



POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

PUBLIC POLICIES IN ADDRESSING SEXUAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS

Melquides Felipe de Gois Maia Neto¹, Marck de Souza Torres¹, Consuelena Lopes Leitão¹

RESUMO: A violência sexual contra crianças e adolescentes é uma grave violação dos direitos humanos e exige ações coordenadas de prevenção e intervenção. O objetivo do estudo foi analisar a distribuição e a cobertura dos equipamentos governamentais de prevenção/intervenção da violência sexual contra crianças e adolescentes na Região Norte do Brasil, em relação à demanda estimada pela população. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, com coleta de dados realizada entre janeiro e fevereiro de 2023, utilizando informações do Censo SUAS 2021, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e dados do IBGE. Os resultados revelaram uma cobertura insuficiente dos equipamentos na maioria das unidades federativas, com algumas regiões de saúde apresentando vazio assistencial. Conclui-se que a falta de investimentos em equipamentos de proteção compromete a eficácia das políticas públicas externas para a proteção de crianças e adolescentes, destacando a necessidade urgente de melhorias na cobertura e qualificação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Política Pública. Prevenção Terciária. Violência Sexual. Criança. Adolescente.

ABSTRACT: Sexual violence against children and adolescents is a serious violation of human rights and requires coordinated prevention and intervention actions. The objective of the study was to analyze the distribution and coverage of government equipment for the prevention/intervention of sexual violence against children and adolescents in the Northern Region of Brazil, in relation to the estimated demand by the population. This is a descriptive quantitative study, with data collection carried out between January and February 2023, using information from the 2021 SUAS Census, the National Registry of Health Establishments (CNES) and data from the IBGE. The results revealed insufficient coverage of equipment in most federative units, with some health regions presenting a gap in care. It is concluded that the lack of investment in protective equipment compromises the effectiveness of external public policies for the protection of children and adolescents, highlighting the urgent need for improvements in coverage and professional qualification.

KEYWORDS: Public Policy. Tertiary Prevention. Sexual Violence. Child. Adolescent.

¹ Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas – PPGPSI/UFAM, Manaus, Amazonas, Brasil.

*Autor correspondente: Melquides Felipe Gois de Maia Neto – E-mail: melquides.maia@gmail.com.

Recebido: 17 set. 2024

Aceito: 09 nov. 2024

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.



INTRODUÇÃO

A violência sexual infantil (VSI) ocorre principalmente quando uma criança, incapaz de consentir com a relação sexual devido a aspectos cognitivos e afetivos próprios de seu estágio de desenvolvimento, é envolvida em interações sexuais cujo objetivo é a gratificação sexual, física ou psicológica, do abusador. Essas interações se estabelecem com base em uma relação de poder desigual, explorando a posição de vulnerabilidade da vítima¹. A literatura especializada aponta que a VSI é um tema complexo e multifacetado, influenciado por fatores culturais, socioeconômicos e estruturais, o que dificulta sua prevenção².

A VSI está associada, a longo prazo, a riscos elevados de problemas psicossociais, como relações sexuais desprotegidas, envolvimento em trabalho sexual, múltiplos parceiros sexuais, uso indevido de substâncias, tentativas de suicídio, revitimização sexual na vida adulta e autolesão não suicida. Além disso, os riscos psiquiátricos incluem condições como esquizofrenia, transtornos somatoformes, transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, transtorno de personalidade borderline e distúrbios de conversão. No âmbito da saúde física, podem ocorrer condições como obesidade, HIV e fibromialgia^{3,4}.

Em termos normativos, o Brasil dispõe de leis que objetivam defender os direitos de crianças e adolescentes, e, ordenar um sistema de garantias de direitos, proteção e atendimento para as vítimas e suas famílias. Nessa direção, a Lei nº 8.069 de 13 julho de 1990, instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que estabelece a garantia da proteção integral de crianças e adolescentes, enquanto sujeitos de direitos, e preconizam que é dever de todos os cidadãos atuarem em prol da defesa de seus direitos, principalmente em situações de violência, negligência, exploração, discriminação, crueldade e opressão. Especificamente, no art. 245, prever penalidades para profissionais e instituições que deixarem de comunicar ocorrências, sejam elas confirmadas ou suspeitas⁵.

Para corroborar, foi promulgada a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece parâmetros para prevenir e coibir situações de violência, com medidas de assistência e proteção para crianças e adolescentes. A lei enfatiza que o poder público poderá criar programas, serviços e estruturas que ofereçam atenção e atendimento integral e interinstitucional a esses indivíduos, com equipes multidisciplinares especializadas⁶.

O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) é definido como um conjunto articulado de profissionais e de instituições governamentais e não governamentais que visa proteger e promover os direitos de crianças e adolescentes^{6,7,8,9}. As instituições que compõem o SGDCA estão configuradas em diferentes âmbitos e possuem distintas atuações: algumas se dedicam à proteção e ao estabelecimento de medidas protetivas, como o Conselho Tutelar e as Delegacias Especializadas. Nos serviços de saúde, que englobam cuidados físicos e de saúde mental para a vítima e seus familiares, incluem-se as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Hospitais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). Para garantir seguridade social e empoderamento em situações de violação de direitos, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) oferece serviços, como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) e as Unidades de Acolhimento. Os responsáveis pela aplicação das leis de proteção incluem o Ministério Público (MP), a Defensoria Pública e os Juizados da Infância e Juventude⁶.

No que diz respeito ao atendimento, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) por meio do Serviço Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) são ofertadas orientações, atendimento e acompanhamento psicossocial com fins de promoção de direitos, e superação das violações de direitos, considerando o fortalecimento das relações familiares e sociais¹⁰.

Para atuação em rede, por vezes, os profissionais do CREAS, a depender da complexidade da VSI precisa encaminhar as vítimas para atendimento psicológico para instituições de cuidados em saúde mental, no Brasil o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) é a unidade de saúde especializada que objetiva cuidado integral, por meio de atendimento psicossocial para crianças e adolescentes com sofrimento mental grave e persistentes, buscando a participação da família e da comunidade¹¹.

Entretanto, nota-se insuficiência de equipamentos de CREAS resultando nos obstáculos enfrentados pela rede¹², refletindo nas carências de políticas públicas de assistência social e saúde no enfrentamento da VSI¹³. Além disso, o baixo número de CREAS e CAPSi compromete o atendimento contínuo, impactando diretamente o desenvolvimento de quadros psicopatológicos¹⁴. A falta de investimentos governamentais em políticas públicas relacionadas à assistência social, saúde, educação e segurança, dificulta as melhorias necessárias na proteção e no atendimento de vítimas e suas famílias que vivenciam violência intrafamiliar, tanto em nível local quanto nacional¹³.

O fortalecimento de políticas de prevenção e a ampliação do acesso a serviços especializados de saúde e assistência social são fundamentais para minimizar os impactos físicos e psicológicos dessa violência¹⁶. Nesse contexto, a atuação do CREAS e CAPSi devem ser a linha de frente no atendimento às vítimas, garantindo não apenas atendimento imediato, mas também a prevenção de futuros agravos, como transtornos mentais e outras questões de saúde relacionados à vivência da VSI¹⁷.

