2,28 e desvio padrão de 0,30. Mortalidade até um ano de idade, tem média de 24,70 e desvio padrão de 3,74. Mortalidade até cinco anos de idade, tem média de 26,54 e desvio padrão de 4,01.

O Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais em relação à população de 15 a 64 anos, tem média de 56,83 e desvio padrão de 5,53. A Razão de renda segundo Município (Ceará), tem média de 26,92 e desvio padrão de 10,69. Valor adic bruto agropecuária, tem média de 15419,17 e desvio padrão de 14351,74. Valor adic brutos serviços, tem média de 267607,41 e desvio padrão de 1856437,77. O Percentual de mulheres de 10 a 14 anos de idade que tiveram filhos, tem média de 0,43 e desvio padrão de 0,51. O Percentual de mulheres de 15 a 17 anos de idade que tiveram filhos, tem média de 7,14 e desvio padrão de 2,71.

Tabela 14 – Indicadores demográficos nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
T Fecundidade Total	02,28	02,30	0,30	01,52	03,28
T Mortalidade até um ano de idade	24,70	24,65	03,74	13,58	34,40
T Mortalidade até cinco anos de idade	26,54	26,49	04,01	14,64	36,94
%População com menos de 15 anos e 65 anos ou mais em relação à população de 15 a 64 anos	56,83	56,83	05,53	41,16	68,10
Razão de renda segundo Município – Ceará	26,92	26,35	10,69	10,77	114,52
Valor adic bruto agropecuária	15419,17	10569,75	14351,74	1153,60	82027,80
Valor adic bruto serviços	267607,41	63029,25	1856437,77	14700,40	25126637,80
%Mulheres de 10 a 14 anos de idade com filhos	0,43	0,30	0,51	0,00	02,40
%Mulheres de 15 a 17 anos de idade com filhos	07,14	07,04	02,71	0,00	14,11

Quanto às variáveis sobre educação Taxa de analfabetismo da população de 11 a 14 anos de idade, tem média de 5,47 e desvio padrão de 2,06.. A Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade, tem média de 27,28 e desvio padrão de 5,58. A Taxa de analfabetismo da população de 18 a 24 anos de idade, tem média de 6,94 e desvio padrão de 2,30.

A Taxa de analfabetismo da população de 25 a 29 anos de idade, tem média de 12,96 e desvio padrão de 4,33. O Percentual da população de 6 a 17 anos de idade frequentando o ensino básico que tem 1 ano de atraso idade-série, tem média de 19,20 e desvio padrão de 2,30.

O Percentual da população de 6 a 14 anos de idade frequentando o ensino fundamental que tem 1 ano de atraso idade-série, tem média de 19,11 e desvio padrão de 12,53. A Taxa de frequência líquida ao ensino básico, tem média de 89,14 e desvio padrão de 2,57. A Taxa de frequência líquida ao ensino fundamental, tem média 93,51 e desvio padrão de 1,90. Quanto a

% de crianças de 4 a 5 anos que não frequenta a escola, tem média de 6,81 e desvio padrão de 4,73. Sobre a % de crianças de 6 a 14 anos que não frequenta a escola, tem média de 2,76 e desvio padrão de 1,27.

A Taxa de atendimento escolar da população de 0 a 3 anos de idade, tem média de 28,11 e desvio padrão de 7,81. A Taxa de atendimento escolar da população de 11 a 14 anos de idade, tem média de 96,22 e desvio padrão de 1,63. A Taxa de atendimento escolar da população de 15 a 17 anos de idade, tem média de 79,90 e desvio padrão de 4,87. A Taxa de atendimento escolar da população de 4 a 5 anos de idade, tem média de 93,19 e desvio padrão de 4,73.

A Taxa de atendimento escolar da população de 4 a 6 anos de idade, tem média de 94,70 e desvio padrão de 3,45. A Taxa de atendimento escolar da população de 6 a 14 anos de idade, tem média de 97,24 e desvio padrão de 1,27. O Percentual da população de 15 a 17 anos de idade frequentando o ensino fundamental, tem média de 30,08 e desvio padrão de 6,99. O Percentual da população de 18 a 24 anos de idade frequentando o ensino fundamental, tem média de 3,72 e desvio padrão de 1,71.

O Percentual da população de 15 a 17 anos de idade frequentando o ensino superior, tem média de 0,72 e desvio padrão de 0,80. O Percentual da população de 11 a 13 anos de idade frequentando os anos finais do fundamental ou que já concluiu o fundamental, tem média de 86,50 e desvio padrão de 4,50.

O Percentual da população de 12 a 14 anos de idade frequentando os anos finais do fundamental ou que já concluiu o fundamental, tem média de 88,08 e desvio padrão de 3,72. O Percentual da população de 16 a 18 anos de idade com o ensino fundamental completo, tem média de 63,81 e desvio padrão de 7,66. A % pessoas que vivem em domicílios em que nenhum morador tem o ensino fundamental completo, tem média de 35,75 e desvio padrão de 6,79. A % de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e em que ninguém tem fundamental completo, tem média de 26,42 e desvio padrão de 6,10. A % de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal, tem média de 58,74 e desvio padrão de 8,10.

O Percentual da população de 18 a 20 anos de idade com o ensino médio completo, tem média de 32,80 e desvio padrão de 7,24. O Percentual da população de 18 a 24 anos de idade com o ensino médio completo, tem média de 36,63 e desvio padrão de 6,77.

O Percentual da população de 19 a 21 anos de idade com o ensino médio completo, tem média de 37,42 e desvio padrão de 7,67. O Percentual da população de 25 anos ou mais com superior completo, tem média de 3,77 e desvio padrão de 1,45.

Tabela 15 – Indicadores da educação nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

VARIÁVEIS EDUCAÇÃO	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
%Analfabetismo população com 11 a 14 anos de idade	05,47	05,01	02,06	0,88	13,78
%Analfabetismo população com 15 anos de idade ou mais	27,28	28,09	05,58	06,94	39,98
%Analfabetismo população com 18 a 24 anos de idade	06,94	06,80	02,30	02,01	16,12
%Analfabetismo população com 25 a 29 anos de idade	12,96	12,76	04,33	02,63	28,27
%População de 6 a 17 a com 1 ano de atraso ensino básico	19,20	19,14	02,30	14,08	26,48
%População de 6 a 14 com 1 ano de atraso ensino fundamental	19,11	19,02	02,83	12,53	27,38
T Freqüência líquida ensino básico	89,14	89,35	02,57	78,42	94,38
T Freqüência líquida ensino fundamental	93,51	93,70	01,90	87,65	98,12
%Crianças fora da escola de 4 a 5 anos de idade	06,81	05,76	04,73	0,00	29,03
%Crianças fora da escola de 6 a 14 anos de idade	02,76	02,53	01,27	0,47	08,58
T Atendimento escolar de 0 a 3 anos de idade	28,11	28,18	07,81	08,13	54,03
T Atendimento escolar de 11 a 14 anos de idade	96,22	96,40	01,63	89,85	99,24
T Atendimento escolar de 15 a	79,90	80,07	04,87	57,40	91,83

17 anos de idade					
T Atendimento escolar de 4 a 5 anos de idade	93,19	94,25	04,73	70,97	100,00
T Atendimento escolar de 4 a 6 anos de idade	94,70	95,48	03,45	79,68	100,00
T Atendimento escolar de 6 a 14 anos de idade	97,24	97,47	01,27	91,42	99,53
%População de 15 a 17 anos de idade ensino fundamental	30,08	29,52	06,99	11,75	49,47
%População de 18 a 24 anos de idade ensino fundamental	03,72	03,42	01,71	0,42	10,50
%População de 15 a 17 anos de idade ensino superior	0,72	0,54	0,80	0,00	05,52
%População de 11 a 13 anos de idade anos finais ensino fundamental	86,50	86,86	04,50	71,43	98,13
%População de 12 a 14 anos de idade anos finais ensino fundamental	88,08	88,20	03,72	77,05	97,06
%População de 16 a 18 anos de idade anos finais ensino fundamental	63,81	64,36	07,66	39,04	81,75
%Pessoas domicílios sem morador ensino fundamental	35,75	35,68	06,79	16,14	54,65
%Pessoas domicílios vulnerável sem morador ensino fundamental	26,42	26,47	06,10	09,43	45,44
%Pessoas de 18 anos de idade ou mais sem ensino fundamental e com ocupação informal	58,74	59,75	08,10	27,17	75,73
%População de 18 a 20 anos de idade ensino médio completo	32,80	32,77	07,24	14,19	55,12
%População de 18 a 24 anos de	36,63	35,97	06,77	20,22	53,61

idade ensino médio completo					
%População de 19 a 21 anos de idade ensino médio completo	37,42	37,17	07,67	18,61	63,26
%População de 25 anos ou mais de idade ensino médio completo	03,77	03,60	01,45	01,24	13,73

Quanto aos aspectos de desenvolvimento humano, o índice de desenvolvimento humano municipal educação tem média de 0,55 e desvio padrão de 0,05.

O índice de desenvolvimento humano municipal referente à renda tem média de 0,56 e desvio padrão de 0,04. Sobre o número de empresas e outras organizações (Unidades) 2010, tem média de 811,71 e desvio padrão de 4619,91.

Quanto ao número de empresas e outras organizações (Unidades) 2011, tem média de 793,85 e desvio padrão de 4594,18. O Número de empresas e outras organizações (Unidades) 2012, tem média de 782,82 e desvio padrão de 4664,72.

O produto interno bruto, tem média de 423181,60 e desvio padrão de 2755295,56. O Valor impostos, tem média de 52183,66 e desvio padrão de 386615,57.

Tabela 16 – Indicadores de desenvolvimento humano nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

VARIÁVEIS					
DESENVOLVIMENTO HUMANO	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
IDHM_E	0,55	0,55	0,05	0,43	0,70
IDHM_R	0,56	0,56	0,04	0,49	0,75
Número de empresas e outras organizações (Unidades) 2010	811,71	271,50	4619,91	47,00	62518,00
Número de empresas e outras organizações (Unidades) 2011	793,85	254,50	4594,18	42,00	62188,00
Número de empresas e outras organizações	782,82	235,00	4664,72	28,00	63130,00

(Unidades) 2012

Produto interno bruto	423181,60	90068,45	2755295,56	19559,60	37106309,50
Valor impostos	52183,66	3694,10	386615,57	521,50	5144830,70

O bloco sobre trabalho, o percentual dos ocupados no setor agropecuário, tem média de 38,19 e desvio padrão de 13,02. O percentual dos ocupados no setor comércio, tem média de 11,44 e desvio padrão de 3,46. O percentual dos ocupados no setor de construção, tem média de 6,28 e desvio padrão de 2,30. O grau de formalização do trabalho das pessoas ocupadas, tem média de 25,72 e desvio padrão de 10,24.

O percentual dos ocupados com fundamental completo, tem média de 43,94 e desvio padrão de 7,34. O percentual dos ocupados com médio completo, tem média de 28,44 e desvio padrão de 6,17. O percentual dos ocupados no setor serviços, tem média de 31,63 e desvio padrão de 5,75. O percentual dos ocupados nos setores de serviços industriais de utilidade pública, tem média de 0,92 e desvio padrão de 0,49.

O percentual dos ocupados na indústria de transformação, tem média de 8,18 e desvio padrão de 7,69. A taxa de atividade das pessoas de 10 anos ou mais de idade, tem média de 46,46 e desvio padrão de 5,95. A taxa de atividade das pessoas de 10 a 14 anos de idade, tem média de 9,49 e desvio padrão de 4,34.

A taxa de atividade das pessoas de 15 a 17 anos de idade, tem média de 25,53 e desvio padrão de 7,14. A taxa de atividade das pessoas de 18 a 24 anos de idade, tem média de 55,25 e desvio padrão de 7,93. A taxa de atividade das pessoas de 18 anos ou mais de idade, tem média de 54,60 e desvio padrão de 6,68. A taxa de atividade das pessoas de 25 a 29 anos de idade, tem média de 64,69 e desvio padrão de 7,70.

Tabela 17 – Indicadores de trabalho nos municípios cearenses, no período de 2012 a 2014.

VARIÁVEIS TRABALHO			Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
%Pessoas	ocupadas	setor agropecuária	38,19	40,32	13,02	0,80	62,65
%Pessoas	ocupadas	setor comércio	11,44	10,82	03,46	04,09	27,38
%Pessoas	ocupadas	setor construção	06,28	05,93	02,30	01,54	16,16

% Formalização trabalho pessoas ocupadas	25,72	23,45	10,24	07,21	63,96
%Pessoas ocupadas fundamental completo	43,94	42,74	07,34	25,62	72,03
%Pessoas ocupadas médio completo	28,44	27,53	06,17	15,16	53,78
%Pessoas ocupadas setor serviços	31,63	31,48	05,75	17,37	51,55
%Pessoas ocupadas setor serviços industriais de utilidade pública	0,92	0,85	0,49	0,16	03,03
%Pessoas ocupadas industria de transformação	08,18	04,75	07,69	0,89	45,65
T Atividade de pessoas de 10 anos ou mais de idade	46,46	47,04	05,95	30,51	59,35
T Atividade de pessoas 10 a 14 anos de idade	09,49	09,03	04,34	01,58	23,31
T Atividade de pessoas 15 a 17 anos de idade	25,53	25,10	07,14	10,06	46,20
T Atividade de pessoas 18 a 24 anos de idade	55,25	55,71	07,93	34,57	72,38
T Atividade de pessoas de 18 anos ou mais de idade	54,60	55,15	6,68	36,41	67,92
T Atividade de pessoas 25 a 29 anos de idade	64,69	65,68	7,70	46,52	82,25

Inicialmente foi verificado as correlações das variáveis independentes com os dois desfechos: taxa de abuso sexual e taxa de exploração sexual. Entretanto, para a taxa de abuso sexual as correlações foram fracas apesar de algumas significativas e no modelo explicativo final, o valor de R^2 0,208, e o R^2 ajustado foi menor que 0,2. Além disso o modelo apresentou multicolinearidade, que significa que as variáveis independentes possuem correlação entre si, e com isso acaba inflacionando ao erro padrão dos estimadores de Beta, ilustrado por meio de

um valor chamado VIF e tolerância na tabela dos coeficientes do modelo. Portanto, essa associação foi excluída do estudo.

Contudo, para a taxa de exploração sexual foi obtido a despeito correlações fracas e outras mais fortes, porém, significativas, além de um modelo explicativo com valor de R^2 0,227, e o R^2 ajustado 0,225, contudo sem multicolinearidade, segundo VIF e tolerância na tabela dos coeficientes e variáveis com boa significância e quase que uma de cada bloco investigado. Também foram verificadas, as correlações para a violência sexual (que seria a junção dos dois desfechos), todavia, assemelhou-se à situação do primeiro desfecho, correlações fracas embora algumas significativas até mais do que apenas para o abuso, todavia no modelo explicativo final, o valor de R^2 0,15, e o R^2 ajustado foi menor que 0,12. Deste modo, essa última possibilidade de correlação também foi excluída dessa investigação, permanecendo em evidência para compreensão as correlações e modelo explicativo final voltados para a taxa de exploração sexual.

As correlações das variáveis preditoras com o desfecho taxa de exploração sexual se apresentaram da seguinte forma, nos municípios com a renda domiciliar per capita média do quinto mais pobre descrita acima foi evidenciado relação de significância com o p valor 0,044. O valor impostos com p 0,044, IDHM_R p 0,044, a taxa de desocupação da população de 18 a 24 anos de idade p 0,042, percentual da população de 19 a 21 anos de idade com o ensino médio completo p 0,040, Unidade mista p 0,039 (correlação negativa), percentual da população de 18 a 20 anos de idade com o ensino médio completo p 0,034, renda domiciliar per capita máxima do 9º quinto mais pobre p 0,033.

Renda per capita p 0,027, Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia p 0,023 (correlação negativa), percentual dos ocupados nos setores de serviços industriais de utilidade pública p 0,020. Renda domiciliar per capita média do quinto mais rico, p 0,019. % de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e em que ninguém tem fundamental completo, p 0,017 (correlação negativa). Percentual de mulheres de 15 a 17 anos de idade que tiveram filhos, p 0,015. Taxa para equipe medica de saúde p 0,014 (correlação negativa). Taxa de analfabetismo da população de 25 a 29 anos de idade p 0,014, renda domiciliar per capita média do décimo mais rico, p 0,014. Percentual da população de 18 a 24 anos de idade com o ensino médio completo p 0,009. PIB per capita p 0,008, taxa de atividade das pessoas de 15 a 17 anos de idade, p 0,008 (correlação negativa).

