



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MELQUIDES FELIPE DE GOIS MAIA NETO

**AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS A PREVENÇÃO TERCIÁRIA DA VIOLÊNCIA
SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO NORTE DO BRASIL**

**MANAUS – AM
2024**



MELQUIDES FELIPE DE GOIS MAIA NETO

**AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS A PREVENÇÃO TERCIÁRIA DA VIOLÊNCIA
SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO NORTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos Psicológicos e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marck de Souza Torres

**MANAUS- AM
2024**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M217a	Maia Neto, Melquides Felipe de Gois Avaliação de políticas a prevenção terciária da violência sexual contra crianças e adolescentes no norte do brasil / Melquides Felipe de Gois Maia Neto . 2024 114 f.: il. color; 31 cm. Orientador: Marck de Souza Torres Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) - Universidade Federal do Amazonas. 1. Políticas Públicas. 2. Prevenção Terciária. 3. Violência Sexual Infantojuvenil. 4. Região Norte do Brasil. 5. Amazonas. I. Torres, Marck de Souza. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título
-------	--

NETO, M.F.G.M. Avaliação de políticas a prevenção terciária da violência sexual contra crianças e adolescentes no norte do Brasil. 115f. Dissertação/Universidade Federal do Amazonas. Orientador: Marck de Souza Torres. Manaus – Amazonas.

Aprovado em 5 de novembro de 2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marck de Souza Torres
Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Orientador

Prof. Dra. Sheila Giardini Murta
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-RIO
Universidade de Brasília - UnB
Membro Externo

Profa. Dra. Consuelena Lopes Leitão
Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Membro Interno

Profa. Dra. Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos
Universidade de Brasília - UnB
Suplente Externa

Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira
Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Suplente Interno

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Maria Angélica de Gois Maia, que está ao lado de Deus e de Nossa Senhora. Dedico também a todas as crianças e adolescentes do Brasil, especialmente àquelas antecessoras a 2005, vítimas de violência sexual, em uma época em que não se discutia a prevenção terciária dessa violência. Dedico, ainda, a todos os profissionais da Assistência Social e da Saúde, que, apesar de todas as fragilidades do sistema, fazem a prevenção terciária acontecer.

.

AGRADECIMENTOS

Desde o momento em que tive contato com os laboratórios da UFAM, em 2017, surgiu em mim o desejo de fazer o mestrado. Após minha formatura em 2018, vieram os desafios. A pandemia de COVID-19 e a perda da minha mãe em 2020 me abalaram profundamente. Tentei o processo seletivo em 2020, mas, em meio ao luto, não consegui seguir adiante. Foi somente em 2022, incentivado(a) pelo irmão que a vida me presenteou, meu melhor amigo Ailson Evangelista Costa, que acreditou no meu potencial e me encorajou a fazer a inscrição para o mestrado, foi assim que consegui retomar este sonho. A ele, dedico minha mais profunda gratidão, pois sem seu apoio, talvez este caminho não tivesse começado.

Agradeço ao meu orientador, Professor Marck de Souza Torres, por ter me aceitado e acolhido, e por me conceder ânimo, coragem, sabedoria e entendimento para enfrentar as mudanças ao longo do processo do mestrado. Agradeço também aos professores da banca examinadora por aceitarem o convite e contribuírem com suas valiosas observações.

A minha grande amiga, Professora Maria Evangeline Cardoso, sou imensamente grato por sempre estar ao meu lado, me ajudando na caminhada acadêmica e me acolhendo nos momentos mais difíceis.

Agradeço de coração à minha família – meus irmãos, cunhados, sobrinhos e sobrinhas – vocês são a luz em minha vida.

Aos meus amigos, especialmente ao Fonoaudiólogo Francisco Haeverson Dias Salgueiro, Prof. Jessé Assis Pacheco Rebelo, Prof^a. Marisol da Silva Moura e Prof^a. Maria Vilani Sequeira Maia, sou grato por estarem presentes em minha vida e por todo o apoio. A todos os professores que, de alguma forma, contribuíram e continuam contribuindo para minha jornada acadêmica, e por fim, mas não menos importante a toda a turma do mestrado PPGPSI 2022.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI-UFAM).

E se eu pudesse
Eu faria um acordo com Deus
E eu faria com que Ele trocasse nossos lugares
Correria por aquela estrada
Subiria aquela colina
Subiria aquele prédio
Veja, se eu pudesse

(Kate Bush 1985)

Eu fico louco, e a energia e o poder vão crescer
E bate, de repente, um desejo latente
Em romper limites e sonhar
Eu fico louco, mas um sorriso me faz entender, saber por que
Alguém esquece a dor e encontra no amor a força pra poder dizer
Arigatou gozaimasu!

(Matsuko Mawatari 1992)

Cha-la head-cha-la
Não pense em nada, só escuta
Sonhos dentro do coração
Cha-la head-cha-la
Não importa o que aconteça
Tudo vai ficar melhor

(Hironobu Kageyama 1989)

Posso pressentir o perigo e o caos
E ninguém agora vai me amedrontar
Com a minha mente vou a mil lugares
E a imaginação me dá forças pra voar
Sonhos desejamos alcançar
Ser alguém com o poder maior que você já tem

(Anísio Mello JR 2001)

MAIA NETO, M.F.G. Avaliação de políticas a prevenção terciária da violência sexual contra crianças e adolescentes no norte do Brasil. 115f. Dissertação/Universidade Federal do Amazonas. Orientador: Marck de Souza Torres. Manaus – Amazonas.

RESUMO

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema multifatorial que desafia a efetividade das políticas públicas e a capacidade de resposta dos serviços especializados no Brasil. Na região Norte, caracterizada pela vasta extensão territorial, profundas desigualdades socioeconômicas e dificuldades de acesso aos serviços de proteção, o enfrentamento dessa questão demanda soluções integradas e ações que potencializem a prevenção e a intervenção das políticas públicas terciárias. A presente dissertação está vinculada ao projeto “Qualidade de Vínculos e Violência Intrafamiliar no Brasil: Mapeamento Epidemiológico, Fatores de Risco e Proteção e Estratégias de Capacitação Profissional”, financiado pelo edital CAPES Famílias e Políticas Públicas e coordenado pela Profa. Dra. Luísa Fernanda Habigzang, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Para isso, o estudo organiza-se em dois eixos complementares, com o objetivo de investigar lacunas nos serviços de assistência social e saúde mental, analisando a eficácia das políticas públicas e as disparidades entre notificações e atendimentos. No primeiro estudo, foi realizada uma análise da cobertura dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) na região Norte, utilizando dados do Censo SUAS 2021 e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foram identificados 289 equipamentos especializados, dos quais 278 pertencem ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e 11 à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os resultados evidenciaram uma cobertura insuficiente, especialmente em municípios de pequeno porte, além de uma distribuição desigual que impacta negativamente a continuidade do atendimento. Já o segundo estudo investigou as disparidades entre as notificações de violência sexual infantojuvenil e os atendimentos realizados pelo Programa de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) no estado do Amazonas, a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Relatório Mensal de Atendimentos (RMA) no período de 2018 a 2022. Os achados revelaram disparidades significativas, atribuídas à insuficiência de infraestrutura, barreiras geográficas e culturais, e à comunicação inadequada entre os serviços. Contudo, municípios com maior integração entre as redes apresentaram melhores índices de atendimento, indicando a relevância de articulações intersetoriais. Os resultados gerais ressaltam a urgência de investimentos em infraestrutura, capacitação contínua dos profissionais, fortalecimento das redes de proteção e realização de campanhas de conscientização voltadas à prevenção terciária. Além disso, sugerem a necessidade de abordagens multissetoriais para superar as barreiras que comprometem a eficácia das políticas públicas na região. Portanto, conclui-se que esta dissertação contribui de forma relevante para o entendimento das lacunas existentes nas políticas públicas direcionadas à violência sexual contra crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para intervenções mais efetivas e integradas.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Prevenção Terciária, Violência Sexual Infantojuvenil, Região Norte do Brasil, Amazonas, Assistência Social, Saúde Mental.

MAIA NETO, M.F.G. Evaluation of Policies for Tertiary Prevention of Sexual Violence Against Children and Adolescents in Northern Brazil. 115 pages. Dissertation/Federal University of Amazonas. Supervisor: Marck de Souza Torres. Manaus – Amazonas.

ABSTRACT

Sexual violence against children and adolescents is a multifactorial issue that challenges the effectiveness of public policies and the responsiveness of specialized services in Brazil. In the Northern region, characterized by vast territorial expanse, deep socioeconomic inequalities, and limited access to protection services, addressing this issue requires integrated solutions and actions to enhance tertiary public policy prevention and intervention. This dissertation is part of the project “Quality of Bonds and Intrafamilial Violence in Brazil: Epidemiological Mapping, Risk and Protection Factors, and Professional Training Strategies,” funded by the CAPES Families and Public Policies program and coordinated by Prof. Dr. Luísa Fernanda Habigzang from the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS). The study is organized into two complementary axes aimed at investigating gaps in social assistance and mental health services, analyzing the effectiveness of public policies, and assessing disparities between notifications and service provision. The first study analyzed the coverage of Specialized Social Assistance Reference Centers (CREAS) and Child and Adolescent Psychosocial Care Centers (CAPSi) in the Northern region, using data from the 2021 SUAS Census and the National Registry of Health Establishments (CNES). A total of 289 specialized facilities were identified, of which 278 belong to the Unified Social Assistance System (SUAS) and 11 to the Psychosocial Care Network (RAPS). The results revealed insufficient coverage, particularly in small municipalities, and unequal distribution, which negatively impacts the continuity of care. The second study examined the disparities between notifications of child and adolescent sexual violence and the services provided by the Specialized Service Program for Families and Individuals (PAEFI) in the state of Amazonas. This analysis was based on data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the Monthly Service Report (RMA) from 2018 to 2022. The findings highlighted significant disparities, attributed to inadequate infrastructure, geographic and cultural barriers, and poor communication between services. However, municipalities with greater network integration showed better service outcomes, emphasizing the importance of intersectoral collaboration. Overall, the results underscore the urgent need for investments in infrastructure, continuous professional training, strengthening protection networks, and awareness campaigns focused on tertiary prevention. Additionally, the findings suggest the necessity of multisectoral approaches to overcome barriers that hinder the effectiveness of public policies in the region. Therefore, this dissertation contributes significantly to understanding the gaps in public policies addressing sexual violence against children and adolescents, providing essential insights for more effective and integrated interventions.