Apesar dos avanços, a implementação de políticas públicas no Brasil, especialmente nas regiões mais vulneráveis, como a Região Norte, ainda enfrenta desafios significativos, particularmente, a deficiência de oferta de serviços especializados. Além disso, observa-se escassez de estudos que abordem essa temática na Região Norte do Brasil, devido a vasta extensão territorial, das dificuldades de acesso, da carência de equipamentos públicos essenciais e das precárias condições socioeconômicas, além do fato de que a realização de estudos de prevalência é laboriosa e a subnotificação dos casos se revela uma realidade preocupante¹⁸.

O objetivo deste estudo é analisar distribuição e a cobertura dos equipamentos de políticas públicas que atuam na prevenção e intervenção da violência sexual contra crianças e adolescentes na Região Norte do Brasil, identificando possíveis lacunas assistenciais e seu impacto na continuidade do atendimento às vítimas e suas famílias. Entre os diversos desafios presentes para a construção de políticas sociais que defendam os direitos de crianças e adolescentes nessa região, encontram-se as extensas dimensões geográficas que dificultam o acesso do Estado e suas instituições.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, realizado por meio do levantamento e mapeamento dos equipamentos da assistência social e saúde que constituem a rede de prevenção e intervenção à violência sexual contra crianças e adolescente nos estados que compõe o norte do Brasil. A coleta de dados foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2023.

A pesquisa abrange os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins que formam a região norte do Brasil. Essa região possui uma área de 3.853.676.948 km², sendo a maior do Brasil em extensão territorial, cobrindo 45% do território nacional. A estimativa da população residente é de 18.672.591 habitantes, com Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 478.173.049,00¹⁹. A estimativa da população residente é de 18.672.591 habitantes.

Foram incluídos no estudo todos os equipamentos governamentais que atuam na prevenção terciária da violência sexual infantojuvenil, ou seja, aqueles responsáveis por atender diretamente as

vítimas de violência sexual infantojuvenil. Esses equipamentos incluem os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), que desempenham papel fundamental no suporte psicossocial, jurídico e médico a esse público. Foram excluídos do estudo todos os equipamentos não governamentais, incluindo ONGs e outras instituições privadas que atuam na proteção infantil, pois o foco da pesquisa é analisar a rede governamental de assistência e sua capacidade de lidar com casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.

As variáveis incluídas no estudo são a presença e a cobertura dos CREAS e CAPSi. A cobertura foi definida como a proporção de equipamentos disponíveis em relação à população residente em cada estado e região de saúde. A abordagem de tratamento dos serviços constitui-se no modelo psicossocial, que é uma proposta de serviços abertos, sem internação, englobando aspectos psicológicos e sociais, envolvendo uma equipe multidisciplinar, o usuário e seu contexto de vida.

O estudo mapeou um total de 289 equipamentos, sendo 278 do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e 11 da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O levantamento e mapeamento se justificam pela necessidade de compreensão da rede, identificando os vazios assistenciais e possibilitando uma visão panorâmica do cenário assistencial, protetivo e interventivo para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na Região Norte do Brasil.

Embasando-se pela noção ampliada da rede de prevenção e intervenção a violência sexual contra crianças e adolescentes, os equipamentos mapeados foram governamentais, constituintes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O estudo foi dividido em três etapas: 1) Identificação de 45 regiões de saúde no Norte do Brasil com base nos dados do Ministério da Saúde; 2) Listagem dos endereços dos equipamentos de Políticas Públicas Governamentais de prevenção/intervenção à violência sexual contra crianças e adolescentes, obtidas em fontes de acesso público, como o Censo SUAS 2021 e o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES); 3) Tabulação dos dados no Excel, com análise descritiva das instituições de acordo com a política pública de assistência social e a política pública de saúde, considerando as taxas de cobertura estimadas em 2021 para unidades da federação e regiões de saúde.

Para o cálculo de cobertura, foi levado em consideração o resultado do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas¹⁹, que mostra que o Brasil possui 3.770 municípios com contingente populacional de até 20 mil habitantes. Ao fazer uma intercepção dos dados do Censo SUAS²⁰, CNES e do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas¹⁹, constata-se que o território brasileiro é densamente composto por municípios de Pequeno Porte I, nos quais a presença do CREAS e CAPSi deveria ser mais expressiva, uma vez que eles totalizam 68% dos municípios brasileiros.

As fórmulas utilizadas para o cálculo da taxa de cobertura foram as seguintes:

— Taxa de cobertura CREAS por 20 mil habitantes = $[(\text{Número CREAS} \times 0,2)] / \text{População}$.

— Taxa de cobertura de CAPS i por 70 mil habitantes = $[(\text{Número CAPS i} \times 0,7)] / \text{População}$.

Os dados de cobertura dos CREAS e CAPSi foram analisados com base nos parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde²¹, conforme apresenta no quadro 1. A classificação do índice de cobertura foi dividida em critérios de cobertura: muito boa, boa, regular, baixa, insuficiente e vazios assistencial, para regiões com taxa de cobertura igual a zero, em conformidade com os critérios descritos na Portaria de Consolidação nº 3 GM/MS de 28 de setembro de 2017²² e a Orientações Técnicas dos CREAS²³.

Embora a análise tenha se concentrado na capacidade geral dos CREAS e CAPSi de oferecer serviços, é fundamental destacar que esses equipamentos são os principais responsáveis pelo atendimento as vítimas de violência sexual infantojuvenil. Portanto, as lacunas na cobertura refletem diretamente na capacidade de atendimento especializado para essas vítimas, que dependem dos CREAS

e CAPSi para receber suporte psicossocial e encaminhamento jurídico, conforme suas responsabilidades legais.

Quadro 1. Parâmetros de Cobertura do Indicador por 100 mil habitantes

Muito boa	Igual ou acima de 0,70
Boa	Entre 0,50 e 0,70
Regular	Entre 0,35 e 0,50
Baixa	Entre 0,20 e 0,35
Insuficiente	Até 0,20
Vazio assistencial	0,0