Taxa de frequência líquida ao ensino fundamental, p 0,007 (correlação negativa). Unidade de vigilância em saúde p 0,007. Percentual dos ocupados com rendimento de até 5 salários mínimo, p 0,004 (correlação negativa). Percentual dos ocupados com rendimento de até 3 salários mínimo, p

0,003 (correlação negativa). Taxa de analfabetismo da população de 18 a 24 anos de idade, p 0,003 (correlação negativa). Taxa de atividade das pessoas de 10 a 14 anos de idade, p 0,003 (correlação negativa). IDHM_E p 0,003. P_AGRO - Percentual dos ocupados no setor agropecuário, p 0,001 (correlação negativa). Taxa de desocupação da população de 15 a 17 anos de idade, p 0,001. Percentual dos ocupados com médio completo, p 0,001. Percentual da renda proveniente de rendimentos do trabalho, p 0,001. % de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal, p 0,001 (correlação negativa). % pessoas que vivem em domicílios em que nenhum morador tem o ensino fundamental completo, p 0,001 (correlação negativa). Percentual dos ocupados com fundamental completo, p 0,001. Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade, p 0,001 (correlação negativa).

Ressalta-se que nas correlações positivas o aumento do que representa a variável impacta sobre o aumento do desfecho que é a violência sexual. Já com as correlações negativas é inversamente proporcional, ou seja, a medida que um diminui o outro cresce.

Tabela 18 - Correlações e significância entre taxa de exploração sexual com indicadores sociais sobre Renda, Vulnerabilidades, Saúde, Demográficas, Educação, Desenvolvimento Humano e Trabalho dos Municípios Cearenses.

Variáveis	Correlações	Valor-P
Renda domiciliar per capita quinto mais pobre	0,148	0,044
Valor impostos	0,149	0,044
IDHM_R	0,150	0,042
%Desocupação população de 18 a 24 anos de idade	0,150	0,042
%População de 19 a 21 anos de idade ensino médio completo	0,151	0,040
Unidade mista	-0,153	0,039
%População de 18 a 20 anos de idade ensino médio completo	0,157	0,034
Renda domiciliar per capita	0,163	0,027
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	-0,167	0,023
%Ocupados setor serviços industriais de utilidade pública	0,171	0,020
Renda domiciliar per capita do quinto mais rico	0,173	0,019
%Pessoas domicílio vulnerável	-0,176	0,017
%Mulheres de 15 a 17 anos de idade	0,179	0,015

com filhos		
Taxa para equipe medica de saúde	-0,181	0,014
%Analfabetismo população de 25 a 29 anos de idade	-0,181	0,014
Renda domiciliar per capita do décimo mais rico	0,182	0,014
%População de 18 a 24 anos de idade ensino médio completo	0,191	0,009
PIB per capita	0,195	0,008
%Atividade de pessoas 15 a 17 anos de idade	-0,196	0,008
%Frequência líquida ensino fundamental	-0,197	0,007
Unidade de vigilância em saúde	-0,197	0,007
%Ocupados com rendimento de 5 salários mínimos	-0,214	0,004
%Ocupados com rendimento de 3 salários mínimos	-0,215	0,003
%Analfabetismo população de 18 a 24 aos de idade	-0,217	0,003
%Atividade de pessoas 10 a 14 anos de idade	-0,218	0,003
IDHM_E	0,221	0,003
%Pessoas ocupadas setor agropecuária	-0,244	<0,001
%Desocupação população de 15 a 17 anos de idade	0,248	<0,001
%Ocupados ensino médio completo	0,266	<0,001
%Renda proveniente rendimentos trabalho	0,267	<0,001
%Pessoas de 18 anos ou mais de idade sem fundamental completo e ocupação informal	-0,269	<0,001
%Pessoas em domicílios sem fundamental completo	-0,270	<0,001
%Pessoas em domicílios com fundamental completo	0,286	<0,001
%Analfabetismo população de 15 anos ou mais de idade	-0,327	<0,001

O modelo explicativo para a taxa de exploração sexual nos municípios cearenses, apresenta que a medida que a taxa de analfabetismo em 15 anos ou mais diminui, aumenta a violência sexual. E conforme o percentual de extremamente pobres e o do percentual dos ocupados nos setores industrial e de utilidade pública aumentam, influenciam no aumento também do desfecho. Sendo que a diminuição de unidades mistas e o aumento do percentual de domicílios com saneamento inadequado contribuem para esse aumento.

Tabela 19- Modelo explicativo para taxa de exploração sexual nos municípios cearenses no período de 2012 a 2014.

Variáveis	R		R quadrado		R quadrado ajustado		Erro padrão da estimativa		
	0,476	0,227	0,205	2,132					
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior	Tolerância	VIF
(Constante)	5,46	0,96		5,67	<0,001	3,56	7,36		
Taxa de analfabetismo em 15 anos ou mais	-0,26	0,05	-0,60	-5,54	<0,001	-0,35	-0,16	0,37	2,68
% extremamente pobres	0,10	0,03	0,37	3,32	0,001	0,04	0,16	0,34	2,94
% ocupados nos setores industrial e de utilidade pública	0,87	0,33	0,18	2,67	0,008	0,23	1,52	0,95	1,05
Unidade mista	-0,15	0,07	-0,15	-2,24	0,026	-0,28	-0,02	0,96	1,04
% domicílios com saneamento inadequado	0,04	0,02	0,15	2,16	0,032	0,00	0,07	0,89	1,12

7 DISCUSSÃO

Ao discutirmos sobre a violência sexual contra adolescentes, além das consequências devemos refletir sobre a complexidade das múltiplas causas e potencializadores, estando relacionada com aspectos sociais, econômicos e culturais. Dentre esse cenário, destaca-se entre os aspectos sociais e culturais, algumas bases que sustentam esse fenômeno, tais como, relações de poder, questões de gênero e machismo.

A etimologia da palavra poder vem do latim, POTERE, “poder, ser capaz”, de POTIS, “potente, capaz”, sendo uma característica forte que rege e permeia toda a sociedade, inclusive as relações. De acordo com um estudo realizado por Brígido (2013), sobre “Michel Foucault: uma análise do poder”, refere este sendo uma trama de relações onde todos os indivíduos estão emaranhados, como causadores ou recebedores, dando vida e movimento a essas relações. Além disso, na concepção de Foucault o poder acontece como uma relação de forças. Outro trabalho semelhante, evidencia essa compreensão como uma relação flutuante, não estando em uma instituição nem em ninguém, enquanto o saber está numa relação de formas e conteúdo (FERREIRINHA, RAITZ, 2010).

Ainda com base no pensamento desse filósofo, o poder contém, mas também produz implicações de saber e verdade. Ele julgava a possibilidade de combate aos padrões de pensamentos e comportamentos, mas que era impossível se eximir das relações de poder. Afirmava que os acontecimentos deveriam ser avaliados em seu tempo, história e espaço. Conforme a pesquisa de Ferreirinha e Raitz (2010), Foucault analisou o poder não com intuito de criar uma teoria, mas para identificar os sujeitos atuando sobre os outros sujeitos (FERREIRINHA, RAITZ, 2010).

A manifestação da violência está frequentemente baseada em uma relação de poder relacionada à vítima. Esse poder pode ser expresso nos aspectos de desigualdade de gênero, de força física, geracional, econômico e classe social. Portanto, é de suma relevância refletir sobre cada perspectiva e como isso impacta na vulnerabilidade de crianças e adolescentes sofrerem violência sexual.

Destacou-se a vitimização do sexo feminino por esse tipo de violência. Assim como a violência contra a mulher de um modo geral, a violência sexual é caracterizada por sofrimentos e agressões dirigidos às mulheres, pelo fato de serem visualizadas como sexo frágil, fundamentado na desigualdade de gênero. Uma violência sofrida pela diferença de estatuto social da condição feminina (KRONBAUER, MENEGHEL 2005; ANTAI 2011). Não obstante, que a violência de gênero possa ocorrer entre homens e mulheres, pesquisas estatísticas apresentam o fato de que mulheres em situação desse tipo de violência, obtêm consequências físicas e psicológicas consideradas mais graves (MONTEIRO et al, 2012). Corroborando com o exposto, o Ministério da Saúde afirma que a violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes, considerada como uma pandemia (BRASIL, 2012a).

A faixa etária mais acometida foi a de 12 a 14 anos, ou seja, na adolescência, e segundo a classificação da OMS (1995), estaria entre a primeira fase (pré-adolescência) que compreende a idade de 10 a 15 anos (OMS, 1995). Vale ressaltar, que é uma fase de transição da infância para a vida adulta, caracterizadas por mudanças e transformações físicas, psicológicas, sociais e descoberta da sexualidade. Estudiosos reforçam esses achados e atribuem a sobreposição dessa relação de poder em adolescentes devido à imaturidade biopsicossocial, dependência econômica, o não conhecimento de direitos e a dificuldade de serem ouvidas (SANTANA, SANTANA, LOPES, 2011; MONTEIRO et al, 2012).

Portanto, destaca-se que uma adolescente em situação de violência sexual é vítima de dupla opressão, pelo fato de que vivemos em uma organização social com fortes influências androcêntrica e adultocêntrica (OLIVEIRA, MARCON, 2005; SANTANA, LOPES, 2011).

Apesar de não ter sido apresentado nesse estudo as variáveis relativas à identidade de gênero, devido os valores serem insuficientes, destaca-se a importância da valorização dessas informações devido a vulnerabilidade da população LGBT, fato esse que incluiu esse grupo na ficha de notificação de violências do SINAN e refere a necessidade de políticas públicas voltadas para a atenção em saúde.

Dentre as políticas de proteção social, evidencia-se como signatária a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travesti e transexuais, que tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. Contudo, necessita de reflexões diretas e aprimoramento de estratégias para a identificação e o enfrentamento da violência (BRASIL, 2013).

Em relação à raça/cor em seguida da variável não informado, foi evidenciado a classificação parda como a que mais é afetada. O Brasil, é um País marcado pela miscigenação, onde desde o período de sua colonização as classificações de raça/cor preta, indígena e parda sofrem um desfavorecimento social e por conseguintes vulnerabilidades (UNICEF, 2006). Também, referente à raça/cor do agressor consta como maioria não informado no Brasil (13871 /47,1%) e no Ceará (547 /47,3), em seguida foi a parda tanto no Brasil 7085 / 24%) como no Ceará (309 / 26,7).

Quanto ao agressor, a prevalência ser do sexo masculino reforça a cultura androcêntrica, machista que promove a objetificação da mulher. Vale salientar que o Brasil possui regiões caracterizadas por uma cultura de modelo familiar patriarcal, onde muitas vezes a mulher está em condição submissa e limitada aos cuidados da família e isso se perpetua entre as gerações, no caso nas relações entre pais e filhos.

Vale ressaltar, que em todas as variáveis existiu uma semelhança entre Brasil e Ceará, a idade foi uma variável que diferenciou entre Brasil de 25 a 30 anos e Ceará de 18 a 24 anos. Em ambos adultos-jovens, que atualmente é a faixa etária que mais sofre homicídios, portanto, verifica-se que a mesma que está sendo afetada por o último tipo de violência citado é a que também mais perpetra outros tipos de violência, no caso a violência sexual. O que reflete a possibilidade do contexto social envolto por ambientes desfavorecidos, violentos e possivelmente com ligação à criminalidade (JUSTINO et al, 2015).

É de suma relevância ao observar algumas variáveis com a predominância de não informado, uma reorganização nos atendimentos e valorização da informação para a possibilidade real do conhecimento e compreensão do fenômeno, com exceção da relação entre demandante e vítima, que comprometeria com o que preconiza o serviço, o anonimato da denúncia.

Quanto à relação entre suspeito e vítima prevaleceu alguém desconhecido, o que vai de encontro com a literatura que diz que ocorrência e a perpetuação da violência sexual estão inseridas, muitas vezes, nas relações familiares e no convívio social, tendo a participação de pessoas com laços afetivos ou que se relacionem no cotidiano a exemplo de pais, padrastos, tios, irmãos, padrinhos, vizinhos e conhecidos (ADED, DALCIN, CAVALCANTI, 2007; LUGÃO et al 2012; ANTONIO; FONTES, 2012). Uma pesquisa evidencia que a ocorrência de abuso por padrastos, é maior quase cinco vezes mais do que por pais biológicos (ANTONIO; FONTES, 2012).

Fatos estes que suscitam reflexões, primeiramente sobre a desconfiguração dos papéis familiares pela criança e adolescente, que espera e necessita de cuidados e proteção sendo que ao invés disso é maltratado e agredido cruelmente. Em segundo, o questionamento sobre as diversas construções de estruturas familiares, moldando a dinâmica familiar em tradicional, reconstituída, monoparental ou ampliada com os possíveis fatores relacionados à situação de violência sexual. Contudo, podemos observar que dentre a violência sexual, em especial o abuso poderia está mais ligado à violência intrafamiliar, enquanto que a exploração sexual

tem uma conotação maior com outros envolvimento e relações, como por exemplo um intermediador ou pessoas sem tanta proximidade.

Sobre a relação entre o demandante e vítima a maioria não foi informado e em segundo desconhecido. O que reflete primeiramente a característica da denúncia anônima e muitas vezes o receio da identificação. Em segundo, apesar de os dados evidenciarem o desconhecido como perpetrador, já foi feito uma ressalva que a ocorrência dessa violência geralmente possui alguma relação de parentesco ou proximidade entre a criança / adolescente e o algoz, ou o desconhecimento, negligência e algumas vezes até convivência por parte de membros familiares, o que faz com que estes não sejam os demandantes na maioria dos casos.

Quanto ao local da violação, foi evidenciado a casa da vítima como o local mais frequente na ocorrência da violência sexual, o que denota essa proximidade de relação com o perpetrador e local e nos revela que o lugar em que a criança ou adolescente deveria estar / se sentir mais protegido, é onde está mais vulnerável.

Corroborando com os resultados encontrados, uma pesquisa de Justino *et al.* (2015), encontrou que a maioria das vítimas eram do sexo feminino, prevalência da faixa etária de 10 a 14 anos, predominando agressores masculinos e como local de mais ocorrência o ambiente doméstico (JUSTINO *et al.*, 2015).

Além do que já foi discutido, Lucena *et al.* (2012), afirma que ao refletirmos sobre o impacto da violência na perspectiva individual e social deve-se incluir para essa compreensão, outros domínios, tais como, os aspectos socioeconômicos de uma população e as questões relacionadas ao estilo de vida, temas referentes ao território (LUCENA *et al.*, 2012).

Considerando essa premissa, é importante destacar um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE, o qual analisa o desempenho da economia brasileira, de suas regiões e estados, no período de 2002-2010, medida pelo Produto Interno Bruto a preços de mercado, discriminando-o pelos setores e atividades econômicas, afirmando que em 2010, o país retomou sua trajetória de crescimento, atribuindo esse avanço da economia brasileira ao desempenho positivo apresentado pelas 27 Unidades da Federação (IPECE, 2012a).

Nessa perspectiva, o Produto Interno Bruto (PIB), que representa o somatório dos valores adicionados dos três setores, Agropecuária, Indústria e Serviços, acrescidos dos impostos líquidos dos subsídios, registrou um crescimento de 7,5% em relação ao ano. O resultado positivo do PIB brasileiro deveu-se ainda ao aumento do volume dos impostos, que

registrou uma taxa de 11,7% e pelos efeitos da base de comparação, 2009, que foi negativa (IPECE,2012a).

Ao observarmos o cenário da distribuição espaço-temporal das cinco maiores taxas de violência sexual contra crianças e adolescentes nos Estados Brasileiros, destaca-se uma tendência predominantemente decrescente e significativa em todos as Unidades Federativas supracitadas. Tendências decrescentes podem significar a introdução de medidas profiláticas efetivas ou a melhoria das condições de vida em geral ou a reorganização dos serviços disponibilizados no combate à essa problemática.

De acordo com um estudo de Resende e Andrade (2011), o nível de pobreza e a desigualdade de renda possuem maior grau de distinção entre crimes contra a pessoa. A pobreza está positivamente correlacionada com os homicídios, mas negativamente com praticamente todos os tipos de crimes. A desigualdade de renda é positiva e significativa na associação com os crimes contra a propriedade, mas tem efeito ambíguo sobre os tipos de crimes contra a pessoa, entretanto neutra em relação às lesões, estupro e tentativas de homicídio (RESENDE; ANDRADE, 2011).

Contudo, devemos ter um olhar atento para as disparidades socioeconômicas existentes no Brasil, sendo um de seus reflexos as desigualdades na distribuição de renda entre os diversos estados do País (IPECE, 2013).

Ao realizarmos uma caracterização dos Estados identificados, de acordo com as informações obtidas no Atlas Brasil sobre o perfil dos Estados Brasileiros, foi verificado que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM), renda média per capita e Índice de Gini, se configuram de acordo com os dados organizados em tabela para uma melhor compreensão, conforme descrito abaixo.

Tabela 20 – Indicadores socioeconômicos dos cinco estados com maior número de denúncias de violência sexual, no Brasil.