Keywords: Public Policies, Tertiary Prevention, Child and Adolescent Sexual Violence, Northern Region of Brazil, Amazonas, Social Assistance, Mental Health.

MAIA NETO, M.F.G. Evaluación de políticas de prevención terciaria de la violencia sexual contra niños y adolescentes en el norte de Brasil. 115f. Disertación/Universidad Federal de Amazonas. Director: Marck de Souza Torres. Manaus – Amazonas.

RESUMEN

La violencia sexual contra niños y adolescentes es un problema multifactorial que desafía la efectividad de las políticas públicas y la capacidad de respuesta de los servicios especializados en Brasil. En la región Norte, caracterizada por su vasta extensión territorial, profundas desigualdades socioeconómicas y dificultades de acceso a los servicios de protección, abordar esta cuestión requiere soluciones integradas y acciones que potencien la prevención y la intervención en las políticas públicas terciarias. Esta disertación forma parte del proyecto “Calidad de los Vínculos y Violencia Intrafamiliar en Brasil: Mapeo Epidemiológico, Factores de Riesgo y Protección y Estrategias de Capacitación Profesional,” financiado por el programa CAPES Familias y Políticas Públicas y coordinado por la Prof. Dra. Luísa Fernanda Habigzang de la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul (PUCRS). El estudio se organiza en dos ejes complementarios con el objetivo de investigar las brechas en los servicios de asistencia social y salud mental, analizando la efectividad de las políticas públicas y evaluando las disparidades entre las notificaciones y la prestación de servicios. El primer estudio analizó la cobertura de los Centros de Referencia Especializados de Asistencia Social (CREAS) y de los Centros de Atención Psicosocial Infantojuvenil (CAPSi) en la región Norte, utilizando datos del Censo SUAS 2021 y del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES). Se identificaron un total de 289 equipamientos especializados, de los cuales 278 pertenecen al Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) y 11 a la Red de Atención Psicosocial (RAPS). Los resultados evidenciaron una cobertura insuficiente, especialmente en municipios pequeños, y una distribución desigual que afecta negativamente la continuidad del cuidado. El segundo estudio investigó las disparidades entre las notificaciones de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes y los servicios prestados por el Programa de Atención Especializada a Familias e Individuos (PAEFI) en el estado de Amazonas. Este análisis se basó en datos del Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN) y del Informe Mensual de Atención (RMA) del periodo 2018 a 2022. Los hallazgos revelaron disparidades significativas, atribuidas a la insuficiencia de infraestructura, barreras geográficas y culturales, y comunicación deficiente entre los servicios. Sin embargo, los municipios con mayor integración de redes mostraron mejores resultados, destacando la importancia de la colaboración intersectorial. En general, los resultados resaltan la necesidad urgente de inversiones en infraestructura, capacitación profesional continua, fortalecimiento de las redes de protección y campañas de concienciación enfocadas en la prevención terciaria. Además, los hallazgos sugieren la necesidad de enfoques multisectoriales para superar las barreras que comprometen la efectividad de las políticas públicas en la región. Por lo tanto, esta disertación contribuye significativamente al entendimiento de las brechas existentes en las políticas públicas dirigidas a la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, ofreciendo elementos clave para intervenciones más efectivas e integradas.

Palabras clave: Políticas Públicas, Prevención Terciaria, Violencia Sexual Infantil y Juvenil, Región Norte de Brasil, Amazonas, Asistencia Social, Salud Mental.

LISTA DE SIGLAS

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FBSCP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IQR	Intervalo Interquartil
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAEFI	Programa de Atenção Especializada a Famílias e Indivíduos
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RMA	Registro Mensal de Atendimentos
SGDCA	Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VSI	violência Sexual Infantojuvenil

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO 1

Figure 1.....	34
Figura 2.....	38
Figura 3.....	39

ARTIGO 2

Figura 1.....	59
Figura 2.....	62

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1	31
Tabela 2	35
Tabela 3	36
Tabela 4	42

ARTIGO 2

Tabela 1	56
Tabela 2	57
Tabela 3	58

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO	19
3. OBJETIVOS	22
3.1. Objetivo geral	22
3.2. Objetivos específicos	22
4. MÉTODO	23
4.1. Delineamento metodológico	23
4.2. Coleta de Dados	23
4.3. Cuidados Éticos	24
4.4. Procedimentos de análise	24
5. ARTIGO 1 Políticas públicas no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes na região norte do brasil	26
Resumo	26
5.1. Introdução	27
5. 2. Método	29
5.3. Resultados	32
5.4. Discussão	43
5.5. Considerações	45
5.6. Referências.....	46
6. ARTIGO 2 Avaliação das lacunas entre notificações e acesso a serviços de proteção e atendimento às vítimas de violência sexual infantojuvenil: um estudo ecológico no estado do amazonas de 2018 a 2022	46
Resumo	50
6.1. Introdução	51
6.2. Método	54
6.3. Análise dos Dados	55
6.4. Resultados	58
6.5. Discussão	63
6.6. Considerações Finais	70
6.7. Referências.....	72
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS	81

APÊNDICE 1	92
APÊNDICE 2	109

1. INTRODUÇÃO

A violência Sexual Infantojuvenil (VSI) é um fenômeno que alcança uma parcela significativa da população mundial, é reconhecida mundialmente como uma das violências mais graves reveladas dos direitos humanos, afetando de forma direta o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes (Oliveira et al., 2015; Platt et al., 2018). No Brasil, o problema ganha contornos ainda mais críticos devido à alta incidência e à subnotificação dos casos, além de causar sofrimento físico e emocional imediato, tem consequências, refletindo-se na saúde mental e social das vítimas ao longo da vida (Rossato et al., 2018).

A literatura especializada aponta que a VSI é um tema complexo e multifacetado, marcado por fatores culturais, socioeconômicos e estruturais que tornam a prevenção e o combate ainda mais desafiadores (Platt et al., 2018). A gravidade dos impactos da VSI tende a ter consequências dolorosas, evidenciada pela geração de psicopatologias, incluindo depressão, ansiedade generalizada, transtorno de personalidade antissocial e déficit de atenção (Villodas et al., 2021; Adams et al., 2018). Complementando essa perspectiva, Von Hohendorff e Patias (2017) classificam as consequências dessa violência em quatro áreas: físicas (danos corporais), emocionais (depressão e ansiedade), cognitivas (prejuízo no aprendizado) e comportamentais (comportamentos sexuais inapropriados).

No cenário brasileiro, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) totalizou 186.786 casos de violência sexual infantojuvenil entre 2018 a 2022, apresentando uma média de 37.357 vítimas dessa violência por ano, 160.120 (85,74%) do sexo feminino, com 10 – 14 anos mais frequente, do sexo masculino os casos se concentram em 9 a 10 anos de idade. Nestas, foi constatada o predomínio do estupro 122.634 (65,65%) e do assédio sexual 55.364 (29,64%). Estes dados revelam o potencial dessa violência no Brasil e a necessidade de respondê-la.

Dentre as propostas para a prevenção da VSI, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) destaca a integralidade e intersetorialidade entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) para desenvolver ações de acolhimento e proteção. Essa articulação visa atender as vítimas de VSI (BRASIL, 2005). O SUAS organiza a assistência social em dois níveis: proteção social básica e proteção social especial (PNAS, 2013). A proteção básica é realizada principalmente pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que oferecem serviços, programas e benefícios voltados à prevenção de vulnerabilidades e riscos (BRASIL, 2017).

Já a Proteção Social Especial (PSE) abrange a média e alta complexidade, com foco no enfrentamento de situações de risco pessoal e social por violação de direitos, sendo o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) o principal responsável pela coordenação de serviços especializados, como o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), e o atendimento a vítimas de violência, pessoas com deficiência, idosos e indivíduos em situação de rua (MDS, 2014).

Em relação a VSI, o SUAS dialoga com o SUS para melhor atender as necessidades das vítimas, nessa perspectiva os equipamentos do SUS frequentemente são a porta de entrada para as famílias que buscam atendimento, seja nas UBS e/ou os serviços de urgência e emergência (Hohendorff et al., 2015). Sendo assim, o cuidado com as vítimas não é função de uma política isolada, mas resultado da atuação articulada entre a rede de proteção e de atendimento, que é composta pelos serviços de proteção, saúde, assistência social e justiça (Habigzang, 2018).

O SUS oferece serviços por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II e III, voltados para tratamento de álcool e drogas (Barletta, 2022). Dentro dessa rede, o CAPSi é o principal serviço especializado no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, atuando em conjunto com o CREAS para garantir políticas de combate e prevenção (Hohendorff et al., 2015; Broseguini & Iglesias, 2020). Enquanto o CREAS foca no atendimento psicossocial, o CAPSi oferece suporte especializado para transtornos mentais graves, por meio de atendimento psicológico e psiquiátrico (Habigzang, 2018).

O trabalho desenvolvido pelo CREAS e CAPSi visa reduzir os danos já causados pela violência, prevenir a recorrência dos abusos e oferecer suporte integral às vítimas, garantindo sua recuperação física, psicológica e social, são características centrais da prevenção terciária, também chamada de “resposta” (Ávila, 2017). A prevenção terciária é caracterizada pelo trabalho desenvolvido pela proteção social especial que corresponda a ajuda psicológica e terapêutica direcionada para os agressores e vítimas de violência, tentando evitar a reincidência e marcas que irão ser reproduzidas em uma futura geração (Hirschheimer & Pfeiffer, 2018).