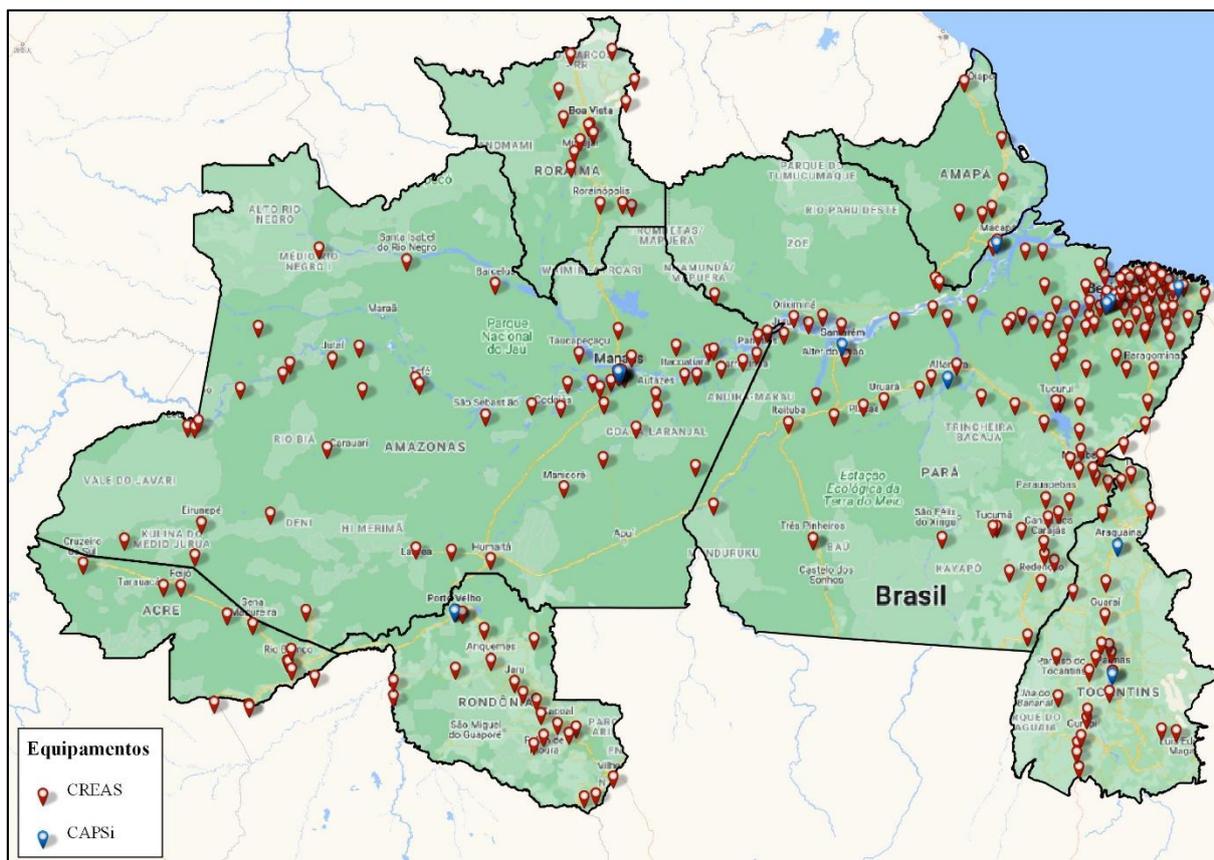
Fonte: Adaptado de BRASIL²¹.

Para o georreferenciamento, foram utilizadas duas ferramentas *online* para geocodificação, disponíveis gratuitamente no *Google*, e uma planilha (*Spreadsheets*) construída a partir da listagem dos e endereços dos equipamentos. Utilizou-se o *Geocode by Awesome Table* para obter latitudes e longitudes de endereços. A partir da geocodificação foi possível o uso do programa *Google Earth Pro* que permitiu localizar e georreferenciar as instituições na Região Norte, representando-as por símbolos de identificação (marcadores) plotados em um mapa de distribuição dos equipamentos criado no *Google Earth Pro*.

Ainda com base no georreferenciamento no *Google Earth Pro* foi utilizado o programa QGIS para a elaboração de dois mapas de Cobertura: CREAS por 20 mil habitantes e CAPSi por 70 mil habitantes. Os mapas exemplificam os resultados das taxas de cobertura e apresentam uma visão panorâmica do cenário assistencial desse público infantojuvenil na Região Norte do Brasil.

RESULTADOS

Foram mapeados 289 (100%) equipamentos especializados na prevenção e intervenção da violência sexual contra criança e adolescente. Desses, 278 (96%) são originários do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) - Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) especializado no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência, acolhendo vítimas e suas famílias e realiza os encaminhamentos para rede. Os 11 (4%) restantes pertencem à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), um serviço direcionado à atenção específica da população infantojuvenil em sofrimento psíquico grave, severo e persistente (Mapa 1).

Mapa 1. Distribuição dos equipamentos de Prevenção/Intervenção a Violência Sexual Infantojuvenil por UF/Região Norte

Fonte: Elaborado pelos autores

No Mapa 1, é apresentada distribuição dos CREAS/CAPSi na Região Norte, organizada de acordo com as Unidades da Federação (UFs). Esta visualização geográfica é complementada pela Tabela 1, que detalha a distribuição dos equipamentos de assistência social e saúde mental em relação à população de cada UF. Os dados apresentados na tabela incluem uma comparação dos índices de cobertura, levando em consideração que CREAS, de porte I, devem atender a 20.000 habitantes²², e que os CAPSi, tem sua cobertura calculada para uma população de 70.000 habitantes²³. A fórmula utilizada para esses cálculos considera a razão entre o número de equipamentos existentes e o número esperado com base na população, evidenciando a necessidade de que cada CREAS responda de forma eficaz às demandas de 20.000 habitantes e que cada CAPSi faça o mesmo para 70.000 habitantes em municípios de menor porte.

O Amazonas (AM) segue com a segunda maior prevalência de equipamentos, 57 CREAS existentes para um esperado de 213, com uma taxa de cobertura de 0,23, e 2 CAPSi existentes para um esperado de 61, taxa de cobertura de 0,03. Rondônia (RO) conta com 22 CREAS para um esperado de 91, com uma taxa de cobertura de 0,24 e 1 CAPSi existente para um esperado de 26, com uma taxa de cobertura de 0,04. O Acre (AC) possui 13 CREAS, para um esperado de 45, com taxa de cobertura de 0,29 e 1 CAPSi existente para um esperado de 13, com taxa de cobertura de 0,08. O Amapá (AP) com 11 CREAS existentes para um esperado de 44, o que leva a uma taxa de cobertura considerada baixa, de 0,25, e 2 CAPSi existentes para um esperado de 13, com uma taxa de cobertura considerada boa de 0,16.

Tabela 1. Taxas e índices de cobertura dos equipamentos da assistência social e da saúde mental de acordo com a Unidade de Federação por População em 2021

UF	População IBGE 2021	Taxa de CREAS		Índice de cobertura	Taxa de CAPSi		Índice de cobertura
		Existente	Esperado		Existente	Esperado	
RO	1.815.278	22	91	0,24	1	26	0,04
AC	906.876	13	45	0,29	1	13	0,08
AM	4.269.995	57	213	0,23	2	61	0,03
RR	652.713	15	33	0,46	-	9	-
PA	8.777.124	133	439	0,30	5	125	0,03
AP	877.613	11	44	0,25	2	13	0,16
TO	1.607.363	24	80	0,30	-	23	-
TOTAL	18.906.962	278	945	0,29	11	270	0,04

Fonte: Censo SUAS 2021 e CNES, janeiro de 2023¹⁹. Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,70), Boa (0,50 a 0,70), Regular (0,35 a 0,50), Baixa (0,20 a 0,35), Insuficiente (até 0,20) e Vazio Assistencial (0).