UF	IDHM (2010)	Renda per capita média	Índice de Gini
Distrito Federal	0,824	R\$ 1.715,11	0,62, em 1991, para 0,63, em 2000, e para 0,63, em 2010
Rio Grande do Norte	0,684	R\$ 545,42	0,63, em 1991, para 0,64, em 2000, e para 0,60, em 2010

Bahia	0,660	R\$ 496,73	0,67, em 1991, para 0,66, em 2000, e para 0,62, em 2010
Mato Grosso do Sul	0,729	R\$ 799,34	0,60, em 1991, para 0,62, em 2000, e para 0,56, em 2010
Acre	0,663	R\$ 522,15	0,63, em 1991, 0,64, em 2000 e 0,63, em 2010

No triênio analisado, ressalta-se o Distrito Federal liderando o “ranking” com a maior taxa de violência sexual inicialmente no ano de 2012, continuando em 2013 e em 2014. Supõe-se que esse destaque em primeiro lugar em todos os anos seja devido à sede da SDH do Governo Federal, que dispõe e organiza as informações, tenha uma melhor divulgação do serviço disponível e, por conseguinte, obtenha mais e melhores informações. Outra hipótese é por ser um grande centro urbano, capital do País, onde envolve grandes aspectos de economia e desenvolvimento que se manifestou historicamente e ainda se apresenta como atrativos para imigração.

Diante deste cenário, Minayo (1990), discorre que o processo de urbanização no Brasil estabeleceu um fluxo migratório nutrido por uma duvidosa imagem promissora das cidades pelo ideal de consumo. Por conseguinte, o resultado foi o surgimento de periferias e comunidades, com inexistência quase total de serviços básicos e direitos à cidadania, tornando os moradores dessas áreas vulneráveis à violência, corroborando com os achados de Vieira et al. (2016), ao analisar a distribuição e contexto socioespacial de mortes violentas de mulheres, ocorridos no período entre 2000 a 2009, no município do Recife-PE (MINAYO, 1990; VIEIRA et al, 2016).

Entretanto, ao observarmos a distribuição espacial das taxas no Brasil em 2014 nota-se que além do Distrito Federal, o Estado do Rio Grande do Norte e Mato Grosso do Sul, apesar da diminuição das taxas, se mantiveram entre os cinco Estados com as maiores taxas também em 2014.

Discordando um pouco desse resultado, uma pesquisa realizada por Moura et al. (2009), onde investiga sobre violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, em Brasília- DF, expõe que a prevalência de mulheres que sofreram violência sexual foi de 28,8% em 2007 e nos últimos 12 meses 15,5%, sendo a menor prevalência entre outros tipos (MOURA, et al, 2009). O que denota, contudo, que

pode ter ocorrido uma modificação nos anos mais recentes abordados nessa presente investigação.

Em uma pesquisa desenvolvida por Lima (2013), que discorre sobre os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal, Rio Grande do Norte, indicou que para o profissional o atendimento desses casos na emergência é realizado à contragosto, considerado eventual, não é percebido como vocação institucional e provoca muitas angústias e sofrimentos. Reproduzindo atitudes e percepções decorrentes de valores adquiridos na formação, estruturadas no modelo biomédico tradicional, onde a mulher é percebida na condição de não sujeito, e a cultura da atenção emergencial, dificulta uma melhor interação, não havendo espaço para prevenção ou articulação com a rede intersetorial (LIMA, 2013).

Um estudo realizado por Justino et al. (2015), sobre violência sexual contra adolescentes em Mato Grosso do Sul, afirma que apesar da subnotificação de casos, a frequência e as consequências individuais e coletivas são suficientemente graves para torná-la uma questão de saúde pública (JUSTINO et al, 2015).

No Brasil, observa-se as cinco menores taxas de violência sexual, registradas no ano de 2012 pelo Estado do Pará, São Paulo, Amapá, Tocantins e Roráima. Ao realizarmos uma diferenciação desses Estados, de acordo com as informações obtidas no Atlas Brasil sobre o perfil dos Estados Brasileiros, foi verificado que o IDHM foi em 2010, o que situa essa UF na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM), Renda per capita média e Índice de Gini.

Tabela 21 – Indicadores socioeconômicos dos cinco estados com menor número de denúncias e violência sexual, no Brasil.

UF	IDHM (2010)	Renda per capita média	Índice de Gini
Pará	0,646	R\$ 446,76	0,62, em 1991, para 0,65, em 2000, e para 0,62, em 2010
São Paulo	0,783	R\$ 1.084,46	0,55, em 1991, para 0,58, em 2000, e para 0,56, em 2010
Amapá	0,708	R\$ 598,98	0,58, em 1991, para 0,62, em 2000, e para 0,60, em 2010

Tocantins	0,699	R\$ 586,62,	0,63, em 1991, para 0,65, em 2000, e para 0,60, em 2010
Roraima	0,707	R\$ 605,59	0,63, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,63, em 2010

A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou os dados sobre aspectos socioeconômicos dos Estados Brasileiros, apresentam uma diferenciação tanto nos Estados com maiores, como nos que possuem menores taxas, mostrando a ocorrência da violência sexual muitas vezes em Estados que possuem um bom desenvolvimento nessa perspectiva. O que sugere a ideia de que não é a pobreza que está relacionada com a violência, mas as desigualdades sociais, o que se assemelha com os achados de Takeiti (2011), em um estudo sobre juventude (s), modos de subjetivação e violência: um diálogo com aportes de Michel Foucault (TAKEITI, 2011).

Salienta-se, que os Estados com baixas taxas de denúncia podem estar mascarados pelo silêncio desse tipo de violência, banalização, falta de conhecimento e por conseguinte, baixo número de denúncias.

Para que esse fenômeno seja denunciado e notificado, a criança ou adolescente em situação de violência precisa romper o silêncio e os familiares, profissionais da educação e da saúde, que são os mais próximos, precisam perceber e tomar as providências necessárias para sua proteção. Para Miranda e Yunes (2007), o momento da revelação exige ações de proteção à criança, que incluem a notificação legal da violência, fazendo com que os relacionamentos familiares, assim como a situação psicológica e social de cada membro da família, tenham de ser revistos e acompanhados pela rede de proteção. Contudo, comumente constata-se que famílias perpetradoras tendem a reproduzir a cultura do silêncio, em que a violência sexual acaba sendo mantida por todos, de maneira desumana e em sigilo, passando por gerações sem vir a ser descoberto (MIRANDA, YUNES, 2007; ALGARIM; BENETTI, 2010).

Vale destacar, que grande parte dos estados brasileiros dispõem de planos estaduais e municipais que contém estratégias para o enfrentamento da violência sexual. Entretanto, a construção de redes de serviços voltados ao cuidado das vítimas de violência sexual é um desafio que precisa ser revogado pelos estados do País. Embora o Ministério da Saúde disponha de leis, decretos e manuais que regulamentam e instruem as ações legais, de saúde e psicossociais, a efetividade da atenção ainda está além de ser alcançar baixos índices.

Os dados revelam um aumento da denúncia, no Ceará. Possivelmente, as razões dadas para esse crescimento são o processo de articulação, a mobilização e experiências consolidadas no país, e a maior conscientização dos direitos da criança, da mulher e do adolescente. Ferreira (2002) aponta para um aumento de denúncias a instituições especializadas no Brasil, como a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), os Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI) e a Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (ABPANI).

No Brasil, uma das representações da violência sexual produz-se por meio do turismo e da pornografia, com maior frequência nas capitais do Nordeste e outros centros (SILVA, 2009). A produção do turismo convida os usuários desse setor a desfrutarem de múltiplas opções, o que beneficia a produção e reprodução dos serviços. Além disso, os roteiros das viagens programados por empresas de âmbito global dificultam a vigilância neste setor, uma vez que os pacotes turísticos possuem uma organização compacta de serviços e, geralmente, são finalizados de forma real ou virtual (RODRIGUES, 2002; SILVA, 2009).

O “abuso sexual” muitas vezes não deixa rastro, ou seja, não deixa marcas de violência física e também pelo fato desse ato ser praticado dentro do próprio lar e por pessoas que têm relação de parentesco com a vítima, torna-se mais difícil detectar o problema, pois quando a mãe ou alguém da família vem tomar conhecimento da situação, isso pode estar acontecendo há muito tempo, então o “estrago psicológico” dessa criança na maioria das vezes é irremediável (VIODRES INOUE *et al.*, 2008).

No Brasil, não houve estados sem denúncias de casos. Já no Ceará observamos municípios sem registros, o que reitera a falta de conhecimento sobre o fato e o medo gerado que causa o silêncio. Outras fatores que podem estar relacionados à essa baixa e/ou ausência no número de denúncias ao disque 100 pelos municípios cearenses, podem estar relacionadas com o não conhecimento da disponibilidade do serviço, ainda as disparidades de classes nos municípios configuram-se como um problema de comunicação acessível e adequado, pois muitas famílias possuem escassos recursos de acesso à tecnologia, como ausência de um telefone fixo residencial, ou que todos os membros da família tenham um telefone móvel, ou a oferta de telefones públicos de manutenção permanente em lugares estratégicos nos bairros, comunidades das zonas rurais e urbanas (MENDES, 2006).

Destaca-se, entretanto, que os municípios do litoral contam com municípios mais populosos, como os da Região Metropolitana como Caucaia (município de grande porte).

Segundo dados do IBGE (2010), a população de crianças e adolescentes residentes em Caucaia, no ano de 2010, chegava a 122.956, representando o percentual de 37,7% do total de habitantes (325.411). Além disso, conta com dois Conselhos Tutelares.

A exploração sexual no contexto do turismo, enquanto violação aos direitos sexuais, não pode ser entendida como a vinda de pessoas estrangeiras ao território brasileiro/cearense com o objetivo de se relacionarem sexualmente com brasileiros ou brasileiras, mas, sim, como a vinda dessas pessoas visando à realização de alguma conduta que constitua violência sexual (Nogueira Neto, 2012). Portanto, a relação sexual entre um imigrante e uma cearense, se não houver agressão ao exercício de sua sexualidade, não poderá configurar exploração sexual.

No caso em que haja imagens de crianças ou adolescentes, configura-se como abuso ou exploração, já que não se trata de imagens de pornografia, e sim de um crime/violência praticado. O ECA também prevê crimes de exploração sexual em seus artigos 240 a 243 (BRASIL, 1990).

No âmbito das políticas públicas governamentais que tratam especificamente do abuso e exploração sexual de menores, temos: o Programa Sentinela e o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil (PAIR), atualmente sendo implantados em Imperatriz, esses programas são do Governo Federal em parceria com estados e municípios.

O Programa Sentinela foi elaborado para desempenhar o papel de atender as determinações da Constituição Federal, do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Lei Orgânica de Assistência Social e do Programa Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil, atuando nos eixos de atendimento, mobilização e articulação, prevenção, defesa e responsabilização.

O Programa Sentinela constitui-se numa ação de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, inserido no programa ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, coordenado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e está atualmente presente em todos os estados da federação e no Distrito Federal. Em 2006, com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, o Sentinela se insere como serviço do Centro de Referência de Assistência Social – CAS, obedecendo as normas operacionais básicas da política pública de Assistência Social, alcançando uma abrangência de 1104 municípios brasileiros (CASTANHA, 2006).

A sociedade brasileira e mundial há muitos anos vem enfrentando problemas relacionados ao abuso e exploração sexual contra menores, infelizmente nosso país possui

vários fatores para que esse mal prevaleça em nossa sociedade, tais como: falta de uma educação de qualidade que venha a informar e educar essas crianças e adolescentes, juntamente com seus familiares; a pobreza; a miséria; a violência e a má distribuição de renda; todos esses fatores elevam o grau de possibilidade para que esse ato venha a ser realizado. Apesar dos altos índices relacionados à temática em questão, o abuso e a exploração sexuais vem ganhando maior respaldo pelas políticas públicas e pela sociedade em geral (NEVES, 2010).

Segundo uma pesquisa apresentada pelo IPECE, o Produto Interno Bruto a preços de mercado do Estado do Ceará, em 2010, apresentou um crescimento de 8,0% sobre o PIB de 2009, gerando um valor de R\$ 77,85 bilhões. Na comparação com os resultados da economia brasileira, a economia do Ceará ficou acima da taxa nacional (7,5%). Com esses resultados a economia cearense ganhou participação na economia brasileira, embora permaneça na 12ª posição no ranking das 27 unidades da federação (IPECE, 2012b).

Em relação a região Nordeste, o desempenho da economia cearense, com uma participação de 15,3%. Em 2010, foi melhor que o da região, mas continuou sendo a terceira economia, perdendo para a Bahia e Pernambuco. A economia cearense gerou um PIB per capita de R\$ 9.217, a brasileira ficou em R\$ 19.766 e a nordestina, R\$ 9.561. Lembrando que o Ceará possui a 12ª economia do país e a 8ª posição em população, sendo a combinação desses dois eventos a razão para os valores modestos para o seu PIB per capita. Em termos setoriais, a Agropecuária cearense e nordestina, em 2010, registrou taxas negativas de, respectivamente, de 8,38% e 1,26% relativamente ao ano de 2009, enquanto a Agropecuária brasileira foi positiva de 6,3%, em 2010 sobre 2009. A Indústria cearense seguiu a mesma tendência de alta da indústria da nordestina (11,30%) e brasileira (10,43%), com uma taxa de crescimento de 11,84%, em 2010 sobre 2009 (IPECE, 2012b).

Esse desempenho foi influenciado pelos comportamentos positivos da Construção civil (20,91%); atividade de Produção e distribuição de eletricidade e gás, água e esgoto e limpeza urbana (13,09%); e Indústria de transformação (8,15%). Na contramão seguiu a Extrativa mineral, com menor peso na economia cearense, registrando taxa negativa de crescimento (-8,22%). Vale ressaltar que a Construção civil vem registrando expansão desde 2004, em virtude da expansão de obras privadas e do aumento de recursos para financiamento de imóveis à população. O setor de Serviços cearense apresentou, entre 2010 e 2009, um crescimento de 6,75%, superando a taxa registrada pelo setor no âmbito nacional (5,49%) e regional (5,72%). Dentre as atividades que compõem o Setor de Serviços cearense,

destacou-se o Comércio, manutenção e reparação (14,19%), que teve seu desempenho amparado pelo volume de vendas varejistas que, desde 2004, vem registrando resultados acima da média nacional. Para o Brasil e Nordeste, as taxas de crescimento do Comércio, no mesmo período, foram de 10,89% e 12,29%, respectivamente (IPECE, 2012b).

Vale ressaltar que assim como alertado para os Estados Brasileiros, no Estado do Ceará apesar de um aparente bom desenvolvimento econômico de modo geral, também existe a má-distribuição de renda. De acordo com o programa de erradicação da pobreza extrema proposto pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) estipulou, como linha de miséria, o valor de renda familiar mensal de R\$ 70,00 por pessoa. Em consonância com essa política, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponibilizou um conjunto de dados relativos à população e aos domicílios particulares permanentes sem rendimento e com rendimento nominal mensal domiciliar per capita inferior a essa linha de R\$ 70,00 (IPECE, 2011).

No presente estudo, as associações com os indicadores de renda, vulnerabilidades, saúde, demográficas, educação, desenvolvimento humano e trabalho apresentaram uma correlação e significância maior e explicativa entre a exploração e o abuso sexual. Onde mostra que aspectos relacionados um alto desenvolvimento socioeconômico ligado a alta concentração de renda, o que retira o estigma da pobreza relacionada à violência, mas a má distribuição da renda e desigualdades sociais. A desocupação da população de adolescentes e jovens torna-os mais vulneráveis e deficiência dos serviços de saúde e uma melhoria nos quesitos sobre educação contribuem para a ocorrência da violência sexual.

No modelo explicativo para a taxa de exploração sexual nos municípios cearenses, verificamos que a medida que a taxa de analfabetismo em 15 anos ou mais diminui, aumenta a violência sexual, o que estaria relacionado ao aumento do conhecimento que se reflete como um poder e entre as relações de poder nessa perspectiva, se manifestaria no poder sobre o corpo do outro.

Evidenciou ainda, que conforme o percentual de extremamente pobres e o percentual dos ocupados nos setores industrial e de utilidade pública aumentam, impactam também sobre desfecho. Entretanto, esse aspecto que traduz sobre a pobreza não deve ser analisado separadamente, tendo em vista que outras vulnerabilidades estão relacionadas. Outro aspecto, foi o déficit de unidades mistas e o aumento do percentual de domicílios com saneamento inadequado contribuem para esse aumento. O que reflete a deficiência na estrutura e oferta de serviços primordiais para o bem-estar da população.

Em um estudo realizado na Paraíba, sobre a análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 revelou que não existe um padrão específico da violência de gênero. O fenômeno manifestou-se distribuído em todas as regiões territoriais do cenário investigado (LUCENA et al, 2012).

Porém, os resultados desse trabalho apontam a composição de mapas, permitindo a produção de um modelo de decisão em saúde que pode ser aplicado por gestores no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, por identificar as áreas e aspectos com maior risco para esse tipo de violência.

Sabe-se que já existe todo um trabalho de enfrentamento, considerando que violência sexual é algo alarmante, em vista disto, este fenômeno foi incluído na agenda da sociedade civil em prol da luta nacional e internacional pelos direitos humanos da criança e do adolescente, contidas na Constituição Federal Brasileira de 1988, no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90. O PAIR é um programa do Governo Federal em parceria com a Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional – USAID.