A gravidade dessa violência demonstra a necessidade de suporte às famílias por parte dos gestores públicos a quem cabe formular políticas públicas efetivas para prevenir e combater o problema (Costa & de Moura, 2020). Além disso, essa questão demanda políticas

públicas sociais, de saúde, educação e segurança, entre outras, na perspectiva de mudar o panorama dessa violência em nível local, regional e nacional (Machado et al., 2014).

A temática deste estudo centra-se na análise das lacunas nos serviços de prevenção terciária da violência sexual infantojuvenil na região Norte do Brasil. Essa região, caracterizada por sua vasta extensão territorial, diversidade cultural e desigualdades socioeconômicas, enfrenta desafios únicos na implementação e efetividade das políticas públicas voltadas para a proteção de crianças e adolescentes.

Neste contexto, esta pesquisa se dividiu em dois estudos complementares. O primeiro estudo mapeou a distribuição e cobertura dos CREAS e CAPSi na Região Norte, utilizando dados do Censo SUAS (2021) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os resultados indicam a existência de vazios assistenciais, comprometendo a eficácia das políticas públicas de proteção às vítimas de violência sexual. O segundo estudo analisou as disparidades entre as notificações de violência sexual e os ingressantes do PAEFI no estado do Amazonas 2018 A 2022, utilizando dados do SINAM e do Censo SUAS (2022). Empregando uma análise ecológica, os resultados revelam disparidades graves entre notificações e atendimentos, além de uma subnotificação crônica em alguns municípios, atribuída à falta de infraestrutura, barreiras geográficas e falhas na articulação entre os serviços de saúde e assistência social.

O problema central desta investigação reside na identificação e análise das lacunas na cobertura dos serviços especializados e na disparidade entre as notificações de violência sexual e os atendimentos efetivamente realizados pelos PAEFI. A insuficiência e distribuição desigual dos serviços de assistência social e saúde mental comprometem a eficácia das políticas públicas na proteção das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, especialmente nos municípios de pequeno porte da Região Norte.

A relevância desta dissertação é a necessidade urgente de fortalecer e expandir a rede de proteção a crianças e adolescentes, aprimorando políticas públicas de prevenção e intervenção da violência sexual infantojuvenil, especialmente nas regiões mais isoladas. Os resultados destacam a importância de uma abordagem integrada e multissetorial, envolvendo assistência social, saúde, educação e justiça, para romper o ciclo de impunidade e oferecer uma resposta eficaz à violência. Ao apresentar um diagnóstico detalhado sobre a distribuição dos serviços e as lacunas existentes, esta dissertação busca propor diretrizes para reduzir as disparidades regionais no atendimento, promovendo um ambiente mais seguro e protetor para as crianças e adolescentes da Região Norte do Brasil.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

- Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child abuse & neglect*, 86, 167–177.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019>
- Ávila, T. P. (2017). Políticas públicas de prevenção primária à violência contra a mulher: lições da experiência australiana. *Revista Gênero*, 17(2).
<https://doi.org/10.22409/rg.v17i2.944>
- Brasil. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) – Norma Operacional Básica, Brasília, 2005.
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.
- Brasil (2017). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social.
http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/convivencia_fortalecimento_vinculos.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.
- Broseguini, G. B., & Iglesias, A. (2020). Revisão integrativa sobre redes de cuidados aos adolescentes em situação de violência sexual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4991–5002. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.19282018>
- Costa, M. M. M., & de Moura, A. S. (2020). A violência intrafamiliar tornou-se um problema de saúde pública no Brasil: reflexões a partir das práticas restaurativas enquanto políticas públicas de prevenção. *Direitos Humanos E Vulnerabilidades*, 55. <https://crbnacional.org.br/wp-content/uploads/2021/01/EBOOK-PDF-final-155x225mm-170-DIREITOS-HUMANOS-E-VULNERABILIDADES.pdf>
- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). (2024, 13 de outubro). *Informações de Saúde*. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>
- Hohendorff, J. V., Habigzang, L. F., & Koller, S. H.. (2015). Psicoterapia para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual no Sistema Público: Panorama e Alternativas de Atendimento. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 35(1), 182–198.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703000202014>

- Habigzang, L. F. (2018). *Manual de Capacitação Profissional para Atendimentos em Situações de Violência*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/15154038-manual-de-capacitacao-profissional-para-atendimento-em-situacoes-de-violencia-pucrs.pdf>
- Hirschheimer, M. R., & Pfeiffer, L. (2018). *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. R. D. Waksman (Ed.). CFM.
https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adol%C3%A9scentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%A2ncia_2018.pdf
- Machado, J. C., Rodrigues, V. P., Vilela, A. B. A., Simões, A. V., Moraes, R. L. G. L., & Rocha, E. N.. (2014). Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saúde E Sociedade*, 23(3), 828–840.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>.
- Ministério da Cidadania (MDS). (2021-2022). *Censo SUAS – Bases e resultados*. <https://apli.md.gov.br/sagi/snas/vigilância/index2.php>
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS]. (2014). Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.
- Oliveira, A. M. N., Marques, L. A., Silva, P. A., Prestes, R. C., Biondi, H. S., & Silva, B. T. (2015). Perception of healthcare professionals regarding primary interventions: preventing domestic violence. *Texto & Contexto*, 24(2), 424-31.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072015000092014>
- Platt, V. B., Back, I. de C., Hauschild, D. B., & Guedert, J. M.. (2018). Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1019–1031. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>
- Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social; 2013.
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS. Acesso em: 10 jul. 2023.
- Rossato, L., Santeiro, T. V., Barroso, S. M., & Comin, F. S. (2018). Perfil de atendimentos psicológicos em contextos de violência sexual infantojuvenil: revisão integrativa da

literatura. *Contextos Clínicos*, 11(3), 297-309.

<https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.02>

- Villodas, M. T., Morelli, N. M., Hong, K., Duong, J., Evans, M. C., Elson, D., Rose, E., Picci, G., & Fishbein, D. (2021). Differences in late adolescent psychopathology among youth with histories of co-occurring abuse and neglect experiences. *Child abuse & neglect*, 120, 105189. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105189>
- Von Hohendorff, J., & Patias, N. D. (2017). Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. *Barbarói*, (49), 239. DOI:10.17058/barbaroi.v0i49.9474

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar a cobertura e as lacunas nos serviços de prevenção terciária da violência sexual infantojuvenil na região Norte do Brasil entre 2018 e 2022.

3.2. Objetivos específicos

- Mapear a cobertura e a distribuição dos serviços de atendimento especializado (CREAS e CAPSi) voltados para o enfrentamento à violência sexual infantojuvenil na região Norte do Brasil.
- Avaliar a discrepância entre o número de notificações de violência sexual infantojuvenil e os atendimentos realizados pelos serviços especializados, utilizando dados secundários (SINAN e RMA) no estado do Amazonas.

4. MÉTODO

Este estudo utiliza um delineamento misto quantitativo, combinando as abordagens descritiva e ecológica para analisar a cobertura dos serviços especializados e as disparidades no acesso à assistência para vítimas de violência sexual infantojuvenil na Região Norte do Brasil entre 2018 e 2022.

4.1. Delineamento metodológico

O estudo está dividido em duas etapas complementares:

- **Etapa Descritiva e de Mapeamento:** Consiste em um levantamento descritivo e mapeamento da rede de equipamentos de assistência social e saúde, que atuam na prevenção e intervenção da violência sexual contra crianças e adolescentes. A coleta de dados foi realizada em janeiro e fevereiro de 2023, visando identificar vazios assistenciais e a distribuição geográfica dos serviços (CREAS e CAPSi) nos estados da região Norte.
- **Estudo Ecológico:** A segunda etapa consiste em um estudo ecológico para analisar as disparidades entre as taxas de notificações de violência sexual infantojuvenil e os atendimentos realizados pelo Programa de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) no estado do Amazonas entre 2018 e 2022. Essa análise permite identificar a discrepância entre as notificações e os atendimentos em diferentes municípios, avaliando a capacidade de resposta dos serviços.

4.2. Coleta de Dados

- **Etapa 1 (Levantamento e Mapeamento):** Os dados foram extraídos do Censo SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e do , para identificar a localização e cobertura dos CREAS e CAPSi nos estados do Norte. Os dados populacionais utilizados para calcular as taxas de cobertura foram obtidos no Censo IBGE de 2021.

- Etapa 2 (Estudo Ecológico): Para a análise das disparidades no estado do Amazonas, os dados de notificações de casos de violência sexual infantojuvenil foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e os atendimentos realizados pelos CREAS foram extraídos do Registro Mensal de Atendimentos (RMA) do PAEFI do Censo SUAS 2022.

4.3. Cuidados Éticos

Os dados utilizados são secundários e anonimizados, provenientes de fontes públicas (DATASUS, Censo SUAS e CNES), e não envolvem identificação de indivíduos. O estudo segue as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a proteção da privacidade e a utilização dos dados exclusivamente para fins de pesquisa.

4.4. Procedimentos de análise

Estudo 1 - Mapeamento e Cobertura dos Equipamentos :

Os dados obtidos no Censo SUAS 2021 e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foram usados para realizar um mapeamento da distribuição geográfica dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) na Região Norte do Brasil.

Para calcular as taxas de cobertura, foram aplicadas as fórmulas determinadas pelo Ministério da Saúde, considerando uma cobertura populacional de 20 mil habitantes para os CREAS e 70 mil habitantes para os CAPSi. Esses cálculos permitiram identificar regiões com boa cobertura e vazios assistenciais.