De maneira significativa, essas unidades federativas demonstram um índice de cobertura baixo em relação ao CREAS, indicando a necessidade urgente de ampliação e melhoria na rede de serviços. Enquanto, em relação aos CAPSi, as taxas de cobertura são consideradas insuficientes, evidenciando a falta de apoio à saúde mental das crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Dentre as unidades de federação, duas se destacaram: Roraima (RR) que possui 15 CREAS, enquanto o esperado é de 33, resultando em uma taxa de cobertura regular de 0,46; e Tocantins com apenas 24 CREAS para um esperado de 80, resultando em uma taxa de cobertura baixa de 0,30. No entanto, em relação ao CAPSi, ambas apresentam um vazio assistencial. Essa diferença revela a disparidade na distribuição dos equipamentos de assistência social entre as regiões. Ambas as Unidades Federativas enfrentam um desafio significativo no que diz respeito aos CAPSi, uma vez que não há unidades suficientes disponíveis, caracterizando um vazio assistencial que compromete o atendimento às necessidades de saúde mental das crianças e adolescentes na região.

No geral o Mapa 1 e a Tabela 1 demonstram que há uma defasagem entre o número de equipamentos esperados e os existentes, resultando em uma taxa de cobertura baixa na assistência social e insuficiente na saúde mental, além de vazio assistencial em algumas regiões. Isso aponta para a necessidade de investimentos e ações para ampliar a estruturação desses equipamentos e melhorar a assistência aos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes na Região Norte do Brasil.

No Mapa 2 e na Tabela 2 é apresentada a regionalização da saúde, buscando a melhor disposição e distribuição espacial dos equipamentos de prevenção/intervenção à violência sexual contra crianças e adolescente. As regiões geográficas são agrupadas com base em áreas específicas, levando em conta os municípios limítrofes, suas diferenças relativas de população e realidades socioeconômicas.

Tabela 2. Distribuição de CREAS e CAPSi de acordo com sua Região de Saúde (CIR) e Taxa de Cobertura em 2021

CÓD	Região de Saúde	População IBGE 2021	CREAS	Índice de cobertura	CAPSi	Índice de cobertura
RO						
11001	Vale do Javari	284.003	3	0,21		
11002	Café	173.643	3	0,35		
11003	Central	341.326	4	0,23		
11004	Madeira-Mamoré	666.953	7	0,21	1	0,10
11005	Zona da Mata	135.345	2	0,30		
11006	Cone Sul	161.819	3	0,37		
11007	Vale do Guaporé	52.189	-	0,00		
AC						
12001	Alto do Acre	73.617	3	0,82		
12002	Baixo Acre e Purus	593.149	7	0,24	1	0,12
12003	Juruá e Tarauacá/Envira	240.110	3	0,25		
AM						
13001	Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	2.663.871	16	0,12	2	0,05
13002	Rio Negro e Rio Solimões	306.626	6	0,39		
13003	Rio Madeira	206.110	4	0,39		
13004	Médio Amazonas	177.430	4	0,45		
13005	Baixo Amazonas	1.039.850	5	0,10		
13006	Regional Purus	135.116	4	0,59		
13007	Regional Juruá	141.730	5	0,71		
13008	Triângulo	125.033	5	0,80		
13009	Alto Solimões	256.812	8	0,62		
RR						
14001	Centro Norte	558.735	10	0,36		
14002	Sul	93.978	5	1,06		
PA						
15001	Araguaia	583.777	11	0,38	1	0,12
15002	Baixo Amazonas	1039.850	11	0,21		
15003	Carajás	899.615	12	0,27		
15004	Lago de Tucuruí	477.439	7	0,29	1	0,15
15006	Metropolitana 1	2.269.233	10	0,09		
15007	Metropolitana 2	374.535	8	0,43		
15008	Metropolitana 3	959.387	20	0,42	1	0,07
15009	Rio Caetés	550.336	14	0,51	1	0,13
15010	Tapajós	222.500	5	0,45		
15011	Tocantins	722.380	11	0,30	1	0,10
15012	Xingu	357.549	9	0,50		
15013	Marajó 1	249.843	8	0,64		
15014	Marajó 2	327.947	7	0,43		
AP						
16001	Área Central	588.584	5	0,17	1	0,12
16002	Área Norte	72.879	3	0,82		
16003	Área Sudoeste	216.150	3	0,28	1	0,32

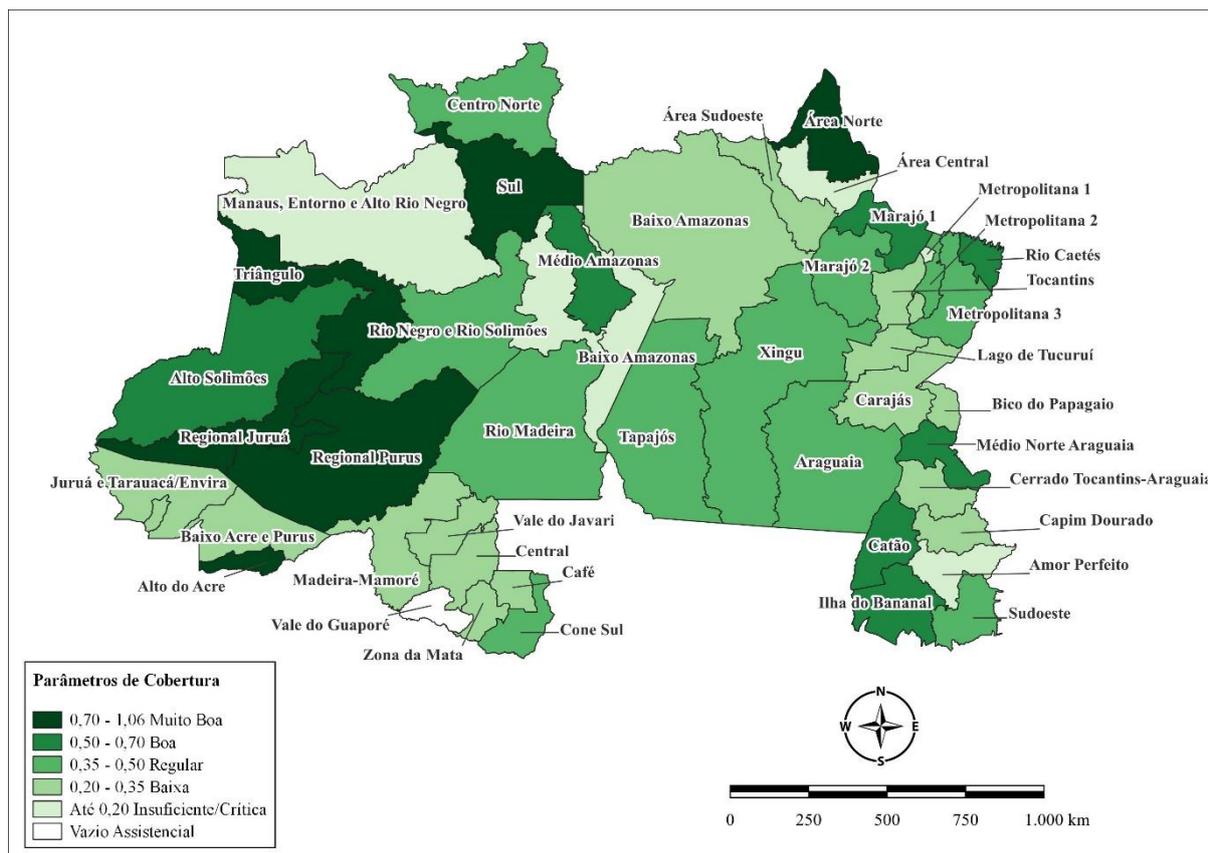
CÓD	Região de Saúde	População IBGE 2021	CREAS	Índice de cobertura	CAPSi	Índice de cobertura
TO						
17001	Médio Norte Araguaia	309.111	1	0,06		
17002	Bico do Papagaio	212.951	3	0,28		
17003	Sudeste	99.516	2	0,40		
17004	Cerrado Tocantins-Araguaia	164.491	2	0,24		
17005	Ilha do Bananal	186.210	6	0,64		
17006	Capim Dourado	389.493	5	0,26		
17007	Catão	132.934	4	0,60		
17008	Amor Perfeito	112.657	1	0,18		

Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,70), Boa (0,50 a 0,70), Regular (0,35 a 0,50), Baixa (0,20 a 0,35), Insuficiente (até 0,20) e Vazio Assistencial (0).