Vale ressaltar que estas instituições acima mencionadas, Sentinela e PAIR, trabalham em parceria com o Conselho Tutelar, órgão municipal que possui como função atender casos de violência e violação dos direitos, da criança e adolescente, casa de passagem, órgão do governo municipal, onde ficam temporariamente as menores vítimas da violação de seus direitos, delegacia da mulher, devido à falta de uma delegacia de proteção à infância e a juventude na cidade de Imperatriz e Ministério Público, órgão que também defende os direitos da criança e do adolescente (PAIR, 2014).

Desta forma, o enfrentamento da violência sexual exige uma série de ações articuladas em diversos setores. A Rede Aquarela pauta essas ações nas diversas instâncias na cidade de Fortaleza, onde poder público e sociedade civil estão articulados realizando ações intersetoriais de mobilização, promoção de direitos e do controle social. A rede estabelece uma agenda de mobilização pautada, principalmente, em campanhas e formações. Para a consolidação dessa política a articulação acontece com o Governo do Estado, Ministério Público, Delegacia de Combate à Exploração de Crianças e Adolescentes (DECECA), Saúde, Escolas, Conselhos Tutelares e de Direitos, Organizações Não-Governamentais, associações comunitárias e igrejas, entre outros (BRASIL, 2005).

Contudo, os direitos das crianças repousam no ordenamento jurídico brasileiro e que, às vezes, são advertidos pela violência enraizada na contextura social, que afeta notadamente os mais vulneráveis. A violência não somente resulta em altos custos econômicos e sociais para a sociedade, mas também tem profundas implicações emocionais nas linhagens, devido

ao impacto na saúde e na qualidade de vida (BRASIL, 2010).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de estudos descritivos muitas vezes serem menosprezados pela errônea interpretação de que já se tem um conhecimento sobre a temática estudada, sabemos sobre a importância que possuem com base nos princípios epidemiológicos que considera pessoa, tempo e lugar. Portanto, podem haver mudanças nos padrões de comportamento do fenômeno e até mesmo a permanência desses padrões são de suma relevância e nos possibilita reflexões.

Destarte, apesar das discussões, políticas e ações ao longo dos anos voltadas para diminuir as vulnerabilidades para violência sexual, ainda percebemos mulheres, raça/cor parda, população LGBT em situação de violência sexual. O que denota que a luta contra a cultura do machismo, do preconceito e desfavorecimento social ainda precisa de ações mais efetivas.

Percebemos que apesar das crianças e adolescentes serem sujeitos de direitos, estes não estão sendo garantidos totalmente nem pelo Estado, sociedade e família, de forma que esses grupos estão sendo afetados pela violência sexual. Ressalta-se com gravidade o seio familiar permeando essa agressão, o que nos remete a necessidade de trabalhar com estratégias de prevenção que visem a família como um todo e estimulem a responsabilização do cuidado. Outra questão deve ser o fortalecimento com a estruturação e capacitação da rede de apoio na condução dos casos, proteção das crianças e adolescentes e reinserção familiar e social.

Também destacamos a importância da valorização da informação desses aspectos como relevantes para o real conhecimento e compreensão do fenômeno, para tanto, necessita haver uma padronização e direcionamento nos atendimentos das denúncias dos casos de violência sexual pelo disque / 100, que busquem obter e considerar as respostas.

Ao analisarmos a distribuição espacial no Brasil, verificamos uma variação no perfil de desenvolvimento socioeconômico tanto nos Estados com maiores, como nos que possuem menores taxas, evidenciando a ocorrência da violência sexual muitas vezes em Estados que possuem um bom desenvolvimento nessa perspectiva. O que sugere a ideia de que não é a pobreza que está relacionada com a violência, mas as desigualdades sociais.

Assim como os Estados Brasileiros, no Estado do Ceará apesar de um aparente bom desenvolvimento econômico de modo geral, também existe a má-distribuição de renda nos

municípios Cearenses, além disso, apresentam correlações de indicadores sobre vulnerabilidades, saúde, dados demográficos, educação, desenvolvimento humano e trabalho com a exploração sexual. Essas evidências requerem atenção para políticas e intervenções que melhorem a distribuição de renda e igualdade social, atividades direcionadas aos adolescentes e jovens visando reduzir à vulnerabilidade. Além disso, foi identificada uma relação de maior conhecimento com poder trabalhar com a sociedade em geral juntamente com a educação, a formação de valores éticos e de cidadania, desconstrução da cultura androcêntrica e discussões de gênero.

Vale ressaltar, que essas ações não devem ser pontuais, mas contínuas e que tenham um verdadeiro impacto nesse enfrentamento, envolvendo não somente as escolas, mas instituições e equipamentos do território de um modo geral. Devem ainda, valorizar o protagonismo das crianças e adolescentes possibilitando a identificação de situações, conhecimento dos seus direitos e planejamento efetivo.

Embora a violência sexual insira-se no macro contexto epidemiológico das causas externas que envolvem diversos tipos e naturezas de violências e acidentes, tais como, homicídios, violência urbana, violência de trânsito, violência doméstica e violência de gênero, entres outros, ela guarda particularidades e requer aportes diferenciados. Trata-se de um problema social sem fronteiras ou delimitação de raça e classe social, além disso, entretanto, diante desses resultados instigam reflexões para ações direcionadas.

Para tanto, é de suma relevância o caráter intersetorial para o enfrentamento e os cuidados às crianças e adolescentes em situação de violência sexual exigindo políticas e investimentos para garantir a integralidade e humanização da atenção e os seus direitos. Considerando essa premissa, o estudo sugere algumas recomendações que podem ser analisadas e incorporadas pela sociedade, instituições de ensino superior, gestores e profissionais que lidam com a prevenção e enfrentamento da violência sexual nos estados brasileiros e municípios cearenses.

9 RECOMENDAÇÕES:

Que a sociedade reconheça o impacto e as repercussões da violência sexual contra crianças e adolescentes como um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos; participe das discussões a nível nacional, estadual e municipal das Conferências de Direitos

das Crianças e Adolescentes; solicite a discussão sobre saúde sexual e reprodutiva na rede de ensino fundamental e médio em instituições públicas e privadas.

Que as instituições de ensino superior incorporem a discussão deste tema nos currículos de forma integrada nas disciplinas ou módulos favorecendo a aproximação dos discentes com esta temática.

Que os governos estaduais em parceria com a união planejem e ofertem cursos de aperfeiçoamento para a problemática, afim de capacitar os gestores e profissionais (representantes) interssetoriais de modo que o governo municipal garanta e execute o repasse para os demais profissionais dos municípios.

10 REFERÊNCIAS

ALBERTO, M. F. P. *et al.* Os Agentes Sociais da Rede de Proteção e Atendimento no Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 25, n.1, p. 130-138, 2012.

ALMEIDA, M. G.B. **A violência na sociedade contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

ANTAI, D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. **Public Health**, v.11, issue 11, p.511, 2011.

ANTONIO, E.M.R.; FONTES, T.M.P. Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital maternidade. **Rev bioét (Impr.)**, Brasília, v. 20, n.2, p. 280-7, 2012.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro : Ed. Fiocruz, 2009.

BEZERRA, S.C. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: LIMA, C.A. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 17-22. 2006.

BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal**: parte geral 1. 17. ed. São Paulo : Saraiva, 2012.

BITENCOURT, C. R. **Código Penal Comentado**. 8. ed. São Paulo : Saraiva, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília; 1990.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991**. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Brasília; 1991. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8242.htm> Acesso em: 15 mai. 2015.

_____. Presidência da República. Lei nº 9.970, de 17 de Maio de 2000. Altera dispositivos da Lei no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 mai. 2000.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Organização de Alexandre de Moraes. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 out. 2001. Seção 1, n.206, p.86.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. **Plano de Integração e Acompanhamento de Programas Sociais de Prevenção da Violência (PIAPS)**. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, 2002a.

_____. Ministério da Justiça. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infante-Juvenil**. Ministério da Justiça. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações para Infância e Adolescência**. Rede Aquarela - Disseminação do PAIR, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Cláudia Araújo de Lima (Org.). **Violência Faz Mal à Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0315_M.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2014.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE**. 1. ed. Brasília, DF: CONANDA, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 1.ed. Brasília: CONASS, 2006c.

_____. **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil: uma política em movimento**. Relatório do monitoramento 2003-2004. Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. **Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde – teias a estratégia: pressupostos, componentes e diretrizes**. Brasília, DF, 01 out. 2009a.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.015/2009. Dispõe sobre os crimes contra a dignidade sexual. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 ago. 2009b.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução Nº 139/2010**. Dispõe sobre os parâmetros para a criação e funcionamento dos Conselhos Tutelares no Brasil, e dá outras providências. Brasília; 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan, Brasil 2011. **Boletim Epidemiológico**, v. 44, n.9, p.1-12, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

BRASIL. Senado Federal. Portal de Atividades Legislativas. **CPI - Tráfico Nacional e Internacional de Pessoas no Brasil - 2011 – CPITRAFPE**. Brasília, 2011d. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/atividade/comissoes/comissao.asp?origem=&com=1551>> Acesso em: 09 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos e revoga as Resoluções nº 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília: 2012b.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SINAN**, 2015a Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **Disque 100: Quatro mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes foram registradas no primeiro trimestre de 2015b**. Disponível em:<<http://www.sdh.gov.br/noticias/2015/maio/disque-100-quatro-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-foram-registradas-no-primeiro-trimestre-de-2015>>. Acesso em: 12 mai. 2015b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil**. Brasília: Presidência da República, 2015c.

BRITO, A.M.B. et al. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p. 131-142, mar. 2014.

CASTANHA, N. **Direitos sociais são direitos humanos**. Coletânea de textos. Caderno temático. Brasília, maio, 2006.

CECOVI. **Violência está relacionada a Má Formação**, 2013. Disponível em: <http://www.fazer.com.br/a2_default2.asp?cod_materia=2442>. Acesso em: 29 jul. 2013.

CHILDHOOD. **Vítimas da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes: Indicadores e Risco, Vulnerabilidade e Proteção**. Mimeo. São Paulo, 2009.

COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Marcos históricos do enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília. Disponível em: <<http://www.comitenacional.org.br/index.php/content/view/10.html>>. Acesso em: 6 de nov. de 2014.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE-CONANDA. **Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 - 2020**. Brasília: CONANDA, 2010.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE-CONANDA. 2013. Disponível em: http://www.comitenacional.org.br/files/anexos/08-2013_PNEVSCA-2013_f19r39h.pdf. >. Acesso em: 24 nov 2014.

CONTRERAS, J. M.; BOTT, S.; GUEDES, A.; DARTNALL, E. **Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários**. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual, 2010.

DESLANDES, S. F.; MENDES, C. H. F.; LUZ, E. S. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 865-874, 2014 .

Disque 100. **Secretaria Municipal do Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/disque-direitos-humanos/disque-direitos-humanos>>. Acesso em: 24 nov 2014.

FERREIRA, A.L. **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público**. 2002. 273f. Tese (Doutor em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

FERRARI, D. C. A. Fatores sociais e psicológicos que determinam a violência sexual. In: CROCHIK, J.L.; FERNANDES, A.M. (Orgs.). **Violência sexual contra crianças e adolescentes na cidade de São Paulo: enfrentamento e crítica**. Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2011. p. 117-128.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA –UNICEF. III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Unicef Brasil; 2013. [Citado em setembro, 2015]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_13277.htm>

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA -UNICEF, **United Nations Children’s Fund, Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children**. New York, 2014. Disponível em:<http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **18 de maio**: O Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, 2015a. Disponível em:< <http://www.fundabrinq.org.br/index.php/noticias/113-18-de-maio-o-dia-nacional-de-combate-ao-abuso-e-a-exploracao-sexual-contra-criancas-e-adolescentes>>. Acesso em: 06 mai. 2015.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Infanto-Juvenil promoveu avanços, mas ainda falta muito para ser de fato efetivado**, 2015b. Disponível em:< <http://www.fundabrinq.org.br/index.php/noticias/125:plano-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-infanto-juvenil-promoveu-avancos-mas-ainda-falta-muito-para-ser-de-fato-efetivado>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

GIRGIRA, T; TILAHUN, B; BACHA, T. Time to presentation, pattern and immediate health effects of alleged child sexual abuse at two tertiary hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. **BMC Public Health**, Londres, v. 14, n. 92, 2014.

GODOY, M.C.B.; MELLO, J.M.H.P. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.18, n.4, p. 315-334, dez. 2009.

GONCALVES, H. S.; FERREIRA, A L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.

GONÇALVES, H.S.; BRITO, T.S. Conselheiros Tutelares: Um estudo acerca de suas representações e de suas práticas. **Civitas Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 56-77, 2011.

GONSALVES, E. P. **Iniciação à pesquisa científica**. Campinas/SP: Editora Alínea, 2003.

HABIGZANG, L. F. et al. Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Estudos em Psicologia**, São Paulo, v.13, n.3, p. 285-292, 2008.

HART-JOHNSON, T. M. S.; GREEN, C.R.M.D. The Impact of Sexual or Physical Abuse History on Pain-Related Outcomes Among Blacks and Whites with Chronic Pain: Gender Influence. **Pain Medicine**, England, v. 13, n.2, p. 229–242, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo 2010**, 2010. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em: 10 fev 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf. Acesso: 15 fev 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. 2011. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf>. Acesso em: 20 agosto, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **IBGE Estados**. Disponível em:<

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza> > Acesso 27 jan. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ- IPECE. **A Caracterização da Extrema Pobreza no Estado do Ceará**: baseado nos dados do Censo 2010. 2011. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipeceinforme/lpece_Informe_09_junho_2011.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ- IPECE. **A Evolução do PIB dos Estados e Regiões Brasileiras no Período 2002-2010**. 2012a. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipeceinforme/Ipece_Informe_46_28_novembro_2012.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ- IPECE. **A Evolução do PIB dos Municípios Cearenses no Período 2002-2010**. 2012b. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipeceinforme/lpece_Informe_49_20_dezembro_2012.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ- IPECE. **Perfil Municipal de Fortaleza Tema VIII: O Mapa da Extrema Pobreza**. 2012c. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipece-informe/>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ- IPECE. **Ceará em Mapas**, 2012d. Disponível em <<http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/>> Acesso em: 21 agosto, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ- IPECE. **Desequilíbrios Regionais no Brasil e a Distribuição Desigual de Recursos Entre os Estados**. 2013. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipeceinforme/Ipece_Informe_56_12_marco_2013.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

JEKEL, J.F.; KATZ,D.L.; ELMORE, J.G.. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

JUSTINO, L.C.L. *et al.* Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p.781-7, 2011.

KISS, L.B. **Violência contra as mulheres no contexto urbano**: estudo sobre a distribuição espacial das violências no município de São Paulo. 2009. 186f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo, 2009.

LAGE, A.M.D.; MOURA, L.R.; HORTA, N.C. Abordagem ao adolescente e ao jovem na atenção Primária. In: SOUZA, M.C.M.R; HORTA, N.C. (Orgs.). **Enfermagem em Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

- LEAL, M. L. P. **As Ongs no enfrentamento da exploração, abuso sexual e maus tratos de crianças e adolescente:** pós 1993. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.cecria.org.br/banco/violencia.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2014.
- LIBÓRIO, R. M. C. Adolescentes em situação de prostituição: uma análise sobre a exploração sexual comercial na sociedade contemporânea. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 413-420, 2005.
- LIRA, S.V.G. **Saberes e práticas dos conselheiros tutelares no enfrentamento à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.** 2014. 149 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, 2014.
- LOWENKRON, L. Abuso sexual infantil, exploração sexual de crianças, pedofilia: diferentes nomes, diferentes problemas? Sexualidad, salud y sociedad – **Revista Latinoamericana, Ribeirão Preto**, v.5, [s/n], p. 9-29, 2010.
- LUGÃO, K.V.M.S.F. *et al.* Abuso Sexual Crônico: Estudo de uma Série de Casos Ocorridos na Infância e na Adolescência. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, Niteroi, v.24, n.3, p.179-182, 2012.
- MARTINS, A.F. **Epidemiologia da violência envolvendo crianças e adolescentes em Fortaleza.** 2013. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- MENDES, Enicéia Gonçalves. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 33, p. 387-405, Dec. 2006.
- MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde.** 2ed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009a.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p. 1641-1649, 2009b.
- MONTEIRO, D.T. *et al.* Crimes sexuais: A outra face da infância e adolescência. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 30, n.70, p.463-476, 2012.
- MOREIRA, G.A.R. *et al.* Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 223-230, 2013.
- MUNGUBA-MACEDO. M.C. *et al.* Análise das políticas públicas de proteção dos direitos da criança e do adolescente em uma capital do nordeste brasileiro. In: BEZERRA-FILHO, J.G.; MUNGUBA-MACEDO. M.C.; GAMA, I.S. (Orgs.). **Violências e Acidentes: uma abordagem interdisciplinar.** Fortaleza: UFC, 2013.
- NEVES, A.S. *et al.* Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, 2010.

NOGUEIRA NETO, Wanderlino. Sexualidade infanto-adolescente e seu reconhecimento como direitos humanos: a necessidade de mais reflexão e teorizações. **Psicol. Clín.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 15-32, 2012.

OLIVEIRA, H.N.; MACHADO, C.J.; GUIMARÃES, M.D.C. Factors associated with self-report of sexual violence against men and women with mental disorders in Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, Germany, v. 47, n.10, p. 1567–1579, 2012.