A análise foi visualizada por meio de mapas elaborados utilizando os programas Google Earth Pro e QGIS, que permitiram georreferenciar os equipamentos e ilustrar as áreas de maior e menor cobertura, além de destacar as desigualdades no acesso aos serviços.

Estudo 2 - Estudo Ecológico das Disparidades entre Notificações e Atendimentos :

Os dados de notificações de violência sexual infantojuvenil foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Registro Mensal de

Atendimentos (RMA) do Programa de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) entre 2018 e 2022.

Foi realizada uma análise ecológica para comparar as taxas de notificações e atendimentos nos diferentes municípios do estado do Amazonas. Essa análise permitiu identificar as disparidades entre o número de casos notificados e os atendimentos realizados pelos serviços especializados.

Para avaliar a discrepância entre as notificações e os atendimentos, foi aplicada a técnica do Intervalo Interquartil (IQR) , categorizando os municípios em grupos de acordo com as taxas de notificações e atendimentos por 100 mil habitantes, definindo categorias de muito baixo, baixo, médio , alto e muito alto.

Os resultados da análise foram apresentados em quadros e mapas coropléticos, facilitando a visualização das disparidades regionais. Além disso, foi feita uma discussão sobre os fatores geográficos, estruturais e de recursos humanos que podem ter impactado no acesso das vítimas aos serviços de proteção.

5. ARTIGO 1

Políticas públicas no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes na região norte do brasil

Public policies in addressing sexual violence against children and adolescents in the northern region of brazil

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

5.1. 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 vítima (Mathews B & Collin-Vézina D, 2019). A literatura especializada aponta que a VSI é um tema complexo e multifacetado, influenciado por fatores culturais, socioeconômicos e estruturais, o que dificulta sua prevenção (Platt et al., 2018).

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 (Villodas et al., 2021; Hailes et al., 2019).

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 suspeitas (Brasil, 1990).

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 especializadas (Brasil, 2017).

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 (Brasil, 2017; Leitão, 2021; Riba & Zioni, 2022; Deslandes & Campos, 2015). 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 Juventude (Brasil, 2017).

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 sociais (Brasil, 2011). 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 comunidade (Amarante, 2007).

Entretanto, nota-se insuficiência de equipamentos de CREAS resultando nos obstáculos enfrentados pela rede, refletindo nas carências de políticas públicas de assistência social e saúde no enfrentamento da VSI (Vieira et al., 2017; Arruda da Silva et al., 2018). Além disso, o baixo número de CREAS e CAPSi compromete o atendimento contínuo, impactando diretamente o desenvolvimento de quadros psicopatológicos (Hohendorff et al., 2015). 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 nacional (Arruda da Silva et al., 2018).

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 violência (Pinto, 2019). 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 VSI (Melo et al., 2020).

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 preocupante (Silva et al., 2019).

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.

5. 2. Método

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 compõem 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\$ 478.173.049,00. 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 Estatísticas (IBGE, 2021), 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 SUAS (2021), CNES e do Censo do IBGE (2021), 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 Saúde, conforme apresenta na tabela 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 2017 e a Orientações Técnicas dos CREAS (Brasil, 2011).

Tabela 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

Nota: Adaptado de BRASIL (2015, p. 11).

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.

Para o georreferenciamento, foram utilizadas duas ferramentas *online* para geocodificação, disponíveis gratuitamente no *Google*, e uma planilha (*Spreadsheets*) construída a partir da listagem dos 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.

5.3. 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 (Figura 1).

No Figura 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 2, 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 habitantes, e que os CAPSi, tem sua cobertura calculada para uma população de 70.000 habitantes (Brasil, 2011). 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.

Esta análise não apenas permite identificar lacunas na cobertura dos serviços, mas também ressalta a importância de adequar a infraestrutura e os recursos disponíveis às reais necessidades da população infantojuvenil na região.

Ao verificar o total de equipamentos por unidade de federação, a tabela 2 demonstra a prevalência de equipamentos localizados no Pará (PA) com 133 CREAS para um esperado de 439, resultando em uma taxa de cobertura considerada baixa de 0,30. Em relação aos CAPSi, há apenas 4 existentes para um esperado de 125, o que resulta em uma taxa de cobertura insuficiente de 0,03. Essa discrepância evidencia uma lacuna significativa na oferta de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes no Pará, ressaltando a urgência de intervenções que ampliem a infraestrutura e o suporte disponível.

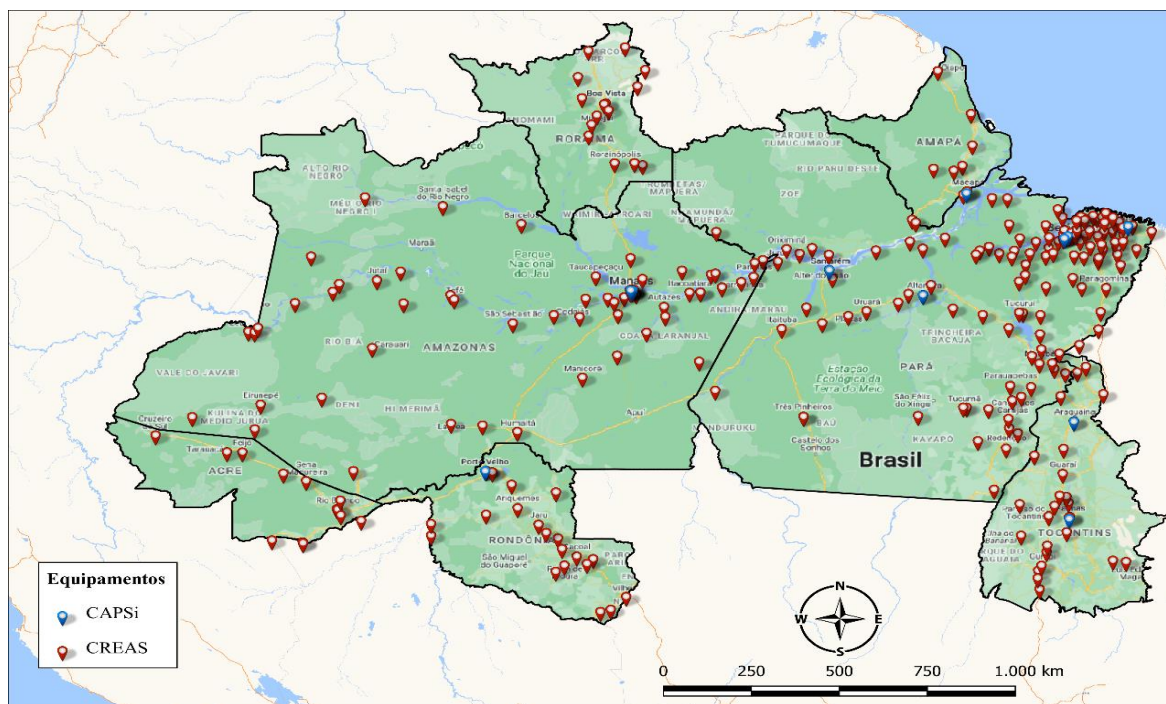
O Amazonas (AM) segue com a segunda maior prevalência de equipamentos, 57 CREAS existentes para um esperado de 213, com uma taxa de cobertura de 0,23, e 2 CAPSi existentes para um esperado de 61, taxa de cobertura de 0,03. Rondônia (RO) conta com 22 CREAS para um esperado de 91, com uma taxa de cobertura 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 2).

Ao verificar o total de equipamentos por unidade de federação, a tabela 2 demonstra a prevalência de equipamentos localizados no Pará (PA) com 133 CREAS para um esperado de 439, resultando em uma taxa de cobertura considerada baixa de 0,30. Em relação aos CAPSi, há apenas 4 existentes para um esperado de 125, o que resulta em uma taxa de cobertura insuficiente de 0,03. Essa discrepância evidencia uma lacuna significativa na

oferta de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes no Pará, ressaltando a urgência de intervenções que ampliem a infraestrutura e o suporte disponível.

Figure 1

Distribuição dos equipamentos de Prevenção/Intervenção a Violência Sexual



Nota: Elaborado pelos autores

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 (Tabela 2). 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 a figura 1 e a Tabela 2 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.

Tabela 2

Cobertura dos equipamentos da assistência social e da saúde mental de acordo com a UF por População, 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

Nota: Censo SUAS 2021 e CNES, janeiro de 2023. 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).

Na figura 2 e na Tabela 3 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.

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
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		

Nota: Censo SUAS 2021 e CNES, janeiro de 2023. 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).