Fonte: Censo SUAS 2021 e CNES, janeiro de 2023¹⁹.

A análise dos dados apresentados na Tabela 2 revela que quatro regiões de saúde apresentam uma cobertura considerada muito boa, distribuída em quatro Unidades Federativas: a Área Norte no Amapá (AP), com uma taxa de 0,82; a região Triângulo com 0,82, e a Regional Juruá com 0,71, ambas localizadas no Amazonas (AM); e Alto do Acre localizada no Acre (AC) com 0,82.

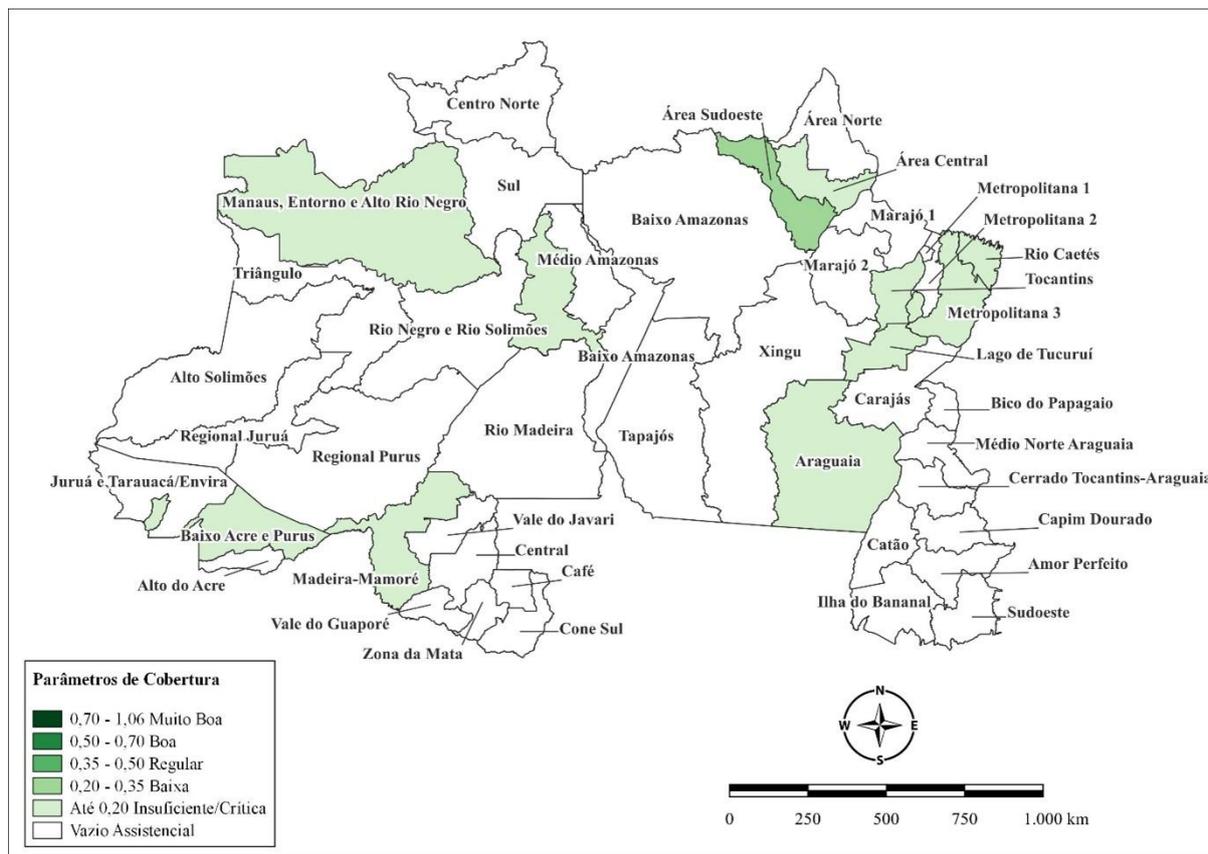
No entanto, essas mesmas Unidades Federativas enfrentam desafios, pois apresentam quatro regiões de saúde com cobertura insuficiente: Área Central com 0,17, localizada no Amapá (AP); Manaus, Entorno e Alto Rio Negro com 0,12, Baixo Amazonas com 0,10, ambas localizadas no Amazonas (AM); e Baixo Acre e Purus com 0,24, localizada no Acre (AC). Dentre as áreas com os menores índices, destacam-se o Médio Norte Araguaia, no Tocantins, com uma taxa de 0,06, considerada insuficiente, e o Vale do Guaporé, em Rondônia, que enfrenta um vazio assistencial. Entre as 45 regiões de saúde comprovadas, a região Sul em RR destaca-se com a melhor taxa de cobertura, alcançando 1,06. Esta análise é ilustrada de forma clara no Mapa de cobertura das regiões de saúde (Mapa 2).

Mapa 1. Cobertura CREAS por 100 mil habitantes

Fonte: elaborados pelos autores.

Ao avaliar os menores resultado de cobertura, as regiões que mais se destacam são Médio Norte Araguaia com 0,06, localizada em Tocantins (TO) considerada insuficiente e a Vale do Guaporé com vazio assistencial, localizada em Rondônia (RO). Esses dados ressaltam a vulnerabilidade dessas áreas em relação ao acesso aos serviços de saúde. Em contrapartida, entre as 45 regiões de saúde analisadas, a região Sul, localizada em Roraima (RR), destaca-se por apresentar uma taxa de cobertura de 1,06, considerada muito boa. Essa disparidade entre as evidências de regiões a necessidade urgente de intervenções direcionadas para fortalecer a rede de proteção e garantir que todas as áreas, especialmente as mais afetadas, recebam os recursos e o suporte necessários. A análise da cobertura regional é claramente ilustrada no Mapa 2, que facilita a visualização dessas desigualdades.