OLIVEIRA, R.G. et al. Organização da atenção. In: OLIVEIRA., R.G. (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.

PAIXAO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. **Saúde soc.**, v. 19, n. 1, p. 114-126, mar. São Paulo, 2010a.

PAIXÃO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. **Saúde soc.**, São Paulo, v.19, n.1, p. 114-126, 2010b.

PAIXAO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. Abuso sexual infanto juvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, 2011.

PELÁEZ MENDOZA, J.; JUNCAL, H.V. Abuso sexual en niñas y adolescentes: experiencias de 10 años. **Rev Cubana Obstet Ginecol.**, v.35, n.1, p. 1-13, 2009.

PINCOLINI, A. M. F.; HUTZ, C. S. & LASKOSKI, L. Caracterização da Violência Sexual a partir de Denúncias e Sentenças Judiciais. **Psicologia em Pesquisa UFJF**, Juiz de Fora, v. 6, n.01, p. 19-28, 2012.

PROGRAMA DE AÇÕES INTEGRADAS E REFERENCIAIS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO JUVENIL NO TERRITÓRIO BRASILEIRO- PAIR. Disponível em:<www.caminhos.ufms.br/pair>. Acesso em: 15 out 2014.

ROCHA, F.C.; VIEIRA, A. C. V.; MARTINS, F.A. Crianças e adolescentes e o retrato da trajetória histórica dos conselhos de direitos e tutelares em Fortaleza, CE. In: BEZERRA-FILHO, J.G.; MUNGUBA-MACEDO. M.C.; GAMA, I.S. (Orgs.). **Violências e Acidentes: uma abordagem interdisciplinar**. Fortaleza: UFC, 2013.

RODRIGUES, A.B. Percalços do planejamento turístico: o PRODETUR-NE. In: RODRIGUES, A.B. **Turismo e geografia: reflexões teóricas e enfoques regionais**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

ROSSATO, L.A.; LÉPORE, P.E.; CUNHA, R.S. **Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado**. 2ª ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

ROUSSILLON, R. Les enjeux du tournant de 1920. **Révue Belge de Psychanalyse**. p. 1-11, 1996.

SANTANA, J.S.S.; SANTANA, R.P.; LOPES, M.L. Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise de notificações dos conselhos tutelares e departamento de polícia técnica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, supl.1, p.68-86, 2011.

SANTIAGO, M.A.S. **O sistema de garantias de direitos de crianças e adolescentes e as dificuldades enfrentadas pelo Conselho Tutelar**. [Monografia], Fortaleza (CE): Faculdade Farias Brito, 2013.

SANTOS, T.M.B. et al. Análise da produção científica sobre a notificação da violência contra adolescentes. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.27, n.4, p. 560-567, out-dez. 2014.

SANTOS, B. R. et al. Conselho dos direitos da criança e do adolescente. In: ASSIS, S. G. et al. (Orgs.) **Teoria e prática dos Conselhos Tutelares e Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; ENSP, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- SMS. **Dados epidemiológicos sobre as Secretarias Executivas Regionais**. Disponível em: < <http://fortaleza.ce.gov.br/sms> >. Acesso em: 13 set. 2014.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL- SSPDS/CE. Disponível em: <<http://sou.cge.ce.gov.br/SOU/laiPublico.seam>>. Acesso em: 03 setembro, 2015.

SILVA, T. A. **A exploração sexual de crianças e adolescentes no turismo: uma análise da atuação da Rede de Enfrentamento em Porto Seguro**. 2009. 169f. Dissertação (Mestrado em Cultura e Turismo) – Universidade Estadual de Santa Cruz, Bahia, 2009.

SILVEIRA, A.C. **Possibilidades de intervenção interdisciplinar no lar São Vicente de Paulo: é possível a provisoriedade da medida de proteção?** [Monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

SILVEIRA, J.I. **Diagnóstico dos direitos violados de crianças e adolescentes: Município de São José dos Pinhais**. Curitiba: Blanche, 2012.

SOUZA, E.R. *et al.* **Jovens em risco Social: Avaliação de Experiências de Prevenção das violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves; Hucitec, 2013.

TEIXEIRA S.A.M.; TAQUETTE S.R. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Rev Assoc Med Bras**. São Paulo, v. 56, n.4, p. 440-6, 2010.

TRINDADE, L. C. *et al.* Sexual violence against children and vulnerability. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online], São Paulo, v.60, n.1, p. 70-74, 2014.

UNICEF. **Fundo das Nações Unidas para a Infância Adolescentes e jovens do Brasil: participação social e política**. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Preventing Violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence**. 2004. Disponível em:< <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2013.

APÊNDICES

Figura 4- mapa com a sobreposição da taxa de analfabetismo 15 anos ou mais e a taxa de exploração sexual dos municípios cearenses

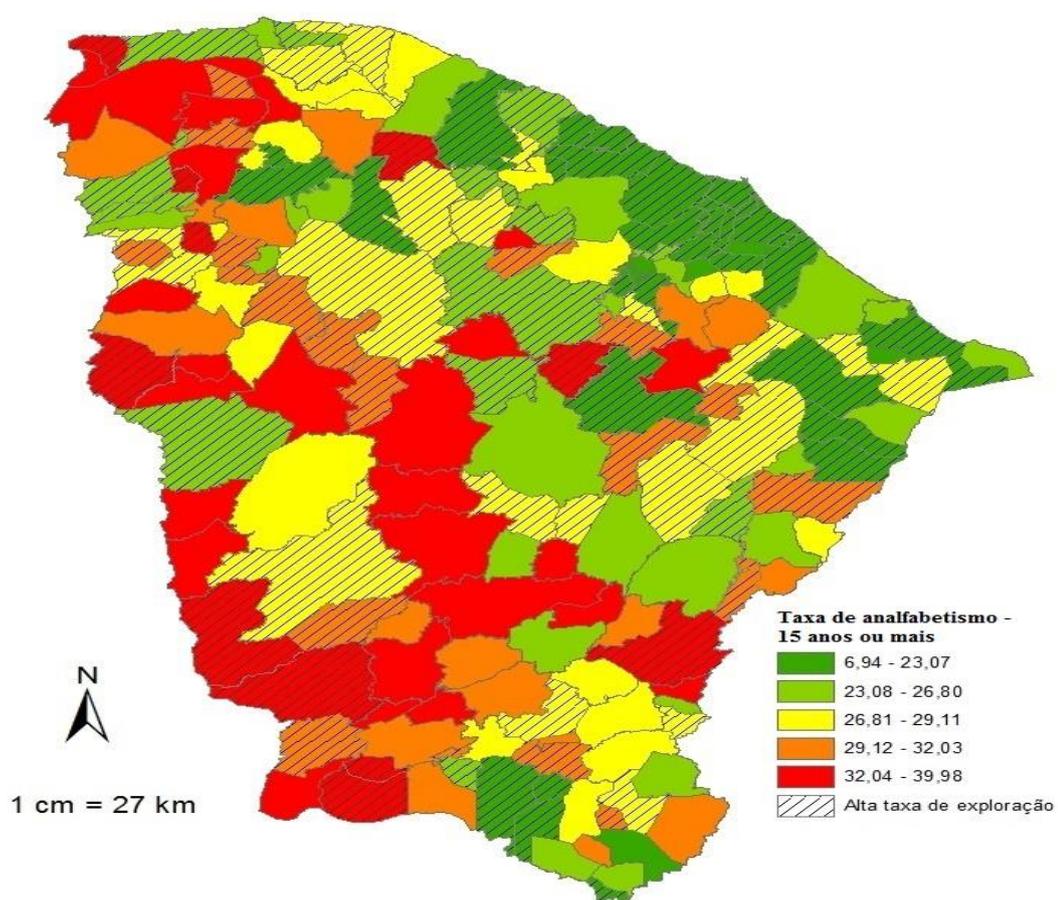


Figura 5 - Mapa com a sobreposição do percentual de extremamente pobres e a taxa de exploração sexual dos municípios cearenses.

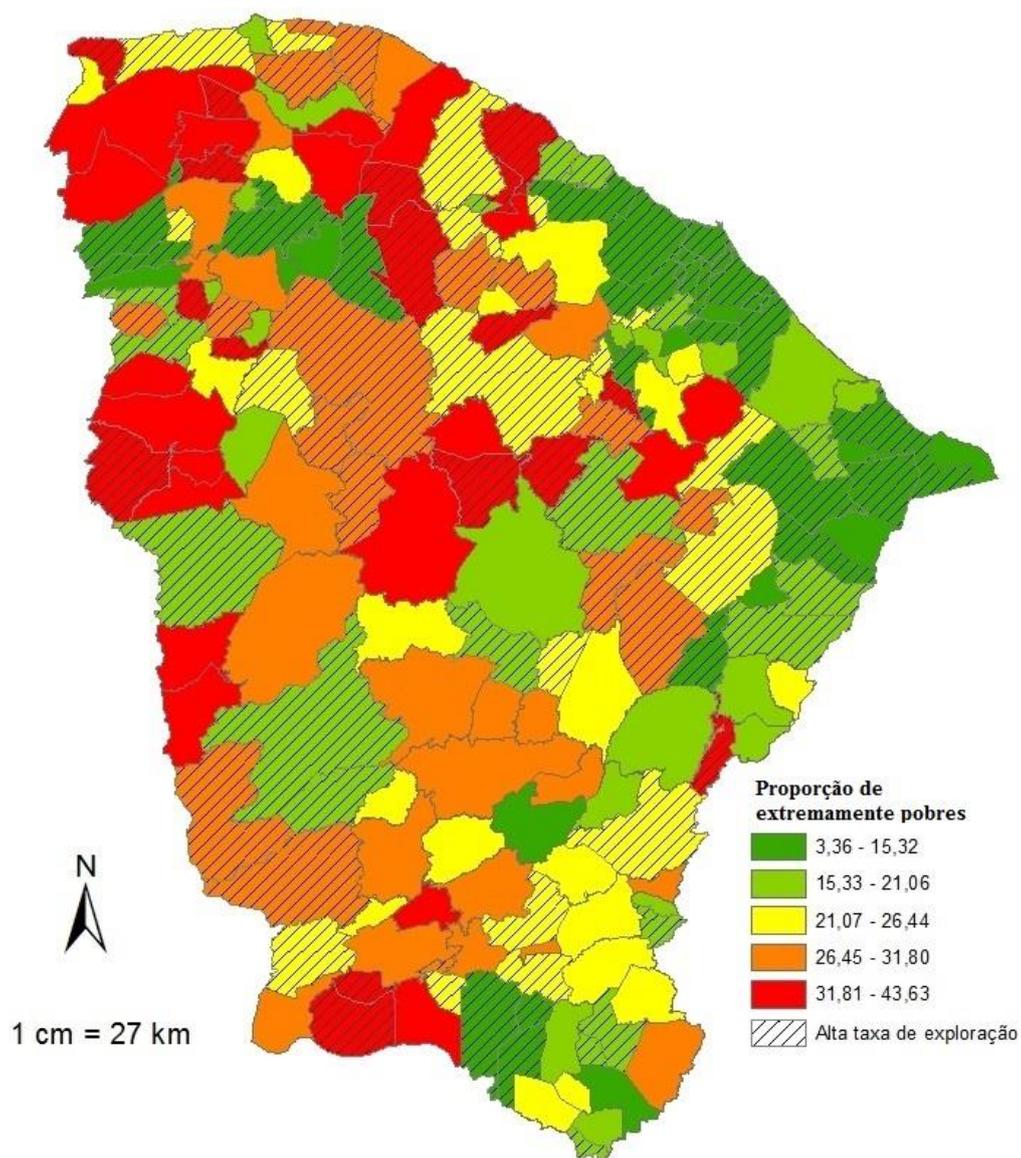


Figura 6 - Mapa com a sobreposição do percentual dos ocupados nos setores industrial e de utilidade pública e a taxa de exploração sexual dos municípios cearenses.

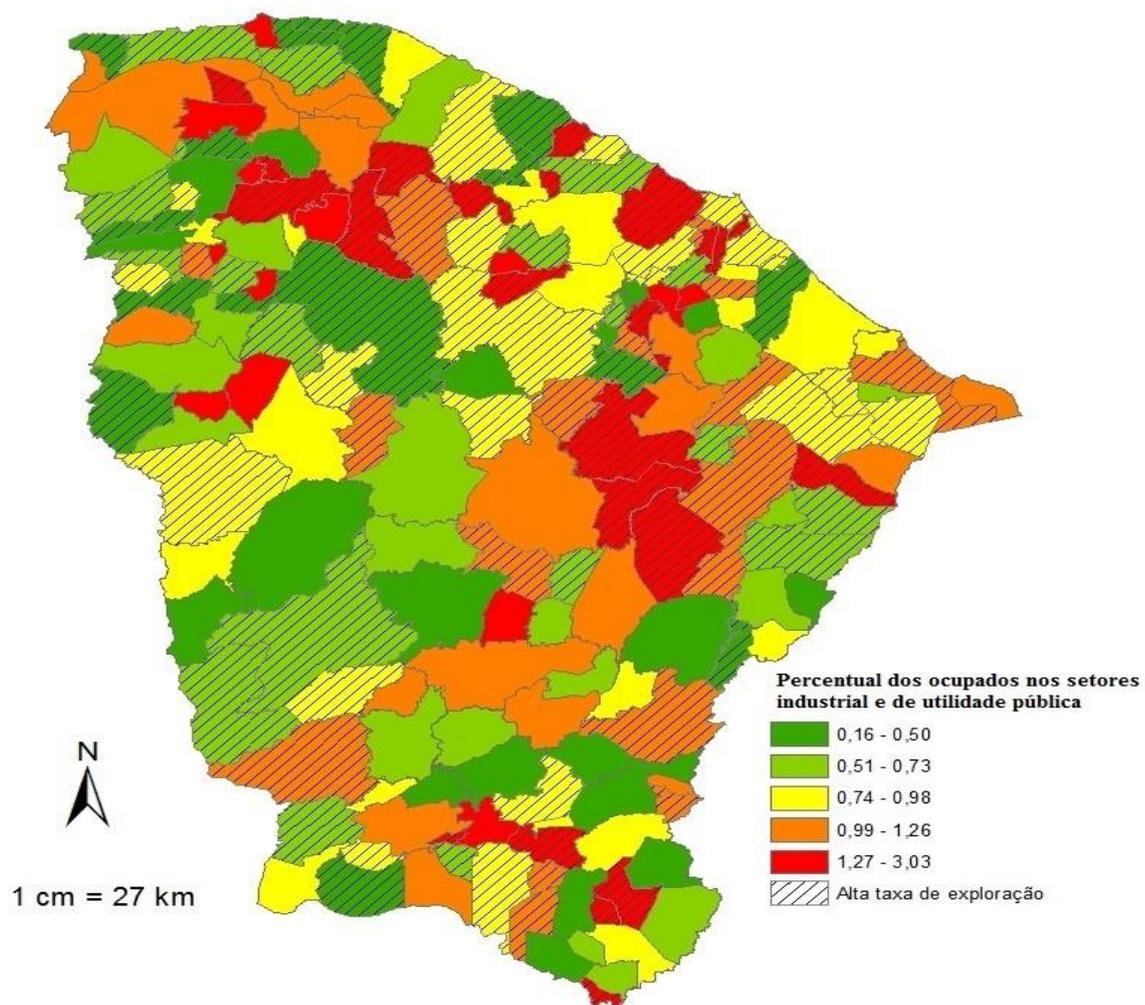


Figura 7 - Mapa com a sobreposição de unidade mista e a taxa de exploração sexual dos municípios cearenses.