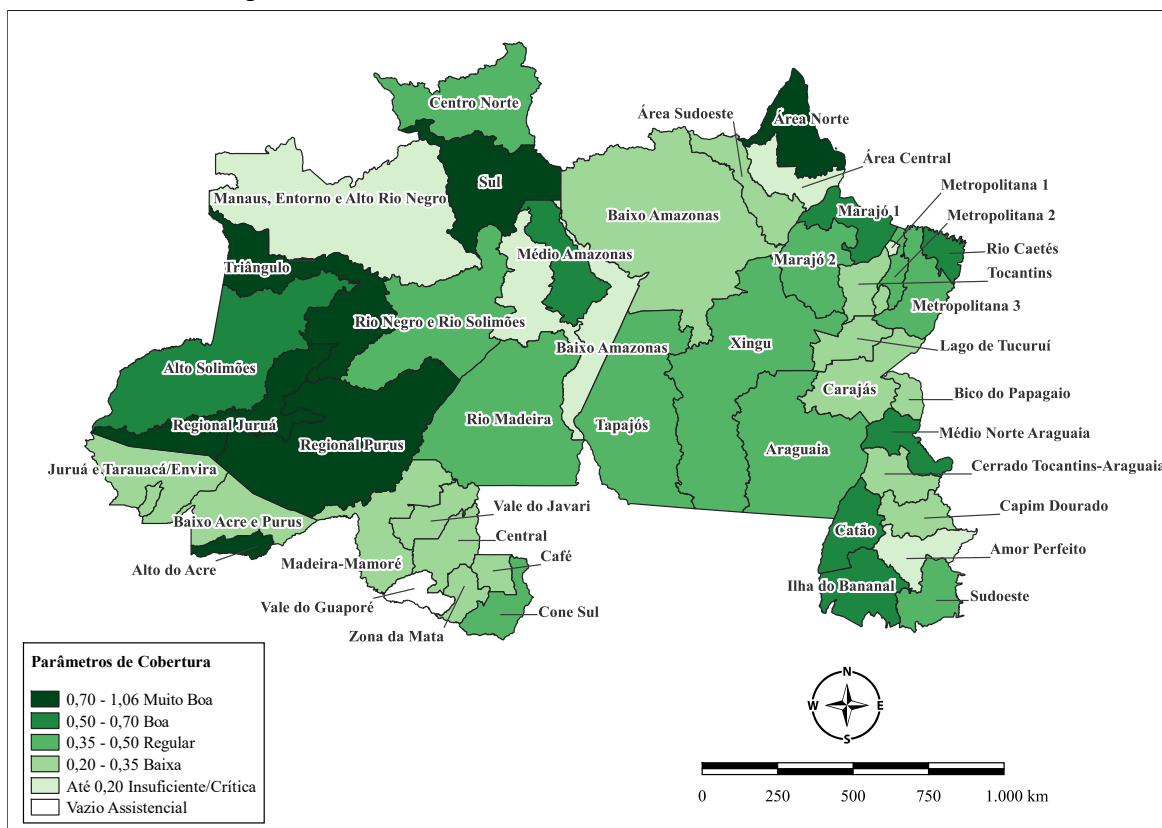
A análise dos dados apresentados na Tabela 3 revela que quatro regiões de saúde apresentam uma cobertura considerada muito boa, distribuída em quatro Unidades

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 (Figura 2).

Figura 2

Cobertura CREAS por 100 mil habitantes.

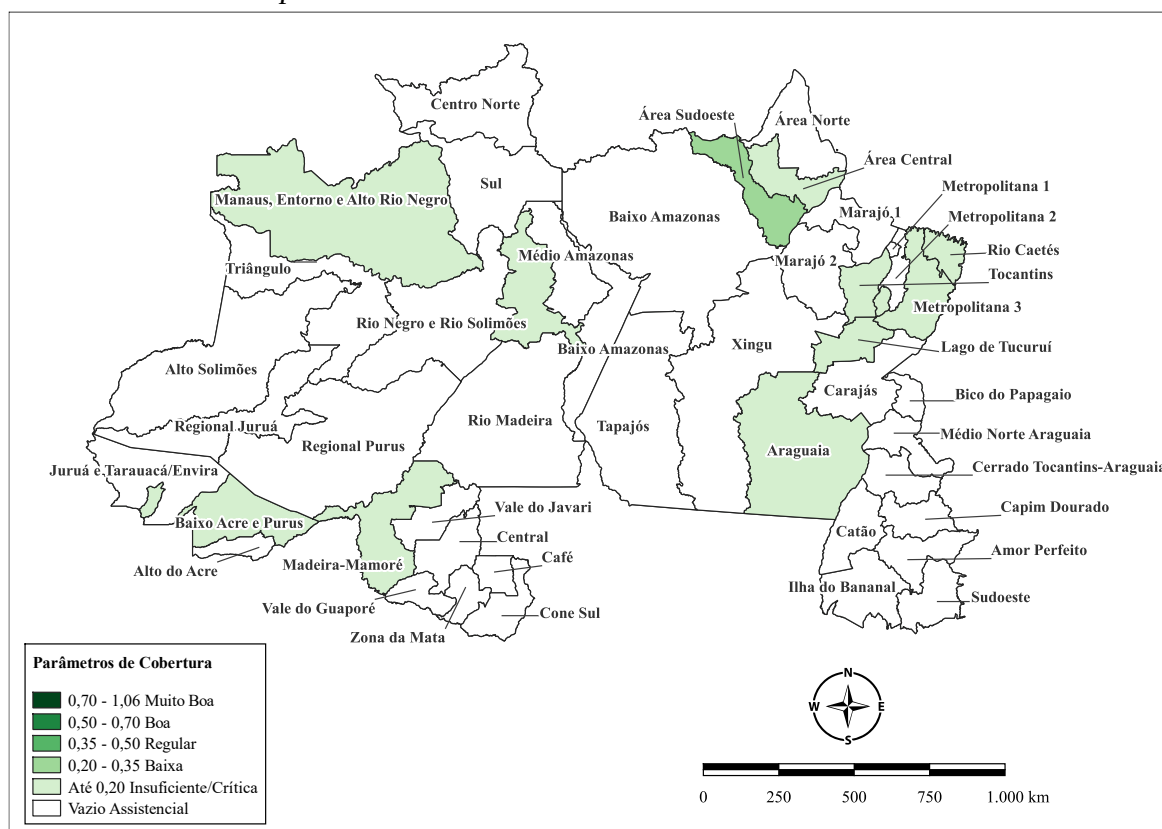


Nota: elaborados pelos autores

Ao avaliar os menores resultado de cobertura na tabela 3, 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 na figura 2, que facilita a visualização dessas desigualdades.

Figura 3

Cobertura do CAPSi por 100 mil habitantes.



Nota: 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 (Tabela 3). 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 na figura 3, que destaca as lacunas de cobertura entre as regiões de saúde.

Na tabela 4, 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/SUAS (2011). Para o CAPSi, considera-se a Portaria 336/2002, 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 2), 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/SUAS (2011) direcionada aos CREAS de Pequeno Porte I e II Médio Porte. 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/SUAS (2011). 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 4).

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 336/2002. 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.

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/SUAS (2011), direcionada aos CREAS, e pela portaria 336/2002, direcionada ao CAPSi (Tabela 4). 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.

Tabela 4

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)
Nível 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)
Nível 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 (6,3)	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)
Nível Médio	5 (1,9)		31 (12)	29 (11,2)		8 (3,1)		73 (28,2)
Nível Fundamental	4 (1,5)		1 (0,4)	5 (1,9)				10 (3,9)

Nota: Censo SUAS 2021 e CNES, janeiro de 2023. Outros = Profissionais de nível superior de áreas que não contam na tabela

5.4. 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 adolescentes (Brasil, 2015). 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/2004 e a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, 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/2004 e da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 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 CREAS (2011) em acordo com PNAS/2004. 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 serviços (Teló et al., 2021).

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 público (Vieira, 2017).

A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, 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 Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, 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/SUAS (2011), 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 sexual (Brasil, 2017).

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 clínicos (Brasil, 2017). 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 sexual (Brasil, 2014).

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 vulneráveis (Vieira, 2017).

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.

5.5. Considerações

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. À 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.

5.6. Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arruda da Silva, P., Lerch Lunardi, V., Dalke Meucci, R., & Algeri, S. (2018). Proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência: olhares dos profissionais de um serviço especializado. *Investigação e Educação em Enfermagem*, 36 (3).
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n3e02>

- Brasil. (1990, 13 de julho). Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras disposições. *Diário Oficial da União*, 16 jul. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
- Brasil. (2002, 19 de fevereiro). 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, definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. *Diário Oficial [da] União*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil. (2004). *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*. http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2019/07/PNAS_2004.pdf
- Brasil. (2011, 6 de julho). 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*, 7 jul. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm
- Brasil. (2011). *Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>
- Brasil. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental em dados 12*. https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/inovacao/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
- Brasil. (2017, 28 de setembro). 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. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html
- Brasil. (2017, 4 de abril). Lei nº 13.431 de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente ou vítima 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 . <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13431-4-abril-2017-784569-publicacaooriginal-152306-pl.html>
- Deslandes, SF, & Campos, DS (2015). 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (7), 2173-2182.
<https://doi.org/10.1590/141381232015207.13812014>
- Ferreira, SS (2011). *NOB-RH Anotada e Comentada* . Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NOB-RH_SUAS_Anotada_Comentada.pdf
- Hailes, HP, Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Resultados de longo prazo do abuso sexual infantil: uma revisão abrangente. *The Lancet Psychiatry* , 6 (10) , 830-839 .
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Hohendorff, JV, Habigzang, LF e Koller, SH (2015). Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: Panorama e alternativas de atendimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35 (1), 182-198.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703000202014>
- IBGE. (2021). *Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com dados de referência em 1º de julho de 2021*. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>
- Leitão, CL, & Silva, IR (2021). A história da exploração sexual no Amazonas: Redes em movimento. In CL Leitão, MS Torres, & IR Silva (Orgs.), *Construções coletivas de protagonismo para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Amazonas* (pp. 23-42). Manaus: Alexa Cultural/Edua.
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Abuso sexual infantil: Rumo a um modelo conceitual e definição. *Trauma , Violência e Abuso*, 20 (2) , 131-148.
<https://doi.org/10.1177/15248380177387>
- Melo, R., Carlos, D., Freitas, L., Roque, E., Aragão, A., & Ferriani, M. (2020). Rede de proteção na assistência a crianças, adolescentes e seus familiares em situação de violência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41 . <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190380>
- Ministério da Cidadania (MDS). (2021). *Censo SUAS – Bases e resultados*. <https://apli.mds.gov.br/sagi/snas/vigilancia/index2.php>
- Pinto, I., Pimenta, I., Alves, M., Santos, A., Melo, C., & Evangelista, J., et al. (2023). Estudo descritivo dos casos notificados de violência sexual e serviços de atenção