Mapa 3. Cobertura do CAPSi por 100 mil habitantes



Fonte: elaborados pelos autores

Em relação às taxas de cobertura dos CAPSi, das 45 regiões de saúde avaliadas, apenas 9 apresentam taxa de cobertura. Entre essas, na Área Sudoeste com 0,32, localizada no Amapá, é a única que alcança uma taxa de cobertura regular. As demais regiões apresentam taxas de cobertura insuficientes, como Madeira-Mamoré com 0,10, em Rondônia; Purus com 0,12, no Acre; Manaus, Entorno e Alto Rio Negro com apenas 0,05, no Amazonas; Araguaia com 0,12; Lago de Tucuruí com 0,15; Metropolitana 3 com 0,07, e Tocantins com 0,10, todas localizadas no Pará. A Área Central com 0,12, no Amapá, com uma taxa considerada insuficiente. As 36 regiões remanescentes enfrentam um vazio assistencial completo, o que reforça a gravidade da falta de infraestrutura para atendimento à saúde mental infantil. Essa análise é bem ilustrada no Mapa 3, que destaca as lacunas de cobertura entre as regiões de saúde.

Na tabela 3, são apresentados a frequência e proporção de profissionais lotados nos CREAS/CAPSi da Região Norte. Eles foram categorizados conforme sua formação e distribuição nas unidades de federação, considerando, para o CREAS o porte dos municípios como um elemento fundamental no planejamento da capacidade de atendimento e da definição das equipes disposto na NOB-RH/SUAS¹⁹. Para o CAPSi, considera-se a Portaria 336/2002²², que estabelece a exigência da diversidade profissional de acordo com sua modalidade, caracterizando-se em relação aos tipos e à quantidade de profissionais na composição de suas equipes mínimas. Esses critérios determinam os tipos e a quantidade mínima de profissionais necessários para a formação das equipes, garantindo que o atendimento multidisciplinar abranja as necessidades específicas das crianças e adolescentes atendidos, seja no âmbito da assistência social ou da saúde mental.

Levando em consideração o quantitativo de 289 (100%) equipamentos ativos na Região Norte (Tabela 1), observa-se que, no geral, as equipes possuem características semelhantes entre os profissionais de nível superior: administrador, assistente social e psicólogo. Compreende-se a diferença de profissionais

na equipe devido ao fato de o CREAS ser responsável pela oferta de serviços de proteção básica do SUAS, e o CAPSi responsável pelos serviços de saúde mental da RAPS, ambos equipamentos especializados na prevenção e intervenção a VSI. Chama atenção a diferença do total de profissionais referente aos equipamentos, esses valores são devido a taxa de cobertura de ambos na Região Norte, CREAS com 2.540 (100%) profissionais para 278 equipamentos e CAPSi com 259 (100%) profissionais para 11 equipamentos (Tabela 3). Essa disparidade reflete as lacunas na infraestrutura e no atendimento à saúde mental e social, evidenciando a necessidade de um maior equilíbrio e expansão nos recursos disponíveis.

Entre os profissionais de nível superior presentes em todos os estados, os assistentes sociais são os mais numerosos nos CREAS, com 562 (22,1%) estando presente em todos os equipamentos, distribuídos em todas as unidades federação, seguido pelos psicólogos, com 373 (14,7%), e advogados, com 131 (5,2%). Essa cobertura responde a equipe mínima descrita na NOB-RH/SUAS¹⁹ direcionada aos CREAS de Pequeno Porte I e II Médio Porte²⁵. Quanto aos demais profissionais de nível superior o resultado total foi de 413 (16,3%) presentes em todas as unidades federativas, no entanto, seu quantitativo não apresenta um valor absoluto de uma única profissão suficiente para que se enquadre em um porte superior ao I e II, conforme definido no NOB-RH/SUAS²⁵. Entre o total de servidores, os profissionais de nível médio se destacaram-se com a frequência e proporção de 807 (31,8%), distribuídos em todos os estados. Observa-se que o estado do Pará se destaca por ser a unidade de federação com mais equipamentos socioassistenciais e com o mais elevado número de profissionais qualificados (Tabela 3).

Considerando os 11 CAPSi em apenas 5 das unidades de federação da Região Norte, foram contabilizados 259 (100%) profissionais. Dentre os de nível superior presente, os mais numerosos nos 5 estados são os psicólogos, com 31 (12,0%), seguido pelos assistentes sociais, com 19 (7,3%), médicos pediátricos, com 14 (5,4%), e médicos clínicos, com 8 (3,1%). Dentre os trabalhadores, observa-se que os profissionais de nível médio são os mais numerosos, com 39 (15,1%). Este quantitativo de profissionais demonstra que os equipamentos não estão de acordo com a equipe mínima estabelecido pela Portaria 336/2002²⁴. A falta de profissionais suficientes e a distribuição desigual comprometem a capacidade de atendimento especializado, especialmente no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes.

Tabela 3. Distribuição dos Profissionais nas instituições governamentais na Região Norte do Brasil

Equipamentos/ Profissionais	RO	AC	AM	PA	RR	AP	TO	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
CREAS	215 (8,5)	126 (5,0)	449 (17,7)	1300 (51,2)	147 (5,8)	99 (3,9)	204 (8,0)	2540 (100)
Advogado	11 (0,43)	1 (0,04)	27 (1,1)	74 (2,9)	2 (0,1)	4 (0,2)	12 (0,5)	131 (5,2)
Assistente Social	48 (1,88)	32 (1,3)	103 (4,1)	283 (11,1)	31 (1,2)	17 (0,7)	48 (1,9)	562 (22,1)
Psicólogo	41 (1,61)	19 (0,7)	66 (2,6)	174 (6,9)	26 (1,0)	19 (0,7)	28 (1,1)	373 (14,7)
Outros	48 (1,9)	26 (1,0)	41 (1,6)	205 (8,1)	41 (1,6)	23 (0,9)	31 (1,2)	413 (16,3)
Médio	52 (2,05)	37 (1,5)	169 (6,7)	418 (16,5)	40 (1,6)	26 (1,0)	65 (2,0)	807 (31,8)
Fundamental	17 (0,67)	11 (0,4)	43 (1,7)	143 (5,3)	7 (0,3)	9 (0,4)	20 (0,8)	250 (9,8)
CAPSi	26 (10,0)	2 (0,8)	68 (63)	105 (40,5)		58 (22,4)		259 (100,0)
Assistente Social	2 (0,8)	1 (0,4)	2 (0,8)	8 (3,1)		6 (2,3)		19 (7,3)
Médico Clínico	1 (0,4)		1 (0,4)	2 (0,8)		4 (1,5)		8 (3,1)
Médico Pediatra			5 (1,9)	2 (0,8)				7 (2,7)
Médico Psiquiatra	3 (1,2)		4 (1,5)	5 (1,9)		2 (0,8)		14 (5,4)
Psicólogo	5 (1,9)		3 (1,2)	12 (4,6)		11 (4,2)		31 (12,0)
Outros	6 (2,3)	1 (0,4)	21 (8,1)	42 (16,2)		27 (10,4)		97 (37,5)
Médio	5 (1,9)		31 (12)	29 (11,2)		8 (3,1)		73 (28,2)
Fundamental	4 (1,5)		1 (0,4)	5 (1,9)				10 (3,9)

Fonte: Censo SUAS 2021 e CNES, janeiro de 2023¹⁹. Outros = Profissionais de nível superior de áreas que não contam na tabela