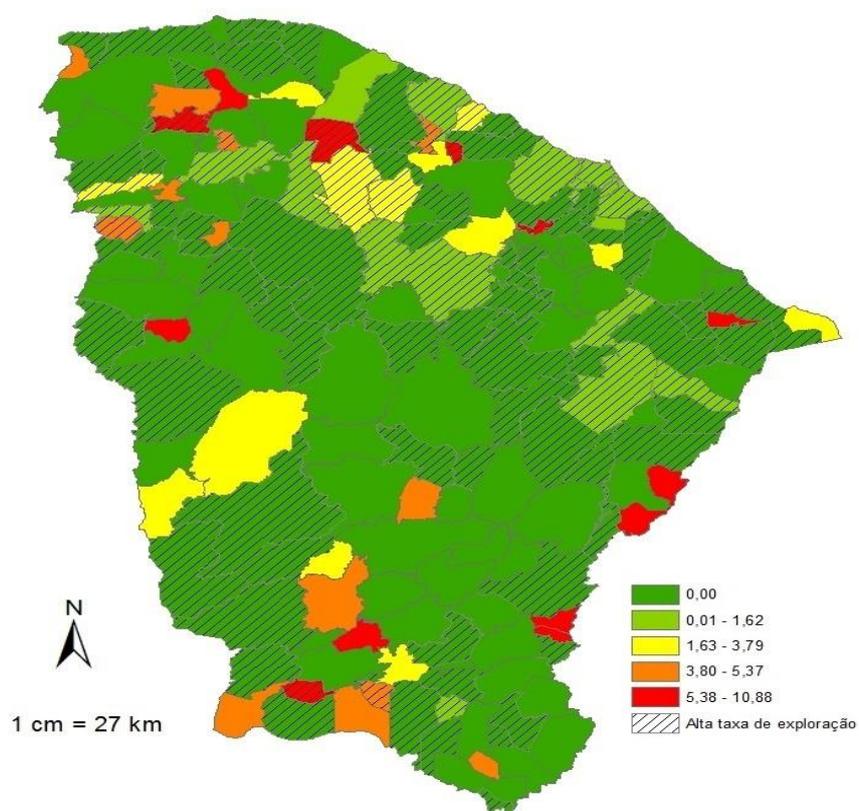
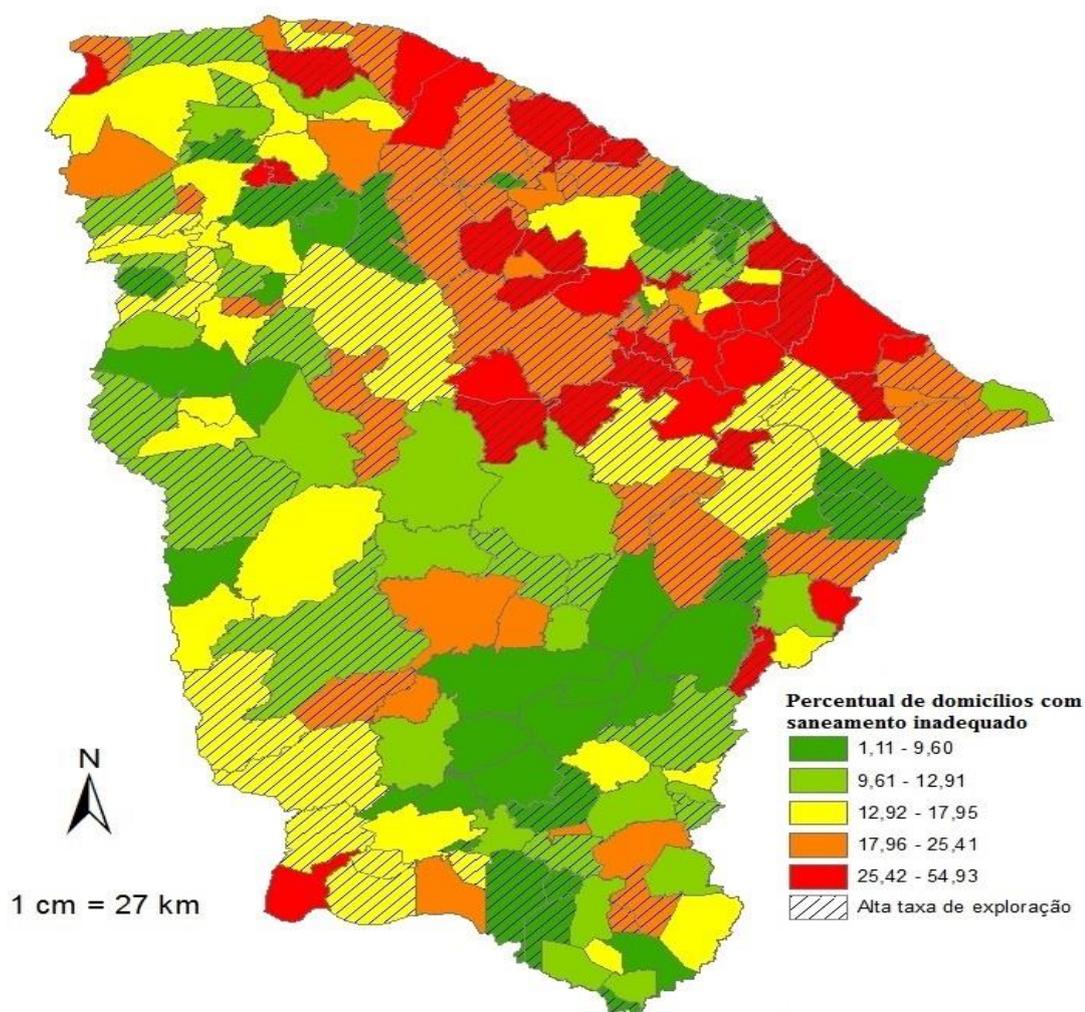


Figura 8- Mapa com a sobreposição do percentual de domicílios com saneamento inadequado e a taxa de exploração sexual dos municípios cearenses.



ANEXOS

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

CHARACTERIZATION PROFILE AND SPATIAL DISTRIBUTION OF SEXUAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS IN BRAZIL

Lívia de Andrade Marques^{1*}

Samira Valentim Gama Lira²

Poliana Hilário Magalhães³

⁴

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira⁵

José Gomes Bezerra Filho⁶

^{1,4,6} Universidade Federal do Ceará – UFC. Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608. Bloco Didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo. Fortaleza, Ceará, Brasil. CEP: 60.430-140.

^{2,3,5} Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz. Fortaleza, Ceará, Brasil. CEP 60.811-905.

Instituição: Departamento de Saúde Comunitária do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

*Autor correspondente. Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608. Bloco Didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo. Fortaleza, Ceará, Brasil. CEP: 60.430-140. Telefone/Fax: +55 85 3366-8045. E-mail: marques.liviaa@gmail.com

RESUMO:

Esse estudo objetiva-se caracterizar o perfil e a distribuição da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Para tanto, será realizado primeiramente um estudo descritivo, observacional, ecológico com base em dados secundários caracterizando o perfil, magnitude em 2014 (retrospectivo) e a distribuição espacial dos casos de violência sexual atendidos pelo disque denúncia 100 – SDH de 2012 a 2014. Para a tabulação e o processamento dos dados, foram utilizados os programas excel e arcgis versão 10. Apesar das discussões, políticas e ações ao longo dos anos voltadas para diminuir as vulnerabilidades para violência sexual, ainda percebemos mulheres, raça/cor parda, população LGBT em situação de violência sexual. Ao analisarmos a distribuição espacial no Brasil, verificamos uma variação no perfil de desenvolvimento socioeconômico tanto nos Estados com maiores, como nos que possuem menores taxas, evidenciando a ocorrência da

violência sexual, muitas vezes, em Estados que possuem um bom desenvolvimento nessa perspectiva. O que sugere a ideia de que não é a pobreza que está relacionada com a violência, mas as desigualdades sociais. Para tanto, é de suma relevância o caráter intersectorial para o enfrentamento e os cuidados às crianças e adolescentes em situação de violência sexual, exigindo políticas e investimentos para garantir a integralidade e humanização da atenção e os seus direitos.

PALAVRAS-CHAVE: Violência sexual. Abuso sexual na infância. Defesa da Criança e do Adolescente. Distribuição Espacial da População. Adolescente. Assistência integral à Saúde.

ABSTRACT:

This objective is to study to characterize the profile and distribution of sexual violence against children and adolescents in Brazil. Therefore, it will be first performed a descriptive, observational ecological study based on secondary data characterizing the profile, magnitude in 2014 (retrospective) and the spatial distribution of cases of sexual violence served by dial termination 100 - 2012 to 2014. For SDH tabulation and processing of data, excel and arcgis programs were used version 10. Although the discussions, policies and actions over the years aimed to reduce vulnerability to sexual violence, we still see women, mixed race / color, LGBT population situation of sexual violence. By analyzing the spatial distribution in Brazil, we see a variation in socioeconomic development profile both in states with larger ones like us that have lower rates, showing the occurrence of sexual violence, often in states that have a good development in this perspective. This suggests the idea that it is not poverty that is linked to violence, but social inequalities. Therefore, it is of paramount importance intersectoral character to cope and care to children and adolescents in situations of sexual violence, demanding policies and investments to ensure comprehensiveness and humanization of care and their rights

KEY-WORDS: Sexual Violence. Child abuse, sexual. Child Advocacy. Adolescent. Residence Characteristics. Comprehensive Health Care.

INTRODUÇÃO

Dentre os tipos de violência, a sexual traz grandes desafios para a sociedade e profissionais devido a suas consequências e magnitude, pois envolve o assédio sexual, atentado violento ao pudor, abuso sexual, estupro, exploração sexual e a exploração sexual comercial adolescente – ESCA.

Segundo um relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), lançado em 2014, cerca de 120 milhões de garotas com idade inferior a 20 anos em todo o mundo, uma em cada 10, foram sujeitas a relações ou outros tipos de atos sexuais forçados apenas em 2012.¹

Em 2014, foram registradas 24.575 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil.² No Ceará, foram registrados 4.766 casos entre 2012 e 2014, através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN³.

Além do mais, esse tipo de ocorrência é recorrente, principalmente quando não há evidências físicas e a criança e ao adolescente possuem proximidade com o agressor; deste modo, são vivenciados sentimentos de vergonha, medo, raiva, humilhação⁵. Por isso, a violência sexual contra crianças e adolescentes destaca-se como a forma mais cruel de todas, uma vez que vivenciam uma fase de transição da infância para a vida adulta, tanto pela condição de indefesa de suas vítimas, quanto pelas consequências que podem causar vários danos ao seu crescimento e desenvolvimento.⁶

Vale ressaltar que o adolescente em situação de violência sexual, além de ferir a integridade física e psicológica, fere seu direito ao respeito, a dignidade e à sexualidade vivida de forma responsável e protegida, constituindo-se como uma grave violação da garantia de direitos individuais e sociais.

A partir de 2003, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, passou a contar com uma área para lidar especificamente com a violência sexual contra crianças e adolescentes, com a criação do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes – PNEVSCA. A partir deste programa foram implementados o Disque 100, serviço de atendimento telefônico gratuito, que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana.⁹

Por sua natureza de instância de diálogo e registro de manifestações da população, onde as denúncias podem ser anônimas, o Disque 100 que tem sido amplamente divulgado como uma importante ferramenta nas campanhas relacionadas à prevenção e o enfrentamento de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes; tem se consolidado como um importante instrumento de dados estatísticos sobre violações de Direitos Humanos e a Ouvidoria tem buscado a cada dia tornar essas informações públicas para pesquisadores e interessados.⁸⁻⁷

O estudo justifica-se pela necessidade referida no Plano Nacional de Enfrentamento a Violência Sexual Infanto-Juvenil,⁸ que, através do eixo Análise da Situação, objetiva conhecer o fenômeno da violência sexual contra crianças e

adolescentes em todo o país e sugere a elaboração do diagnóstico da situação do enfrentamento da problemática, além de demandar a divulgação de todos os dados e informações à sociedade civil brasileira.¹⁰

Confirmando o que já foi apresentado, a literatura aponta que a crescente ocorrência dessa violência está presente na sociedade, principalmente em grandes centros.⁹ Neste contexto, destaca-se o Brasil, permeado por aspectos de desenvolvimento socioeconômico, tais como: grandes indústrias, obras civis, preferência turística e o fato recente de ter sediado eventos de caráter mundial (Copa das Confederações de Futebol 2013, Copa do Mundo de Futebol 2014 e seminários/eventos internacionais), o que pode contribuir para o aumento desse fenômeno.

Considerando que as desigualdades sociais podem prejudicar a qualidade de vida da população, influenciar no processo de adoecimento e ocorrência de agravos,¹¹ é possível realizar alguns questionamentos, sendo de grande relevância averiguar a vulnerabilidade de crianças e adolescentes que vivem nesse contexto, sofrerem algum tipo de violência com ênfase na violência sexual que estaria mais diretamente influenciada por questões que abrangem o contexto familiar e/ou financeiro.

Assim, o presente estudo objetivou estudar e caracterizar o perfil e a distribuição da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil; visando fornecer subsídios que possam contribuir com o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas voltadas à prevenção desse tipo de violência contra o grupo social em questão, bem como instigar reflexões para uma melhor orientação sobre sistema de informação e o enfrentamento do fenômeno.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, observacional ecológico, que caracteriza o perfil, magnitude e a distribuição espacial da violência sexual contra crianças e adolescentes no qual unidades de análise foram as 27 Unidades Federativas do Brasil, com o enfoque maior nos cinco Estados com maior e os cinco com menor taxa de denúncias.

Os estudos ecológicos são fatores indicativos de condição de saúde e de vida, refere-se a áreas geográficas ou blocos de população delimitados, realizando análises das variáveis globais a partir dos indicadores.¹²

A presente investigação teve como foco o estudo de uma série de casos com base em dados secundários de 2014. Os dados sobre caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes de 0 a 17 anos foram fornecidos pelo disque denúncia/ disque 100 da Secretaria de Direitos Humanos – SDH do Governo Federal, através de cadastro e solicitação realizada pelo site de acesso à informação e-sic.

Foram investigadas características relacionadas ao perfil sociodemográfico da vítima e do agressor, assim como a relação entre eles, relação do demandante e da vítima e ainda o local da violação. Além disso, foram calculadas a taxa de violência sexual por Estados de 2012 a 2014.

Para tanto, foi realizada uma análise descritiva para o estudo da série de casos onde foram calculadas as frequências absoluta e relativa das variáveis que irão caracterizar a violência sexual; Foram elaborados, ainda, gráficos com a evolução de 2012 a 2014, dando ênfase aos cinco Estados com maior e os cinco com menor taxa e mapa com a distribuição da taxa de violência sexual no Brasil em 2014.

Os dados para os diversos tipos de análise foram tabulados por meio do software *EpiInfo*, versão 3.5.3, e processados por meio do software *STATA*, versão 13, sendo. Foram elaborados, ainda, gráficos no programa Excel e mapa (Arcgis versão 10).

Essa pesquisa foi realizada de acordo com dados secundários de acordo com fontes seguras disponibilizadas na internet e de domínio público. Portanto, não será necessário uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e submissão do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética para realização do estudo.

Entretanto, irá seguir a resolução nº 466/2012 que dentre outros objetivos, visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.¹³

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos, foi possível identificar que entre os adolescentes em situação de violência sexual no Brasil observou-se predomínio do sexo feminino (21281 / 68,2%). A faixa etária de 12 a 14 anos (9282 / 29,7%), raça/cor não informado como a maioria (12538 / 40,2%) seguido de raça/cor parda (8892 / 28,5%). Vale ressaltar, que as variáveis correspondentes à identidade de gênero (Bissexual, Gay, Lésbica, Transexual, Travesti) foram retiradas da tabela por apresentarem uma frequência muito baixa ou igual à zero, sendo predominante nesse quesito a opção não informado.

Tabela 1 – Caracterização dos estados brasileiros sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, quanto ao perfil das vítimas e ao perfil dos suspeitos, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Perfil das vítimas	Brasil n (%)	Perfil dos suspeitos	Brasil n (%)
Sexo		Sexo	
Feminino	21281 (68,2)	Feminino	5411 (18,4)
Masculino	5523 (17,7)	Masculino	19305 (65,5)
Não informado	4406 (14,1)	Não informado	4753 (16,1)
Faixa etária		Faixa etária	
Nascituro	3 (0)	12 a 17 anos	1125 (4,9)
Recém-nascido	42 (0,1)	18 a 30 anos	7311 (32,1)
0 a 3 anos	1726 (5,5)	31 a 40 anos	5719 (25,1)
4 a 7 anos	3612 (11,6)	41 a 50 anos	3409 (14,9)
8 a 11 anos	5852 (18,8)	51 a 60 anos	1723 (7,5)
12 a 14 anos	9282 (29,7)	61 a 70 anos	666 (2,9)
15 a 17 anos	6545 (21)	71 >	204 (0,8)
Não informado	4148 (13,3)	Não informado	9312 (31,6)
Cor / Raça		Cor / Raça	
Parda	8892 (28,5)	Parda	7085 (24)
Branca	8013 (25,7)	Branca	6339 (21,5)
Preta	1629 (5,2)	Preta	2059 (7)
Indígena	55 (0,2)	Amarela	75 (0,3)
Amarela	83 (0,3)	Indígena	40 (0,1)
Não informado	12538 (40,2)	Não informado	13871 (47,1)

Fonte: Disque 100. Governo Federal, 2014.

As características referentes aos suspeitos apontam que a maioria era do sexo masculino (19305 / 65,5%), com faixa etária predominando a variável não informada (9312 / 31,6%) seguida da idade de 18 a 30 (7311/ 32,1%). Em relação à

raça/cor também como maioria não informado (13871 /47,1%), em seguida foi a parda (7085 / 24%).

Quanto à relação entre suspeito e vítima prevaleceu não informado (11298 /27,4%) e em segundo alguém desconhecido (6624 / 16,1).

Tabela 2 – Caracterização dos estados brasileiros sobre denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, quanto à relação do suspeito e vítima, à relação do demandante e vítima e quanto ao local da violação, no ano de 2014. Brasil, 2014 (N= 22.735).