- especializados no estado de Minas Gerais, Brasil, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 32 . <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300002.en>
- Platt, VB, Back, IC, Hauschild, DB e Guedert, JM (2018). Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (4), 1019-1031. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>
- Riba, AC e Zioni, F. (2022). O corpo da criança como receptáculo da violência física: análise dos dados epidemiológicos do Viva/Sinan. *Saúde em Debate*, 46 (spe5), 193-207. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E516>
- Silva, M., Milbrath, V., Freitag, V., Gabatz, R., Bazzan, J., & Maciel, K. (2019). Cuidados com crianças e adolescentes vítimas de violência: sentimentos de profissionais de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery* . <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0215>
- Teló, F., Gasparotto, A., Medeiros, L., & Saraiva, R. (2021). Terra e Justiça Transicional no Brasil. *Revista Internacional de Justiça Transicional* . <https://doi.org/10.1093/ijtj/ijaa035>
- Trevizan, F., Siqueira, R., Aragão, A., Santos, H., & Sabino, F. (2022). Um arcabouço meta-analítico para o desenvolvimento de protocolos de atendimento no CREAS. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 37 , 220-238. <https://doi.org/10.1590/2359-01092021v37e0413>

6. ARTIGO 2

Avaliação das lacunas entre notificações e acesso a serviços de proteção e atendimento às vítimas de violência sexual infantojuvenil: um estudo ecológico no estado do Amazonas de 2018 a 2022

Assessment of gaps between notifications and access to protection and care services for child and adolescent sexual violence victims: an ecological study in the state of Amazonas from 2018 to 2022

Resumo

A violência sexual infantojuvenil é um grave problema de saúde pública que afeta profundamente o desenvolvimento físico, emocional e social das vítimas, além de comprometer a qualidade de vida e gerar impactos duradouros. Isto exige atenção prioritária devido à sua complexidade, elevada frequência e consequências que afetam não apenas as vítimas, mas também suas famílias e comunidades. Este estudo investiga as disparidades entre as notificações de casos de violência sexual infantojuvenil (VSI) e os atendimentos realizados pelo Programa de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) no estado do Amazonas, entre 2018 e 2022. Trata-se de um estudo ecológico que utilizou dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Registro Mensal de Atendimentos (RMA) do PAEFI para analisar a distribuição dessas notificações e serviços em diferentes municípios. Os resultados indicam disparidades significativas: enquanto alguns municípios registram altas taxas de notificações e atendimentos, outros apresentam subnotificação e capacidade insuficiente de atendimento, especialmente em áreas remotas. Fatores como a falta de infraestrutura, a escassez de profissionais capacitados e as dificuldades geográficas e culturais são apontados como barreiras ao acesso adequado aos serviços. Em contrapartida, municípios com melhor integração de serviços mostram maior eficiência na resposta às vítimas. Conclui-se que a melhoria da articulação entre os setores de saúde, assistência social, educação e segurança pública, além de investimentos em infraestrutura e formação profissional, é essencial para superar as disparidades regionais. O estudo destaca a urgência de políticas públicas adaptadas às especificidades locais, visando ampliar o acesso das vítimas aos serviços de apoio e proteção.

Palavras-chave: Violência Sexual Infantojuvenil (VSI), Notificação de Casos, Programa de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Subnotificação.

Abstract

Child and adolescent sexual violence is a serious public health issue that profoundly affects the physical, emotional, and social development of victims, compromising their quality of life and

causing lasting impacts. This complex phenomenon, with high prevalence and far-reaching consequences, demands urgent attention, as it affects not only the victims but also their families and communities. This study investigates the disparities between reported cases of child and adolescent sexual violence (CASV) and the services provided by the Specialized Assistance Program for Families and Individuals (PAEFI) in the state of Amazonas, Brazil, from 2018 to 2022. It is an ecological study utilizing data from the Information System for Notifiable Diseases (SINAN) and the Monthly Service Records (RMA) of PAEFI to analyze the distribution of reports and services across different municipalities. The results reveal significant disparities: while some municipalities report high rates of notifications and services, others exhibit underreporting and insufficient service capacity, particularly in remote areas. Factors such as inadequate infrastructure, a shortage of trained professionals, and geographic and cultural challenges are identified as barriers to adequate service access. Conversely, municipalities with better service integration demonstrate greater efficiency in responding to victims. The study concludes that improving coordination between the health, social assistance, education, and public security sectors, alongside investments in infrastructure and professional training, is essential to address regional disparities. It underscores the urgency of implementing public policies tailored to local specificities to expand victim access to support and protection services.

Keywords: Child and Adolescent Sexual Violence (CASV), Case Notification, Specialized Assistance Program for Families and Individuals (PAEFI), Underreporting.

6.1. Introdução

A Violência Sexual Infantojuvenil (VSI) refere-se a qualquer ação em que uma pessoa em posição de poder utiliza força física, coerção, intimidação ou influência psicológica para envolver uma criança ou adolescente em interações sexuais. Este fenômeno global constitui uma grave violação dos direitos fundamentais à saúde e proteção de crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2002). As vítimas, frequentemente crianças em idade pré-escolar ou escolar, têm dificuldade em revelar o abuso devido à falta de compreensão sobre sua natureza abusiva, o que pode resultar em graves problemas de saúde mental, destacando a necessidade crucial de atendimento às vítimas (Walker-Descartes et al., 2021).

No contexto brasileiro, esse atendimento é garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA; Brasil, 1990), que exige a notificação obrigatória de qualquer suspeita ou

confirmação de violência sexual. Conforme o artigo 13 do ECA, essa notificação é um dever dos profissionais das áreas de saúde, assistência social e educação, e o descumprimento dessa obrigação resulta em sanções administrativas (Brasil, 1990). Além disso, a não notificação pode configurar crime contra a saúde pública, sujeitando os responsáveis a penalidades penais, conforme o Artigo 269 do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940/2021).

As notificações de casos de VSI são registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), acessível por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Este sistema é uma ferramenta vital para monitorar a incidência e prevalência dessa violência no Brasil (Ministério da Saúde, 2021). A análise desses dados revela desafios significativos, como a subnotificação e a complexidade da coleta de dados em regiões geograficamente dispersas e culturalmente diversas, características proeminentes do estado do Amazonas, portanto, a integração dos setores de saúde, assistência social e justiça é decisiva para garantir a proteção das vítimas e a eficácia das redes de proteção e atendimento (UNICEF, 2021).

As redes de proteção e atendimento incluem diversos serviços nas áreas de saúde, assistência social e justiça (Brasil, 2017). O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) coordena os serviços de proteção social e assistência por meio de instituições como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que oferecem suporte psicossocial e jurídico (Brasil, 2012). O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece cuidados médicos e psicológicos através de unidades básicas de saúde, hospitais e centros de referência especializados (Brasil, 2001). O Sistema Judiciário, com varas da infância e juventude e conselhos tutelares, garante a proteção legal das vítimas e a responsabilização dos agressores (Brasil, 2021).

A articulação eficaz dessas instituições é essencial para um atendimento integrado e completo às vítimas. As notificações de casos de VSI são obrigatórias e fundamentais para garantir que as vítimas recebam o atendimento adequado e para monitorar a incidência desses casos (Ministério da Saúde, 2021). Paralelamente, os CREAS, por meio do Programa de Atenção Especializada a Famílias e Indivíduos (PAEFI) realizam registros detalhados dos atendimentos, assegurando um acompanhamento contínuo e integrado (Brasil, 2012). Essas instituições trabalham de forma articulada para assegurar que os direitos das crianças e adolescentes sejam protegidos e que eles recebam o suporte necessário para superar as adversidades decorrentes da violência (Brasil, 2017).

Para que essas redes sejam eficazes, é necessário que os profissionais conheçam e integrem as redes em seu município, planejando ações conjuntas (Conselho Federal de

Psicologia, 2020). No entanto, estudos revelam a precariedade dessas redes, destacando problemas como infraestrutura inadequada, múltiplas intervenções repetidas sem avaliação adequada e falta de acolhimento às vítimas e suas famílias (Mastroiannimet al., 2021; Vega & Paludo, 2015). A coordenação dessas redes é desafiadora devido ao envolvimento de muitos serviços em diferentes setores, todos regidos por diretrizes do ECA, SUAS, SUS e Sistema Judiciário (Setúbal et al., 2024).

Na Amazônia brasileira, os estudos sobre a VSI são escassos (Oliveira & Silva, 2019). Explorar essa problemática na região é desafiador devido às vastas distâncias geográficas, à precariedade da infraestrutura de comunicação entre os municípios e à presença significativa de povos indígenas e comunidades tradicionais, como ribeirinhos e quilombolas (Oliveira & Silva, 2021). Além disso, as grandes metrópoles, como Manaus e Belém, apresentam complexidades próprias, com uma alta concentração populacional, principalmente em áreas periféricas degradadas (Santos, 2017).

Entre 2018 e 2022, foram registrados no DATASUS 8.568 casos notificados de VSI no Amazonas, o principal tipo de violência foi o estupro de vulnerável, definido pelo art. 217-A da Lei 12.015 como a conjunção carnal ou ato libidinoso com menores de 14 anos. A maioria das notificações de gravidez entre as vítimas ocorreu na faixa etária de 10 a 14 anos, indicando que muitos casos de estupro de vulnerável podem não ser notificados formalmente como violência sexual, mas são evidenciados por meio das notificações de gravidez na adolescência (Ministério da Saúde, 2021).

Essa abordagem integrada é essencial para enfrentar, assistir e prevenir a VSI, especialmente no estado do Amazonas, que apresenta desafios únicos devido às vastas distâncias geográficas, à diversidade cultural e à estrutura socioeconômica heterogênea. A dispersão populacional em áreas de difícil acesso, somada à insuficiência de serviços especializados, agrava a vulnerabilidade das crianças e adolescentes frente à violência sexual. Além disso, as desigualdades no acesso a serviço de proteção e atendimento revelam lacunas significativas que precisam ser abordadas para garantir a proteção integral das vítimas. Diante desse contexto, o presente estudo analisou as disparidades entre as notificações de VSI e os atendimentos pelo PAEFI no Estado do Amazonas, contribuindo para uma melhor compreensão das dinâmicas locais e oferecendo subsídios para a formulação de políticas públicas mais eficazes e inclusivas.