Do total de 2.540 (100%) profissionais atuantes nos CREAS, mais da metade está localizada no estado do Pará, com 1.300 (51,2%). O mesmo ocorre com os CAPSi, que, do total de 259 (100%), têm 105 (40,5%) localizados no estado do Pará. Essa concentração numerosa de profissionais em uma única unidade federativa indica que os equipamentos não estão de acordo com o previsto pela NOB-RH/SUAS²⁹, direcionada aos CREAS, e pela portaria 336/2002²², direcionada ao CAPSi. Ambas as normativas preveem uma distribuição mais equitativa dos profissionais, de modo a garantir que todas as regiões contem com equipes de apoio para atender às demandas de proteção social e saúde mental. Essa desigualdade agrava ainda mais a vulnerabilidade da população nessas áreas, onde o vazio assistencial persiste, tornando urgente a necessidade de redistribuição de recursos humanos e adequação das equipes para alcançar uma cobertura mais justa e eficaz.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados indicam que a Região Norte possui uma cobertura de CREAS e CAPSi inferior em relação ao esperado por unidade federativa e região de saúde, uma vez que esses equipamentos são fundamentais para prevenir e intervir em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes²⁰. De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, é possível perceber que a taxa de cobertura dos CREAS na Região Norte é considerada baixa em todas as unidades federativas, com exceção do estado de Roraima, que apresenta uma taxa de cobertura regular. Em relação aos CAPSi, a taxa de cobertura é insuficiente, exceto em Roraima e Tocantins, onde há um vazio assistencial.

Do ponto de vista territorial e demográfico, a PNAS/2004²⁶ e a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017²², procuram respeitar as diferentes realidades populacionais dos municípios/regiões de saúde, organizando os serviços de acordo com a sua população. Com base nesses parâmetros, a Tabela 2 apresenta o índice de cobertura dos equipamentos por população nas 45 regiões de saúde que compõem o Norte do Brasil. Em relação ao CREAS, 4 regiões resultaram em uma cobertura considerada muito boa, enquanto em relação ao CAPSi, apenas 10 regiões de saúde apresentaram uma cobertura insuficiente. Esses dados mostram que a implantação do CREAS e CAPSi não é considerada obrigatória nas regiões de saúde com população de 20 a 70 mil habitantes, evidenciando também incoerência com as orientações da PNAS/2004²⁶ e da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017²². Isso resulta numa situação que dificulta ou impede a oferta desses equipamentos, podendo impactar significativamente na manutenção e naturalização da violência sexual contra crianças e adolescentes.

Para análise crítica da oferta dos equipamentos, o Mapa 2 ilustra a cobertura dos CREAS por 20 mil habitantes em 2021, a análise demonstrou 4 (9%) Muito boa, 7 (16%) Boa, 11 (24%) Regular, 15 (33%) Baixa, 7 (16%) Insuficiente e 1 (2%) Vazio Assistencial. vale salientar que esta cobertura é incompatível com o Caderno de Orientações Técnicas dos CREAS²³ em acordo com PNAS/2004²⁵. Este resultado reflete a falta de investimento e o sucateamento dos CREAS nos últimos governos, Temer e Bolsonaro, o que representou agravamento do problema para o sistema de garantia de direitos, sucateando os serviços e precarizando o acesso daqueles que necessitavam dos serviços²⁷.

O Mapa 3 ilustra a cobertura dos CAPSi por 70 mil habitantes em 2021, a análise dos dados demonstrou 1 (2%) Baixa, 9 (20%) Insuficiente e 35 (78%) Vazio Assistencial. Este resultado representa uma violação dos direitos das crianças e adolescentes nortistas, essa triste realidade acontece pelo fato dos municípios serem mais afastados dos centros urbanos, com mais precariedade nas políticas sociais,

nas instituições de defesa dos direitos, o que resulta na invisibilidade das violações que se perpetuam na esteira do esquecimento público¹².

A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017²⁰, prevê que todos os CAPS prestem atendimentos a todas as faixas etárias, inclusive, ao público infantojuvenil. Contudo, não foi objetivo deste estudo verificar se todos os CAPS têm atendido crianças e adolescentes e, por isso, considera-se aqui os vazios existentes, segundo os parâmetros estabelecidos na matriz diagnóstica da rede de atenção psicossocial para CAPSi pela da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS²², de 28 de setembro de 2017. Os dados encontrados neste estudo consideram que o vazio ainda persiste aos longos dos últimos governos, causando desassistência do público infantojuvenil na Região Norte.

A tabela 3 apresenta o número e porcentagem de profissionais por equipamento na Região Norte do Brasil. O CREAS é composto principalmente por assistentes sociais, com um total de 562 profissionais (22,1%). O segundo maior grupo é o de profissionais de nível médio, com 807 profissionais (31,8%), seguido de psicólogos, com 373 profissionais (14,7%). É importante destacar que a equipe técnica dos CREAS deve estar de acordo com a NOB-RH/SUAS²⁵, que estabelece a composição de uma equipe multidisciplinar envolvendo profissionais das áreas de serviço social, psicologia, direito, entre outras, para que seja possível uma atuação integral e efetiva na proteção e atendimento a crianças e adolescentes. Portanto, o fato de que os assistentes sociais representam a maioria dos profissionais nos CREAS pode indicar uma carência de outras áreas de atuação, como a psicologia, que é essencial no acompanhamento das vítimas de violência sexual²².

No CAPSi, a maioria dos profissionais são da área de saúde mental, sendo os mais numerosos de ensino médio, com 73 profissionais (28,2%). Em seguida, os profissionais mais comuns são psicólogos 31 (12,0%) e médicos psiquiátricos 14 (5,4%), clínicos 8 (3,1%), pediatras 7 (2,7%). Este resultado representa a predominância de profissionais da área de saúde mental, e pode ser um indicativo de que ainda é necessário um maior investimento em profissionais de outras áreas, como assistência social e médicos clínicos²². Vale ressaltar que a atuação integrada desses profissionais é fundamental para garantir um atendimento completo e efetivo às crianças e adolescentes em situação de violência sexual²⁸.

Os números apresentados na Tabela 3 evidenciam uma desigualdade na distribuição dos profissionais nos CREAS e CAPSi da Região Norte do Brasil, o que pode impactar diretamente a qualidade dos serviços prestados às crianças e adolescentes em situação de violência sexual. Esses equipamentos enfrentam desafios específicos devido à regionalidade e à presença de populações indígenas e ribeirinhas. Para garantir a eficácia da proteção e promoção dos direitos da infância e adolescência nessa região, é essencial que a atenção oferecida leve em consideração as complexas condições socioeconômicas, bem como a diversidade social, cultural e familiar. Aliadas às fraturas sociais presentes na Região Norte, essas condições tornam ainda mais urgente o fortalecimento das redes de proteção, de modo que possam responder especificamente às demandas dessas populações vulneráveis¹².

As implicações práticas deste estudo apontam para a necessidade de investimentos em infraestrutura e recursos humanos para ampliar a cobertura dos CREAS e CAPSi na Região Norte. A falta de cobertura adequada dessas instituições afeta diretamente a capacidade de atendimento às vítimas de violência sexual, prejudicando a disponibilização de suporte psicossocial e o encaminhamento jurídico necessário para essas crianças e adolescentes. Portanto, políticas públicas focadas na expansão e fortalecimento dessas redes, com a capacitação de profissionais e a alocação adequada de recursos, são fundamentais para garantir um atendimento integral e eficaz. Além disso, a adoção de estratégias de regionalização, adaptadas às características geográficas e culturais da Região Norte, pode contribuir para a superação dos desafios de acesso e ampliação dos serviços especializados.