Relação suspeito e vítima	Brasil n (%)	Relação demandante e vítima	Brasil n (%)	Local da violação	Brasil n (%)
Não informado	11298 (27,4)	Não informado	28392 (90,2)	Casa da Vítima	9352 (38,6)
Desconhecido (a)	6624 (16,1)	Desconhecido (a)	2410 (7,7)	Casa do Suspeito	7488 (30,9)
Mãe	4963 (12)	Filho (a)	300 (1,0)	Outros	2665 (11,0)
Pai	4034 (9,8)	Enteado (a)	88 (0,3)	Casa	1975 (8,2)
Padrasto	3380 (8,2)	Sobrinho (a)	48 (0,2)	Rua	1969 (8,1)
Vizinho (a)	2279 (5,5)	Namorado (a)	43 (0,1)	Escola	488 (2,0)
Tio (a)	1699 (4,1)	Vizinho (a)	30 (0,1)	Local de trabalho	137 (0,6)
Namorado (a)	1559 (3,8)	Própria vítima	25 (0,1)	Ônibus	43 (0,2)
Amigo (a)	907 (2,2)	Irmão (ã)	24 (0,1)	Igreja	42 (0,2)
Irmão (ã)	644 (1,6)	Neto (a)	18 (0,1)	Albergue	14 (0,1)
Outras relações menos recorrentes	3862 (9,4)	Outras relações menos recorrentes	94 (0,3)	Outros locais menos recorrentes	41 (0,2)

Fonte: Disque 100. Governo Federal, 2014.

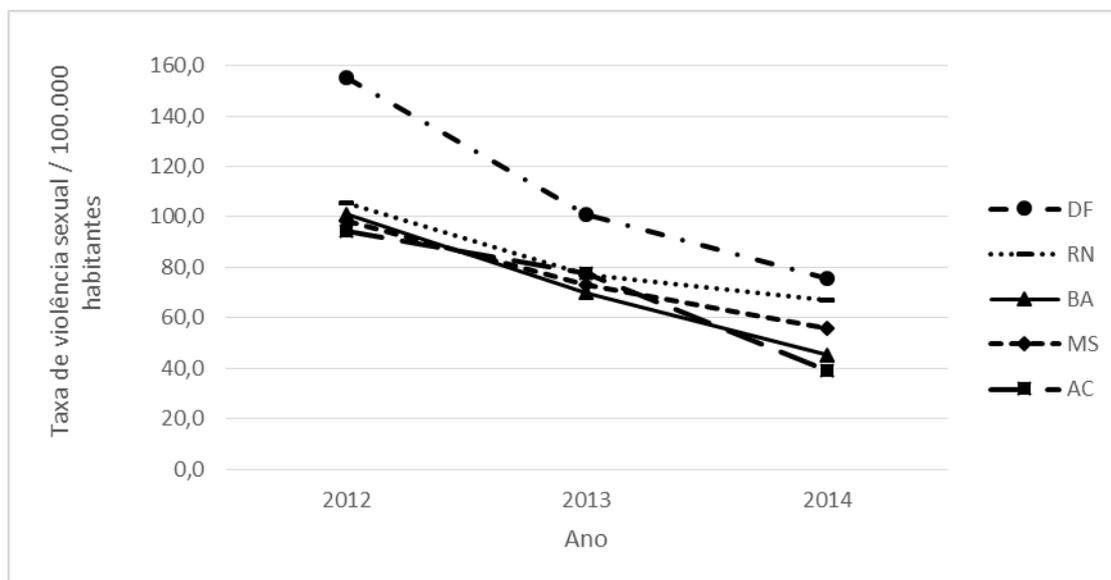
Verificou-se na relação entre o demandante e vítima que a maioria não foi informado (28392 / 90,2%), seguido de desconhecido (2410 /7,7%).

Os dados referentes ao local da violação, evidenciam a casa da vítima como o local onde foi mais frequente a ocorrência da violência sexual (9352 / 38,6).

No Brasil, observa-se as cinco maiores taxas de violência sexual, registradas no ano de 2012 pelo Distrito Federal (155,3 /100.000 hab), Rio Grande do Norte (105,8 / 100.000 hab), Bahia (101,1 /100.000hab), Mato Grosso do Sul (98,5 / 100.000 hab) e Acre (92,5 /100.000 hab). Compreendendo a evolução de 2012 a

2014, destaca-se uma tendência predominantemente decrescente e significativa em todos os Estados supracitados.

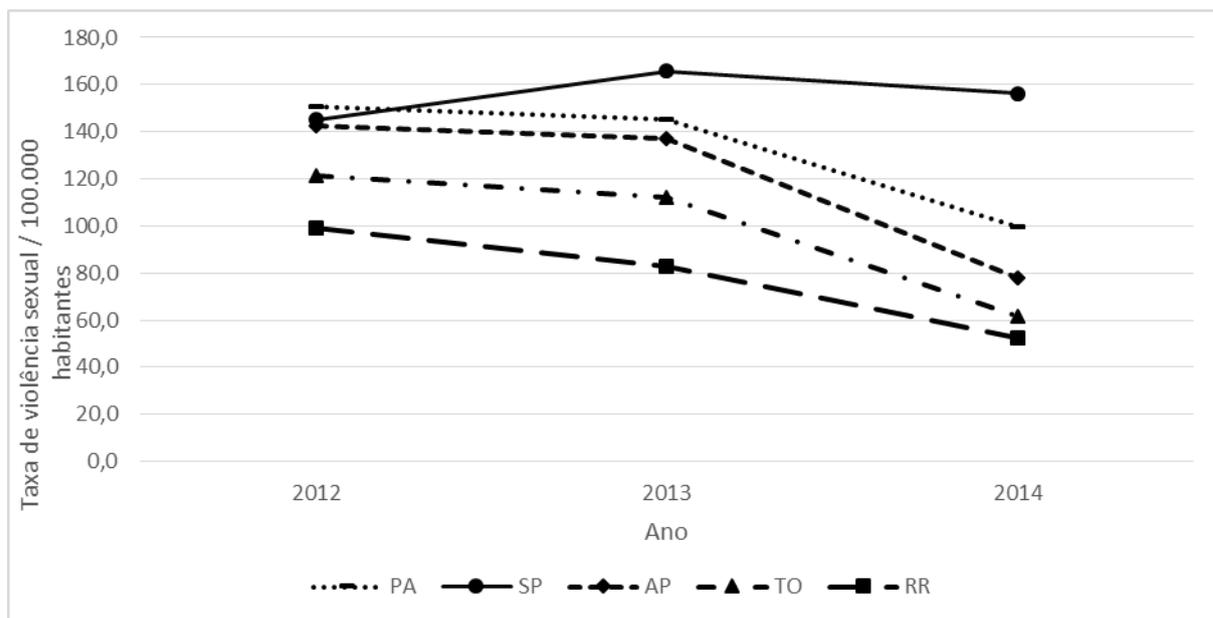
Gráfico 1 – Distribuição das cinco maiores taxas de violência sexual, durante o período de 2012 a 2014, no Brasil.



No triênio analisado, ressalta-se o Distrito Federal liderando o “ranking” com a maior taxa de violência sexual inicialmente no ano de 2012 (155,3 /100.000 hab), continuando em 2013 (100,9/ 100.00 hab) e em 2014 (75,4 /100.000 hab). Entretanto, vale ressaltar ainda que além do Distrito Federal, o Estado do Rio Grande do Norte e Mato Grosso do Sul, apesar da diminuição das taxas, se mantiveram entre os cinco Estados com as maiores taxas também em 2014.

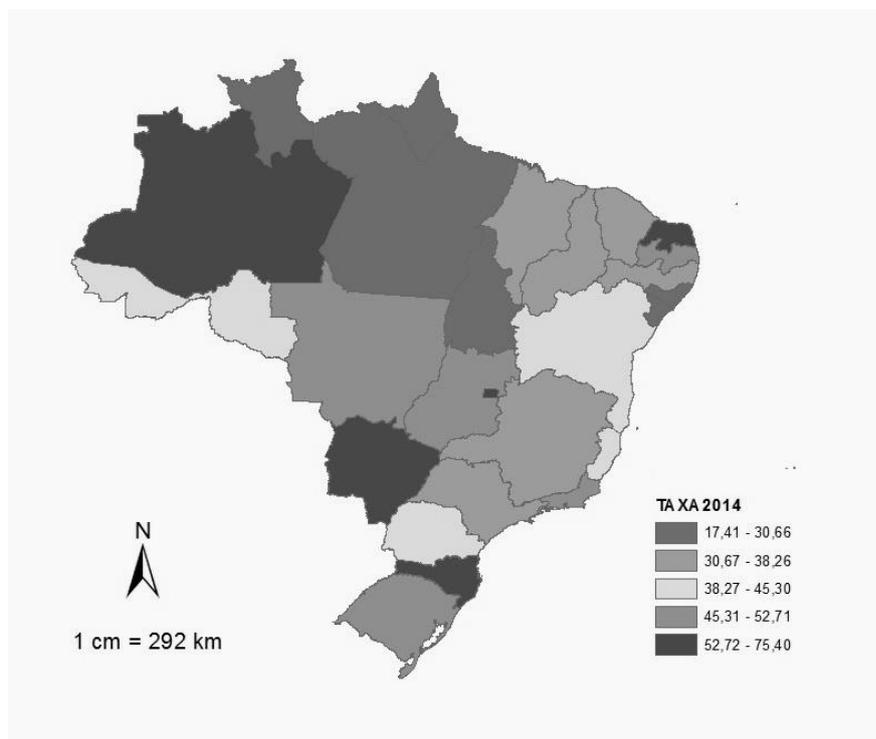
No Brasil, observa-se as cinco menores taxas de violência sexual, registradas no ano de 2012 pelo Estado do Pará (150,7 /100.000 hab), São Paulo (145,1 / 100.000 hab), Amapá (142,1 /100.000hab), Tocantins (121,1 / 100.000 hab) e Roráima (98,9 /100.000 hab). Posteriormente, o Estado do Pará continuou apresentando uma diminuição dessas taxas, destaca-se Estado de São Paulo mostrando uma tendência ascendente, chegando ao ápice em 2013 e posteriormente uma discreta diminuição até 2014. Os demais Estados evidenciam uma tendência decrescente e significativa no ano de 2014.

Gráfico 2 – Distribuição das cinco menores taxas, durante o período de 2012 a 2014 no Brasil.



A distribuição espacial das taxas no Brasil em 2014 reforça que além do Distrito Federal, o Estado do Rio Grande do Norte e Mato Grosso do Sul, apesar da diminuição das taxas, se mantiveram entre os cinco Estados com as maiores taxas também em 2014, não havendo clusters nas vizinhanças para as taxas mais altas.

Figura 1 - Mapa com a distribuição espacial da violência sexual no Brasil, no período de 2012 a 2014, segundo dados disponibilizados pela Secretaria de Direitos Humanos. Disque 100, 2015



DISCUSSÃO

Ao discutirmos sobre a violência sexual contra adolescentes, além das consequências devemos refletir sobre a complexidade das múltiplas causas e potencializadores, estando relacionada com aspectos sociais, econômicos e culturais. Dentre esse cenário, destaca-se algumas bases que sustentam esse fenômeno, tais como, relações de poder, questões de gênero e machismo.

Sobressai a vitimização do sexo feminino por esse tipo de violência. Assim como a violência contra a mulher de um modo geral, a violência sexual é caracterizada por sofrimentos e agressões dirigidos às mulheres, pelo fato de serem visualizadas como sexo frágil, fundamentado na desigualdade de gênero. Uma violência sofrida pela diferença de estatuto social da condição feminina.¹⁴

Não obstante, que a violência de gênero possa ocorrer entre homens e mulheres, discorre sobre o fato de que mulheres em situação desse tipo de violência, obtém consequências físicas e psicológicas consideradas mais graves¹⁵. Corroborando com o exposto, o Ministério da Saúde afirma que a violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes, considerada como uma pandemia.¹⁶

A faixa etária mais acometida foi a adolescência, segundo a classificação da OMS (1995), estaria entre a primeira fase (pré-adolescência) que compreende a idade de 10 a 15 anos.¹⁷⁻¹⁸ Vale ressaltar que é uma fase de transição da infância para a vida adulta, caracterizadas por mudanças e transformações físicas, psicológicas, sociais e descoberta da sexualidade. Estudiosos reforçam esses achados e atribuem a sobreposição dessa relação de poder em adolescentes devido à imaturidade biopsicossocial, dependência econômica, o não conhecimento de direitos e a dificuldade de serem ouvidas.⁶

Portanto, destaca-se que uma adolescente em situação de violência sexual é vítima de dupla opressão, pelo fato de que vivemos em uma organização social com fortes influências androcêntrica e autocêntrica.¹⁹

Apesar de não ter sido apresentado nesse estudo as variáveis relativas à identidade de gênero, devido os valores serem insuficientes, destaca-se a importância da valorização dessas informações devido a vulnerabilidade da população LGBT, fato esse que incluiu esse grupo na ficha de notificação de violências do SINAN e refere a necessidade de políticas públicas voltadas para a atenção em saúde.

Dentre as políticas de proteção social, evidencia-se como signatária a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travesti e transexuais, que tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. Contudo, necessita de reflexões diretas e aprimoramento de estratégias para a identificação e o enfrentamento da violência.²⁰

Em relação à raça/cor em seguida da variável não informado, foi evidenciado a classificação parda como a que mais é afetada. O Brasil, é um País marcado pela miscigenação, onde desde o período de sua colonização as classificações de raça/cor preta, indígena e parda sofrem um desfavorecimento social e por conseguinte vulnerabilidades.²¹

Quanto ao agressor, a prevalência ser do sexo masculino reforça a cultura androcêntrica, machista que promove a objetificação da mulher. No Brasil, adultos-

jovens, que atualmente é a faixa etária que mais sofre homicídios, portanto, verifica-se que a mesma que está sendo afetada por o último tipo de violência citado é a que também mais perpetrta outros tipos de violência, no caso a violência sexual.²² O que reflete a possibilidade do contexto social envolto por ambientes desfavorecidos, violentos e possivelmente com ligação à criminalidade.

Quanto à relação entre suspeito e vítima prevaleceu alguém desconhecido, o que vai de encontro com a literatura que diz que ocorrência e a perpetuação da violência sexual estão inseridas, muitas vezes, nas relações familiares e no convívio social, tendo a participação de pessoas com laços afetivos ou que se relacionem no cotidiano a exemplo de pais, padrastos, tios, irmãos, padrinhos, vizinhos e conhecidos²³⁻²⁴. Estudos mostram que a ocorrência de abuso por padrastos, é maior quase cinco vezes mais do que por pais biológicos.¹⁰

Fatos estes que suscitam reflexões, primeiramente sobre a desconfiguração dos papéis familiares pela criança e adolescente, que espera e necessita de cuidados e proteção sendo que ao invés disso é maltratado e agredido cruelmente. Em segundo, o questionamento sobre as diversas construções de estruturas familiares, moldando a dinâmica familiar em tradicional, reconstituída, monoparental ou ampliada com os possíveis fatores relacionados à situação de violência sexual. Contudo, podemos observar que dentre a violência sexual, em especial o abuso poderia está mais ligado à violência intrafamiliar, enquanto que a exploração sexual tem uma conotação maior com outros envolvimento e relações, como por exemplo um intermediador ou pessoas sem tanta proximidade.

Sobre a relação entre o demandante e vítima a maioria não foi informado e em segundo desconhecido. O que reflete primeiramente a característica da denúncia anônima e muitas vezes o receio da identificação. Em segundo, apesar de os dados evidenciarem o desconhecido como perpetrador, já foi feito uma ressalva que a ocorrência dessa violência geralmente possui alguma relação de parentesco ou proximidade entre a criança / adolescente e o algoz, ou o desconhecimento, negligência e algumas vezes até conivência por parte de membros familiares, o que faz com que estes não sejam os demandantes na maioria dos casos.

Quanto ao local da violação, foi evidenciado a casa da vítima como o local mais frequente na ocorrência da violência sexual, o que denota essa proximidade de

relação com o perpetrador e local e nos revela que o lugar em que a criança ou adolescente deveria estar / se sentir mais protegido, é onde está mais vulnerável.

Corroborando com os resultados encontrados, uma pesquisa de Justino *et al.* (2015), encontrou que a maioria das vítimas eram do sexo feminino, prevalência da faixa etária de 10 a 14 anos, predominando agressores masculinos e como local de mais ocorrência o ambiente doméstico.⁵

Além do que já foi discutido, afirma que ao refletirmos sobre o impacto da violência na perspectiva individual e social deve-se incluir para essa compreensão, outros domínios, tais como, os aspectos socioeconômicos de uma população e as questões relacionadas ao estilo de vida, temas referentes ao território.²⁵

Ao observamos o cenário da distribuição espaço-temporal das cinco maiores taxas de violência sexual contra crianças e adolescentes nos Estados Brasileiros, destaca-se uma tendência predominantemente decrescente e significativa em todos as Unidades Federativas supracitadas. Tendências decrescentes podem significar a introdução de medidas profiláticas efetivas ou a melhoria das condições de vida em geral ou a reorganização dos serviços disponibilizados no combate à essa problemática.