6.2. Método

Trata-se de um estudo ecológico que analisa as disparidades das taxas de notificações de Violência Sexual Infantojuvenil e dados de ingressantes do Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) vítimas Violência Sexual Infantojuvenil do Estado do Amazonas, no período de 2018 a 2022.

Os estudos ecológicos analisam dados agregados em nível de grupos ou populações e investigam associações entre exposições e desfechos de saúde em diferentes regiões geográficas (Fronteira, 2021). Este tipo de estudo permite a análise de grandes populações e áreas geográficas amplas, proporcionando uma visão abrangente das tendências de saúde pública (Freire & Pattussi, 2018). Ao observar essas associações, os estudos ecológicos identificam relações e correlações não visíveis em estudos menores, sendo uma ferramenta poderosa para entender a dinâmica de saúde em populações diversas e distribuídas geograficamente.

A abordagem ecológica frequentemente utiliza dados secundários existentes, o que facilita a identificação de padrões e fatores de risco potenciais que podem influenciar a saúde pública. Dados de fontes públicas são cruciais nesse contexto, pois permitem uma análise retroativa e abrangente das condições de saúde sem a necessidade de coleta de novos dados primários. Essa metodologia é especialmente valiosa em contextos em que a coleta de dados individuais é inviável devido às limitações logísticas, financeiras ou éticas (Fronteira, 2021). Assim, a utilização de dados secundários não apenas maximiza o uso de recursos já disponíveis, mas também oferece *insights* importantes que podem orientar a formulação de políticas públicas e intervenções de saúde.

Fontes de dados, coleta de dados e critérios de elegibilidade

As notificações de VSI foram coletados a partir de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), módulo “violência interpessoal/autoprovocada”, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que pode ser acessado para download em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>>.

Os dados dos ingressantes do PAEFI foram coletados do Registro Mensal de Atendimentos (RMA) relativo aos atendimentos realizados nas unidades de Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), disponibilizados no Censo do

Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que pode ser acessado para download em <<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>>.

Os dados foram coletados em março de 2024, porém referem-se às notificações de VSI e ingressantes do PAEFI vítimas de VSI registradas no período de 2018 a 2022, último ano disponível no DATASUS e no Censo SUAS.

Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defina adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos (Brasil, 1990). Para a seleção das notificações de VSI, foram consideradas faixas etárias de 0 a 19 anos, por adotar o conceito estabelecido pelo Ministério da Saúde, que segue a faixa etária definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de 10 a 19 anos de idade (Brasil, 2010), conceito considerado no preenchimento da ficha de notificação dos agravos de “violência interpessoal/autoprovocada”. No caso do RMA, foram consideradas faixas etárias de 0 a 17 anos, idade máxima ingressantes vítimas de abuso e exploração sexual que ingressaram no PAEFI.

6.3. Análise dos Dados

Para análise das disparidades entre notificações e ingressantes no PAEFI, inicialmente, foi extraído do IBGE os dados populacionais de todos os municípios do estado do Amazonas. Os dados brutos, registrados anualmente, foram tabulados com os números absolutos dos agravos de notificações e ingressantes do PAEFI, ambos com taxas por 100 mil habitantes. Para as tabulações e análises dos dados foi utilizado a ferramenta de informática: Microsoft 365® Excel® Versão 2402 Build 16.0.17328.20124, foi considerado para aproveitamento total dos dados os volumes válidos de cada variável selecionada para análise no banco de dados recortado (Apêndice 1).

Em seguida, foi empregado o método do Intervalo Interquartil (IQR) para analisar quatro indicadores principais: taxas de notificações de VSI, taxas de ingressantes no PAEFI, e as disparidades positivas e negativas. As disparidades positivas indicam uma preocupação evidente quanto à capacidade do sistema de proteção em atender adequadamente às necessidades das vítimas. As disparidades negativas indicam uma subnotificação de casos de violência sexual ou uma resposta eficaz do programa em identificar e atender vítimas (Thery & de Mello-Thery, 2012).

O método do Intervalo Interquartil (IQR) segmenta os dados em cinco intervalos baseados nos quartis do conjunto de dados, fornecendo uma estrutura clara para categorizar e interpretar as disparidades observadas (Cerve, 2017). Essa abordagem não paramétrica é

particularmente adequada para estudos ecológicos que examinam grandes conjuntos de dados geográficos, como neste estudo no estado do Amazonas, destacando variações significativas entre regiões (Freire & Pattussi, 2018).

Esses intervalos são fundamentados em medidas estatísticas, como os quartis e o próprio IQR, e têm como objetivo segmentar a distribuição dos dados em faixas específicas, cada uma representando uma parte distinta da distribuição, como apresentado na tabela 1.

Tabela 1

Representação do método do Intervalo Interquartil (IQR)

Intervalo 1	Muito Baixo	Os valores são muito inferiores à tendência central dos dados, indo do valor mínimo até o primeiro quartil (Q1).
Intervalo 2	Baixo	Abrangendo do primeiro quartil (Q1) até a mediana, captura os valores abaixo da mediana.
Intervalo 3	Médio	Estende-se da mediana até o terceiro quartil (Q3) e representa a parte central dos dados.
Intervalo 4	Alto	A partir do terceiro quartil (Q3) até 1,5 vezes o IQR acima da Q3, este intervalo inclui valores relativamente altos.
Intervalo 5	Muito Alto	Inclui valores que ultrapassam 1,5 vezes o IQR acima da Q3, indicando observações muito superiores à tendência central dos dados.

Nota: elaborados pelos autores

Os intervalos presentes na tabela 2, utilizados para classificar os municípios em diferentes categorias baseiam-se nos quartis calculados (IQR), permitem uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas da VSI em cada localidade (Apêndice 1).

A avaliação das disparidades foi realizada por meio de um mapa de círculos proporcionais concêntricos em mapa de semicírculos opostos. Por este método, cada variável de interesse é representada por um semicírculo permitindo comparabilidade. De outro modo, as variáveis investigadas são dadas em termos absolutos por dois semicírculos justapostos sobre a área do município de interesse (WANIEZ, 2007). No caso, as variáveis consideradas são as Notificações representada pela cor azul e os Ingressantes do PAIFI representados pela cor vermelha, ambos presentes em um determinado município. O mapa destaca as áreas em que

existe uma discrepância significativa entre o número de casos relatados e o número de casos atendidos de VSI (Figura 1).

Tabela 2

Intervalos de Avaliação com base nos quartis calculados (IQR)

Intervalos de avaliação		Taxas das notificações	Taxas de ingressantes no PAEFI
Intervalo 1	Muito Baixo	De 0 a 58,58	De 0 a 52,5
Intervalo 2	Baixo	De 58,58 a 99,02	De 52,5 a 188,5
Intervalo 3	Médio	De 99,02 a 171,49	De 188,5 a 384,5
Intervalo 4	Alto	De 171,49 a 340,855	De 384,5 a 882,4
Intervalo 5	Muito Alto	Acima de 340,855	Acima de 882,4

Nota: elaborados pelos autores

O mapa de semicírculos opostos é interpretado da seguinte forma: quando maior o tamanho do semicírculo, maior é a discrepância em termos absolutos em um determinado município do Amazonas (Figura 1). As áreas com mais notificações do que atendimentos no PAEFI pode indicar uma alta incidência de VSI, mas os serviços de proteção e atendimento podem não estar conseguindo atender a toda a demanda. As áreas com poucas notificações e muitos atendimentos no PAEFI pode sugerir subnotificações de casos de VSI, mas os serviços de proteção e atendimento podem estar atendendo um número significativo de vítimas.

Para calcular as disparidades, utilizou-se a fórmula: $D = X_I - X_r$, onde D representa o resultado das disparidades entre dois indicadores, X_I é a Taxa de Notificações de Violência Sexual e X_r é a Taxa de Ingressantes no PAEFI (Thery & de Mello-Thery, 2012). Os resultados dessa subtração foram positivos e negativos, os positivos com a prevalência das taxas de notificações de VSI e os negativos indicando a prevalência das taxas de ingressantes no PAEFI. Os valores resultantes dessa subtração foram classificados em diferentes categorias de disparidade conforme os intervalos calculados, permitindo uma visão detalhada das dinâmicas da VSI em cada município (Apêndice 1). Esses resultados são apresentados na Figura 2, um mapa coroplético que utiliza a cor azul para indicar disparidades positivas e vermelha para disparidades negativas.

Os intervalos situados na tabela 3 foram empregados para categorizar os municípios em diferentes grupos com base nos quartis calculados (IQR), proporcionando uma análise mais

detalhada das disparidades entre notificações e ingressantes no PAEFI em cada localidade (Apêndice 1).

Tabela 3

Intervalos de Avaliação nos quartis calculados (IQR)

Intervalos de avaliação		Disparidades positivas	Disparidades negativas
Intervalo 1	Muito Baixo	De 0 a 36,65	De 0 a -112,89
Intervalo 2	Baixo	De 36,65 a 91,84	De -112,89 a -202,63
Intervalo 3	Médio	De 91,84 a 170,34	De -202,63 a -418,27
Intervalo 4	Alto	De 170,34 a 370,90	De -418,27 a -876,34
Intervalo 5	Muito Alto	Acima de 370,90	Acima de -876,34

Nota: elaborados pelos autores

Para representar visual das disparidades nas taxas de notificações e ingressantes no PAEFI por 100 mil habitantes no Estado do Amazonas, foi escolhido o software QGIS v.3.28.6 para o mapeamento geoespacial, devido à sua ampla gama de funcionalidades e capacidades avançadas de mapeamento (Apêndice 2).