CONCLUSÃO

A falta de investimento em equipamentos e serviços de proteção à criança e ao adolescente pode ser interpretada como uma forma de negligência e descaso público em relação à violência sexual. A falta de investimento em políticas públicas pode afetar desproporcionalmente as populações mais vulneráveis, que muitas vezes não têm acesso a serviços de qualidade ou não conseguem denunciar a violência por medo de retaliações ou por falta de informação. Isso pode dificultar a intervenção em situações de VSI em comunidades em situação de vulnerabilidade social, criando um ambiente propício para a manutenção do ciclo de violência.

A falta de equipamentos pode levar a uma sobrecarga de trabalho e à desqualificação dos serviços prestados, o que pode dificultar o atendimento e o acompanhamento de casos de violência sexual. A ausência de CREAS e CAPSi pode contribuir para a excessiva judicialização dos casos, em que a produção de provas para a ação judicial pode acabar sendo priorizada em detrimento da proteção e garantia dos direitos das crianças e adolescentes envolvidos.

A regionalidade é um fator importante a ser considerado na atuação do CREAS e CAPSi, já que a Região Norte do Brasil possui uma vasta extensão territorial e uma grande diversidade cultural e geográfica, isso pode dificultar a oferta e acesso da população aos serviços. É importante que os equipamentos se adaptem às peculiaridades de cada região e invistam em uma equipe multidisciplinar e capacitada para atender às demandas locais.

No caso específico de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, é importante que o CREAS tenha uma atuação sensível às particularidades da população ribeirinha e indígena. A medida que, inclui o respeito à cultura e aos valores dessas comunidades, a oferta de atendimento em sua língua materna, a garantia de sigilo e privacidade das informações e a utilização de metodologias adequadas para a realização da escuta especializada.

É imprescindível investimentos na estruturação desses centros e na capacitação dos profissionais envolvidos para garantir um atendimento adequado e efetivo a essa população vulnerável. A falta de investimentos na estruturação dos equipamentos e a necessidade de capacitação dos profissionais podem agravar a precarização desses centros, o que pode refletir negativamente no atendimento às vítimas de violência sexual e na prevenção desse tipo de violência.

Portanto, a atuação do CREAS e CAPSi na Região Norte deve ser potencializado para atender às demandas específicas da população ribeirinha e indígena, considerando a regionalidade e investindo em uma equipe multidisciplinar e capacitada para lidar com os desafios locais. É fundamental garantir o acesso aos serviços e a oferta de atendimento sensível e respeitoso às particularidades culturais dessas populações.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento desta pesquisa no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas.

REFERÊNCIAS

1. Mathews B, Collin-Vézina D. Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma Violence Abuse*. 2019;20(2):131-48. <https://doi.org/10.1177/15248380177387>
2. Platt VB, Back I de C, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(4):1019-1031. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>
3. Villodas MT, Morelli NM, Hong K, Duong J, Evans MC, Elson D, et al. Differences in late adolescent psychopathology among youth with histories of co-occurring abuse and neglect experiences. *Child Abuse Negl*. 2021;120:105189. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105189>
4. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):830-9. [https://doi:10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi:10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
5. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990 jul 16. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
6. Brasil. Lei nº 13.431 de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 4 Abr. 2017. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13431-4-abril-2017-784569-publicacaooriginal-152306-pl.html>
7. Leitão CL, Silva IR, Wiggers R. A história da exploração sexual no Amazonas: Redes em movimento. In: Leitão CL, Torres MS, Silva IR, organizadores. *Construções coletivas de protagonismo para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Amazonas*. Alexa Cultural/Edua; 2021. p. 23-42.
8. Riba AC, Zioni F. O corpo da criança como receptáculo da violência física: análise dos dados epidemiológicos do Viva/Sinan. *Saúde Em Debate*. 2022;46(spe5):193-207. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E516>
9. Deslandes SF, Campos DS. A ótica dos conselheiros tutelares sobre a ação da rede para a garantia da proteção integral a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(7):2173-82. <https://doi:10.1590/141381232015207.13812014>
10. Brasil. Lei n. 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. *Diário Oficial da União*. 2011 jul 7. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm
11. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
12. Vieira MS, de Oliveira SB, de Almeida Sókora C. A violência sexual contra crianças e adolescentes: particularidades da região Norte do Brasil. *Intellector*. 2017;13(26):136-151. <http://www.cenegri.org.br/intellector/ojs2.4.3/index.php/intellector/article/view/126/88>
13. Arruda da Silva P, Lerch Lunardi V, Dalke Meucci R, Algeri S. Proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência: olhares dos profissionais de um serviço especializado. *Investig Educ Enferm*. 2018;36(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n3e02>
14. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: Panorama e alternativas de atendimento. *Psicol Ciênc Prof*. 2015;35(1):182-198. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000202014>
15. Trevizan F, Siqueira R, Aragão A, Santos H, Sabino F. Um arcabouço meta-analítico para o desenvolvimento de protocolos de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:5233. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095233>
16. Pinto I, Pimenta I, Alves M, Santos A, Melo C, Evangelista J, et al. Estudo descritivo dos casos notificados de violência sexual e serviços de atenção especializada no estado de Minas Gerais, Brasil, 2019. *Epidemiol Serv Saude*. 2023;32. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300002.en>

17. Melo R, Carlos D, Freitas L, Roque E, Aragão A, Ferriani M. Rede de proteção na assistência a crianças, adolescentes e seus familiares em situação de violência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190380>
18. Silva M, Milbrath V, Freitag V, Gabatz R, Bazzan J, Maciel K. Cuidados com crianças e adolescentes vítimas de violência: sentimentos de profissionais de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery.* 2019. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0215>
19. IBGE. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2021. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>
20. Ministério da Cidadania (MDS). (2021). Censo SUAS – Bases e resultados .<https://apli.md.gov.br/sagi/snas/vigilancia/index2.php>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental em dados 12. 2015;10(12):1-48. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
22. Brasil. Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 3 Out 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html
23. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2011. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.ir.br/snas/documentos/04-c-cresce-final-dez.pdf>
24. Brasil. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. *Diário Oficial [da] União*, 19 Fev 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
25. Ferreira SS. NOB-RH Anotada e Comentada. Brasília (DF): MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social; 2011. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NOB-RH_SUAS_Anotada_Comentada.pdf
26. Brasil. Política nacional de assistência social, PNAS-2004: Norma Operacional Básica NOB-SUAS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. *Diário Oficial [da] União*, 2004. Disponível em: http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2019/07/PNAS_2004.pdf
27. Teló F, Gasparotto A, Medeiros L, Saraiva R. Terra e Justiça Transicional no Brasil. *Rev Int Justiça Transicional.* 2021. <https://doi.org/10.1093/ijtj/ijaa035>
28. Brasil. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.