De acordo com um estudo, o nível de pobreza e a desigualdade de renda possuem maior grau de distinção entre crimes contra a pessoa. A pobreza está positivamente correlacionada com os homicídios, mas negativamente com praticamente todos os tipos de crimes. A desigualdade de renda é positiva e significativa na associação com os crimes contra a propriedade, mas tem efeito ambíguo sobre os tipos de crimes contra a pessoa, entretanto neutra em relação às lesões, estupro e tentativas de homicídio.¹⁹

Contudo, devemos ter um olhar atento para as disparidades socioeconômicas existentes no Brasil, sendo um de seus reflexos as desigualdades na distribuição de renda entre os diversos estados do País.²⁶

Ao realizarmos uma caracterização dos Estados identificados, de acordo com as informações obtidas no Atlas Brasil sobre o perfil dos Estados Brasileiros, foi verificado que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) do Distrito Federal é 0,824, em 2010, o que situa essa Unidade Federativa (UF) na faixa de Desenvolvimento Humano muito alto (IDHM entre 0,800 e 1), fazendo com que

ocupe a 1ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM. Com uma população de 609.016 habitantes menores de 15 anos.²⁷

A renda per capita média dessa Unidade Federativa - UF cresceu 87,24% nas últimas duas décadas, passando para R\$ 1.715,11, em 2010. Portanto, percebe-se o excelente desenvolvimento socioeconômico do Distrito Federal, contudo, podemos observar que ainda existe certa desigualdade de renda através do Índice de Gini, que se apresentou intermediário e praticamente se manteve de 0,62, em 1991, para 0,63, em 2000, e para 0,63, em 2010.²⁷

O Estado do Rio Grande do Norte possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,684, em 2010, o que situa essa Unidade Federativa (UF) na faixa de Desenvolvimento Humano médio (IDHM entre 0,600 e 0,699), ocupando a 16ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM. Com uma população de 790.499 habitantes com menos de 15 anos.²⁷

A renda per capita média desse Estado cresceu 126,95% nas últimas duas décadas, passando para R\$ 545,42, em 2010. Deste modo, apesar de possuir um IDHM médio, nota-se uma melhora no desenvolvimento socioeconômico dessa Unidade Federativa, entretanto, podemos observar que ainda existe certa desigualdade de renda através do Índice de Gini que é intermediário apresentando discreta diminuição em seu valor de 0,63, em 1991, para 0,64, em 2000, e para 0,60, em 2010.²⁷

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) do Estado da Bahia é 0,660, em 2010, o que situa essa Unidade Federativa (UF) na faixa de Desenvolvimento Humano médio (IDHM entre 0,600 e 0,699), onde ocupa a 22ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM. Possui a população menor do que 15 anos com 3.599.855 habitantes.²⁷

A renda per capita média de Bahia cresceu 111,76% nas últimas duas décadas, passando para R\$ 496,73, em 2010. Contudo, podemos observar que ainda existe certa desigualdade de renda através do Índice de Gini, que se apresentou intermediário e pequena redução de 0,67, em 1991, para 0,66, em 2000, e para 0,62, em 2010.²⁷

O Estado do Mato Grosso do Sul possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,729, em 2010, o que situa essa Unidade Federativa (UF) na

faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799, fazendo com que esse Estado ocupe a 10ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM. E tem uma população menor de 15 anos com 615.982 habitantes.²⁷

A renda per capita média de Mato Grosso do Sul cresceu 84,52% nas últimas duas décadas, passando para R\$ 799,34, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que oscilou de 0,60, em 1991, para 0,62, em 2000, e para 0,56, em 2010.²⁷

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) no Acre foi de 0,663, em 2010, o que situa essa Unidade Federativa (UF) na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699, ocupando a 21ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM. Consta uma população com menos de 15 anos de 247.548 habitantes.²⁷

A renda per capita média do Acre cresceu 83,24% nas últimas duas décadas, passando para R\$ 522,15, em 2010. A da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que é intermediário e praticamente se manteve sendo 0,63, em 1991, 0,64, em 2000 e 0,63, em 2010.²⁷

No triênio analisado, ressalta-se o Distrito Federal liderando o “ranking” com a maior taxa de violência sexual inicialmente no ano de 2012, continuando em 2013 e em 2014. Supõe-se que esse destaque em primeiro lugar em todos os anos seja devido à sede da SDH do Governo Federal, que dispõe e organiza as informações, tenha uma melhor divulgação do serviço disponível e, por conseguinte, obtenha mais e melhores informações. Outra hipótese é por ser um grande centro urbano, capital do País, onde envolve grandes aspectos de economia e desenvolvimento que se manifestou historicamente e ainda se apresenta como atrativos para imigração.

Diante deste cenário, discorre que o processo de urbanização no Brasil estabeleceu um fluxo migratório nutrido por uma duvidosa imagem promissora das cidades pelo ideal de consumo. Por conseguinte, o resultado foi o surgimento de periferias e comunidades, com inexistência quase total de serviços básicos e direitos à cidadania, tornando os moradores dessas áreas vulneráveis à violência, corroborando com os achados, ao analisar a distribuição e contexto socioespacial de

mortes violentas de mulheres, ocorridos no período entre 2000 a 2009, no município do Recife-PE.¹¹

Entretanto, ao observarmos a distribuição espacial das taxas no Brasil em 2014 nota-se que além do Distrito Federal, o Estado do Rio Grande do Norte e Mato Grosso do Sul, apesar da diminuição das taxas, se mantiveram entre os cinco Estados com as maiores taxas também em 2014.

Discordando um pouco desse resultado, uma pesquisa realizada por Moura *et al.* (2009), onde investiga sobre violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, em Brasília- DF, expõe que a prevalência de mulheres que sofreram violência sexual foi de 28,8% em 2007 e nos últimos 12 meses 15,5%, sendo a menor prevalência entre outros tipos (MOURA, et al, 2009). O que denota contudo, que pode ter ocorrido uma modificação nos anos mais recentes abordados nessa presente investigação.

Em uma pesquisa desenvolvida, que discorre sobre os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal, Rio Grande do Norte, indicou que para o profissional o atendimento desses casos na emergência é realizado à contragosto, considerado eventual, não é percebido como vocação institucional e provoca muitas angústias e sofrimentos. Reproduzindo atitudes e percepções decorrentes de valores adquiridos na formação, estruturadas no modelo biomédico tradicional, onde a mulher é percebida na condição de não sujeito, e a cultura da atenção emergencial, dificulta uma melhor interação, não havendo espaço para prevenção ou articulação com a rede intersetorial.³⁰

Um estudo realizado,⁵ sobre violência sexual contra adolescentes em Mato Grosso do Sul, afirma que apesar da subnotificação de casos, a frequência e as consequências individuais e coletivas são suficientemente graves para torná-la uma questão de saúde pública.

No Brasil, observa-se as cinco menores taxas de violência sexual, registradas no ano de 2012 pelo Estado do Pará, São Paulo, Amapá, Tocantins e Roraima. Ao realizarmos uma diferenciação desses Estados, de acordo com as informações obtidas no Atlas Brasil sobre o perfil dos Estados Brasileiros, foi verificado que o IDHM do Pará foi 0,646, em 2010, o que situa essa UF na faixa de Desenvolvimento

Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). Ocupando a 24ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM. A População menor que 15 anos 2.360.837, em 2010.

Foi verificado que o IDHM do Pará foi 0,646, em 2010, o que situa essa UF na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699), ocupando a 24ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM. A População menor que 15 anos 2.360.837, em 2010.²⁷

A renda per capita média do estado cresceu 63,52% nas últimas duas décadas, passando para R\$ 446,76, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,62, em 1991, para 0,65, em 2000, e para 0,62, em 2010.²⁷

Já o IDHM no estado de São Paulo era 0,783, em 2010, o que situa essa UF na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A renda per capita média de São Paulo cresceu 45,33% nas últimas duas décadas, passando para R\$ 1.084,46, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,55, em 1991, para 0,58, em 2000, e para 0,56, em 2010.²⁷

O IDHM do Amapá é 0,708, em 2010, o que situa essa UF na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) ocupando a 12ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM. A população com menos de 15 anos era 222.62, em 2010.²⁷

A renda per capita média de Amapá cresceu 58,22% nas últimas duas décadas, passando para R\$ 424,57, em 2000, e para R\$ 598,98, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,58, em 1991, para 0,62, em 2000, e para 0,60, em 2010.²⁷

O IDHM de Tocantins é 0,699, em 2010, situando essa UF na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). O estado ocupa a 14ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM. A população com menos de 15 anos 398.806, em 2010.²⁷

A renda per capita média de Tocantins cresceu 140,83% nas últimas duas décadas, passando para R\$ 586,62, em 2010. A evolução da desigualdade de renda

nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,63, em 1991, para 0,65, em 2000, e para 0,60, em 2010.²⁷

O IDHM de Roraima é 0,707, em 2010, o que situa essa UF na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Esse Estado ocupa a 13ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM.²⁷

A renda per capita média de Roraima cresceu 38,50% nas últimas duas décadas, passando para R\$ 605,59, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,63, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,63, em 2010.²⁷

Os dados sobre aspectos socioeconômicos dos Estados Brasileiros, apresentam uma diferenciação tanto nos Estados com maiores, como nos que possuem menores taxas, mostrando a ocorrência da violência sexual muitas vezes em Estados que possuem um bom desenvolvimento nessa perspectiva. O que sugere a ideia de que não é a pobreza que está relacionada com a violência, mas as desigualdades sociais, o que assemelha-se com os achados de um estudo²⁸ sobre juventude(s), modos de subjetivação e violência: um diálogo com aportes de Michel Foucault.

Salienta-se, que os Estados com baixas taxas de denúncia podem estar mascarados pelo silêncio desse tipo de violência, banalização, falta de conhecimento e por conseguinte, baixo número de denúncias.

Para que esse fenômeno seja denunciado e notificado, a criança ou adolescente em situação de violência precisa romper o silêncio e os familiares, profissionais da educação e da saúde, que são os mais próximos, precisam perceber e tomar as providências necessárias para sua proteção. O momento da revelação exige ações de proteção à criança, que incluem a notificação legal da violência, fazendo com que os relacionamentos familiares, assim como a situação psicológica e social de cada membro da família, tenham de ser revistos e acompanhados pela rede de proteção. Contudo, comumente constata-se que famílias perpetradoras tendem a reproduzir a cultura do silêncio, em que a violência sexual acaba sendo mantida por todos, de maneira desumana e em sigilo, passando por gerações sem vir a ser descoberto²⁸.

Vale destacar, que grande parte dos estados brasileiros dispõem de planos estaduais e municipais que contém estratégias para o enfrentamento da violência sexual. Entretanto, a construção de redes de serviços voltados ao cuidado das vítimas de violência sexual é um desafio que precisa ser revogado pelos estados do País. Embora o Ministério da Saúde disponha de leis, decretos e manuais que regulamentam e instruem as ações legais, de saúde e psicossociais, a efetividade da atenção ainda está além de ser alcançar baixos índices.

CONCLUSÕES

Apesar de estudos descritivos muitas vezes serem menosprezados pela errônea interpretação de que já se tem um conhecimento sobre a temática estudada, sabemos sobre a importância que possuem com base nos princípios epidemiológicos que considera pessoa, tempo e lugar. Portanto, podem haver mudanças nos padrões de comportamento do fenômeno e até mesmo a permanência desses padrões são de suma relevância e nos possibilita reflexões.

Destarte, apesar das discussões, políticas e ações ao longo dos anos voltadas para diminuir as vulnerabilidades para violência sexual, ainda percebemos mulheres, raça/cor parda, população LGBT em situação de violência sexual. O que denota que a luta contra a cultura do machismo, do preconceito e desfavorecimento social ainda precisa de ações mais efetivas.

Percebemos que apesar das crianças e adolescentes serem sujeitos de direitos, estes não estão sendo garantidos totalmente nem pelo Estado, sociedade e família, de forma que esses grupos estão sendo afetados pela violência sexual. Ressalta-se com gravidade o seio familiar permeando essa agressão, o que nos remete a necessidade de trabalhar com estratégias de prevenção que visem a família como um todo e estimulem a responsabilização do cuidado. Outra questão deve ser o fortalecimento com a estruturação e capacitação da rede de apoio na condução dos casos, proteção das crianças e adolescentes e reinserção familiar e social.

Também destacamos a importância da valorização da informação desses aspectos como relevantes para o real conhecimento e compreensão do fenômeno, para tanto, necessita haver uma padronização e direcionamento nos atendimentos

das denúncias dos casos de violência sexual pelo disque / 100, que busquem obter e considerar as respostas.

Ao analisarmos a distribuição espacial no Brasil, verificamos uma variação no perfil de desenvolvimento socioeconômico tanto nos Estados com maiores, como nos que possuem menores taxas, evidenciando a ocorrência da violência sexual muitas vezes em Estados que possuem um bom desenvolvimento nessa perspectiva. O que sugere a ideia de que não é a pobreza que está relacionada com a violência, mas as desigualdades sociais.

Embora a violência sexual insira-se no macro contexto epidemiológico das causas externas que envolvem diversos tipos e naturezas de violências e acidentes, tais como, homicídios, violência urbana, violência de trânsito, violência doméstica e violência de gênero etc. ela guarda particularidades e requer aportes diferenciados. Trata-se de um problema social sem fronteiras ou delimitação de raça e classe social, além disso, entretanto, diante desses resultados instigam reflexões para ações direcionadas.

Para tanto, é de suma relevância o caráter intersetorial para o enfrentamento e os cuidados às crianças e adolescentes em situação de violência sexual, contudo, exigem políticas e investimentos para garantir a integralidade e humanização da atenção e os seus direitos.

REFERÊNCIAS

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). United Nations Children's Fund, Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children. New York; 2014. [cited 18 fev 2015] Available from: < http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan, Brasil 2011. Boletim Epidemiológico. 2011a. 44(9).
3. Fundação ABRINQ. 18 de maio: O Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. 2015a. [cited 06 mai 2015] Available from: < <http://www.fundabrinq.org.br/index.php/noticias/113-18-de>>.

maio-o-dia-nacional-de-combate-ao-abuso-e-a-exploracao-sexual-contracrianças-e-adolescentes>.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SINAN. 2015a. [cited 17 set 2015] Available from: Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>.
5. Justino LCL. Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. [cited 01 out 2015] Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-778465>
6. Santana JSS, Santana RP, Lopes ML. Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise de notificações dos conselhos tutelares e departamento de polícia técnica. Revista Baiana de Saúde Pública, 2011; 35(1): 68-86.
7. Secretaria de Direitos Humanos. Presidência da Republica. Disque 100, disque direitos humanos. 2003.[cited 30 out 2015] Available from: <<http://www.sdh.gov.br/disquedireitos-humanos/disque-direitos-humanos>>.
8. Secretaria de Direitos Humanos. Presidência da Republica. Disque 100, disque direitos humanos. 2015.[cited 30 out 2015] Available from: <<http://www.sdh.gov.br/disquedireitos-humanos/disque-direitos-humanos>>.
9. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Brasília; 2013a.
10. Antonio EMR, Fontes TMP. Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital maternidade. Rev bioét (Impr.). 2012; 20(2): 280-7.
11. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14(5): 1641-1649.
12. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde, Resolução Nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de

- Pesquisas envolvendo Seres Humanos e revoga as Resoluções nº 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília: 2012b.
14. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2005; 39(5): 695-701.
 15. Antai D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. Public Health. 2011; 11(511).
 16. Monteiro DT, Jaeger FP, Quintana AM, Arpini DM. Crimes sexuais: A outra face da infância e adolescência. Psicol. Argum. 2012; 30(70): 463-476, 2012.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.
 18. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud de los jóvenes: un reto y una speranza. Ginebra; 1995.
 19. Oliveira R, Marcon S. Exploração sexual infanto-juvenil: causas, consequências e aspectos relevantes para o profissional de saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2005; 26(3); 345-357.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.
 21. UNICEF, Abuso e a Exploração Sexual de Menores na Guiné-Bissau. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa – INEP. Bissau: 2006
 22. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência: Homicídios e Juventude no Brasil. 2014.
 23. Aded NLO, Dalcin BLGE, Cavalcanti, MT. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2007; 23(8).

24. Lugão KVMSF, Gonçalves GE, Gomes IM, Silva VP, Jacobson LSV, Cardoso CAA. Abuso Sexual Crônico: Estudo de uma Série de Casos Ocorridos na Infância e na Adolescência. *DST - J bras Doenças Sex Transm.* 2012; 24(3); 179-182.
25. Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes R M, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cadernos Saúde Pública.* 2012; 28(6); 1111-1121.
26. IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Perfil básico municipal do Ceará. 2013. Disponível: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2013/Ceará.pdf>. Acesso: 04 out. 2015.
27. Atlas do Desenvolvimento Humano. 2016. [cited 18 mai 2016] Available from: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/distrito-federal/>.
28. Miranda AT, Yunes MAM. O ato da denúncia de abuso sexual contra crianças e adolescentes no ambiente escolar. In: Leal MLP, Leal MFP, Libório RMC (orgs.). *Tráfico de pessoas e violência sexual.* 2007. p. 167-190.
29. Malgarim BG, Benetti SPC. O abuso sexual no contexto psicanalítico: das fantasias edípicas do incesto ao traumatismo. *Aletheia.* 2010; (33); 123-137.
30. Lima, SLL. Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal, Rio Grande do Norte, 2013.