6.4. Resultados

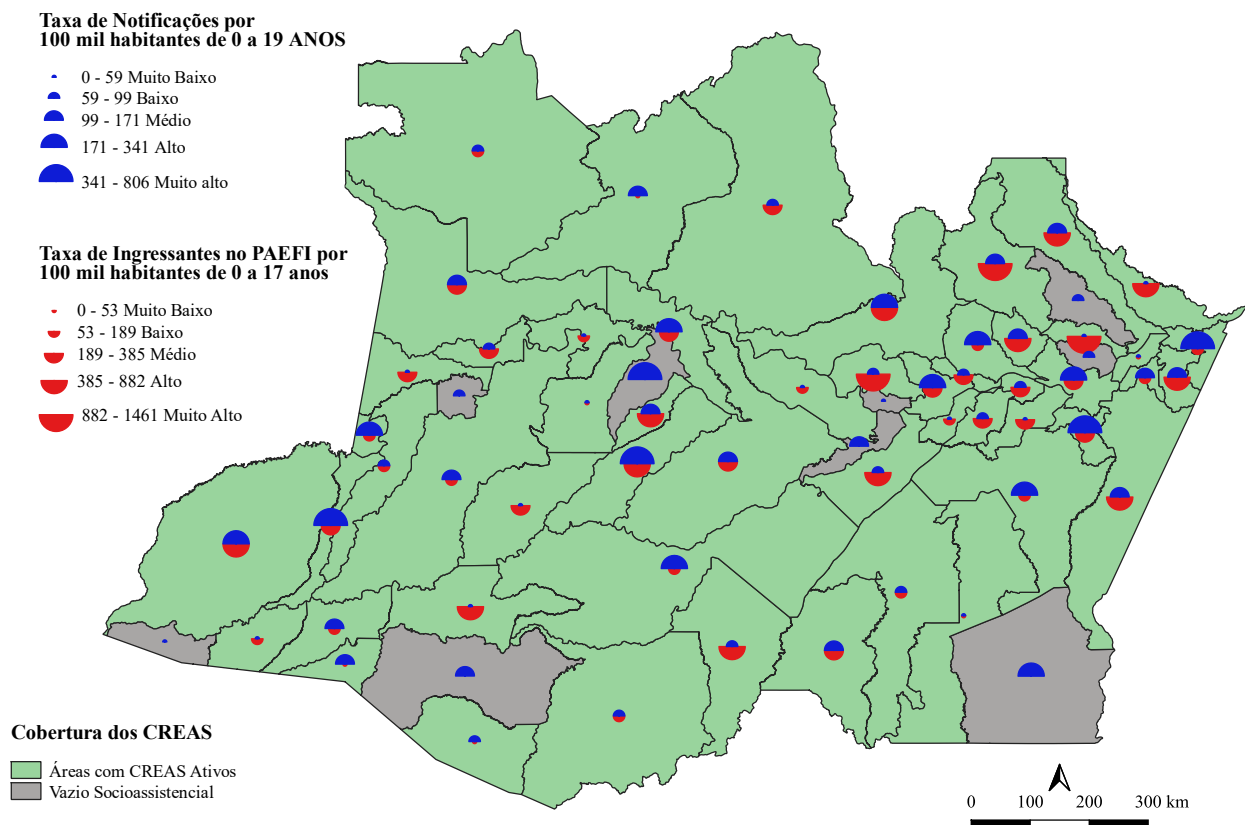
Ao analisarmos as taxas de notificações e ingressantes no PAEFI por 100 mil habitantes em diferentes municípios do Estado do Amazonas, observa-se uma variedade de padrões que refletem disparidades significativas na incidência de VSI e no acesso ao serviço de proteção e atendimento. A figura 1 compara a quantidade de taxa de notificações com as taxas de ingressantes no PAEFI nos municípios do Amazonas no período de 2018 a 2022.

Os municípios de Nova Olinda do Norte (805,56), Benjamin Constant (483,43), Tefé (480,53), Uarini (471,21) e Parintins (346,57) apresentam taxas elevadas de notificações de VSI, no entanto, as taxas de ingressantes no PAEFI mostram variações significativas. Nova Olinda do Norte (195,8) e Benjamin Constant (284,2) possuem taxas médias de ingresso, enquanto Tefé se destaca com uma taxa alta (443,9), porem apresenta uma correspondência razoável entre notificação e ingressantes. Em contraste, Parintins exibe uma taxa baixa (86,1), e Uarini, por não contar com um CREAS, não registra ingressantes. A ausência de CREAS em Uarini, combinada com a baixa taxa de ingressos em Parintins, apesar das altas notificações,

aponta para possíveis obstáculos no acesso aos serviços de proteção e atendimento, sugerindo uma necessidade urgente de expansão da infraestrutura social para atender de forma eficaz à demanda existente.

Figura 1

Disparidades entre notificações e ingressantes no PAEFI por 100 mil habitantes, 2018 – 2022



Nota: elaborados pelos autores

Nos municípios de Atalaia do Norte (339,56), Manacapuru (338,62), Novo Airão (336,27), Borba (336,27), Manaus (260,21), Itacoatiara (223,94), Tapauá (214,3), Tabatinga (199,21), Apuí (174,36) e Maraã (173,87), as taxas de notificações de VSI são altas, entretanto, as taxas de ingressantes no PAEFI não acompanham proporcionalmente esse cenário. Apenas Atalaia do Norte (437,5) e Novo Airão (583,7) apresentam taxas altas de ingressantes. Manacapuru (229,7), Itacoatiara (214,3) e Maraã (276,9) possuem taxas médias, enquanto Borba (154,2), Manaus (52,6), Tapauá (122,5) e Tabatinga (94,4) registram baixas taxas de ingressantes. Apuí, por não contar com um CREAS, não registra ingressantes. A disparidade entre notificações e ingressos no PAEFI, principalmente em Manaus e Tabatinga, é alarmante,

pois Manaus, como capital, deveria ter maior disponibilidade de recursos, e Tabatinga, localizada na tríplice fronteira (Brasil, Peru, Colômbia), enfrenta desafios migratórios. A falta de profissionais capacitados e de infraestrutura adequada, além da ausência de CREAS em municípios como Apuí, agrava o cenário, indicando a necessidade urgente de fortalecimento da rede de assistência, alocação de recursos e expansão dos serviços de proteção.

Os municípios de Barreirinha (170,69), Pauini (170,34), Japurá (135,47), Rio Preto da Eva (120,31), Humaitá (118,32), Boa Vista do Ramos (117,72), Envira (116,37), Coari (116,12), Alvarães (113,45), Presidente Figueiredo (110,86), Anori (110,5), Eirunepé (108,53), Santa Isabel do Rio Negro (105,9), Urucará (101,98), Maués (101,3) e Jutai (99,32) exibem taxas médias de notificações de VSI, mas apresentam variação considerável nas taxas de ingressantes no PAEFI. Japurá (248,4), Humaitá (306,2) e Coari (383,8) apresentam taxas médias de ingressantes, enquanto Barreirinha (386,5), Rio Preto da Eva (561,4), Alvarães (642,9), Urucará (628) e Maués (519,6) têm altas taxas de ingressantes, sugerindo uma capacidade relativamente boas de acolhimento e apoio. Por outro lado, Boa Vista do Ramos (117,7), Eirunepé (54,3) e Jutai (91,4) têm taxas baixas, e Envira (52,4) e Santa Isabel do Rio Negro (42,4) possuem taxas muito baixas, o que pode indicar limitações nos serviços de assistência. Anori e Pauini, sem CREAS, enfrentam dificuldades adicionais no atendimento, destacando a necessidade de expansão da rede de proteção para garantir que as notificações de VSI sejam acompanhadas por um suporte adequado às vítimas.

Os municípios de Tonantins (98,72), São Gabriel da Cachoeira (96,53), Silves (95,16), Canutama (94,85), Amaturá (92,43), São Paulo de Olivença (91), Manicoré (90,89), Boca do Acre (87,45), Beruri (86,88), Careiro da Várzea (76,39), Lábrea (74,81), Caapiranga (66,82), Careiro (64,95), Barcelos (63,71), São Sebastião do Uatumã (59,98) e Iranduba (58,86) apresentam baixas taxas de notificações de VSI, porém as taxas de ingressantes no PAEFI mostram uma grande variação. São Gabriel da Cachoeira (110), São Paulo de Olivença (145,6), Manicoré (124,3) e Lábrea (114,4) registram taxas baixas de ingressantes, o que pode sugerir dificuldades no alcance dos serviços de apoio. Em contrapartida, Caapiranga (1173,1) se destaca com uma taxa muito alta de ingressantes, enquanto Canutama (580,9) e Beruri (424,8) têm taxas altas, indicando um esforço maior de acolhimento nesses locais. Municípios como Tonantins (301,3), Careiro da Várzea (239,3), Careiro (269,6), Barcelos (249,5) e Iranduba (210,2) apresentam taxas médias de ingressantes, sugerindo um suporte intermediário às vítimas. Boca do Acre (36,7) tem uma taxa muito baixa, enquanto Silves, Amaturá e São Sebastião do Uatumã, que não dispõem de CREAS, não registram ingressantes, o que pode

evidenciar a ausência de uma estrutura de apoio especializada, tornando o acesso ao PAEFI nessas localidades ainda mais limitado.

Os municípios de Autazes (57,74), Anamá (50,19), Santo Antônio do Içá (49,63), Itapiranga (49,2), Carauari (45,23), Manaquiri (40,92), Codajás (33,97), Juruá (27,93), Itamarati (18,29), Novo Aripuanã (16,79), Nhamundá (14,9), Guajará (14,48), Ipixuna (12,34) e Fonte Boa (sem notificação) registram as taxas mais baixas de notificações de VSI, contudo, em relação as taxas de ingressantes no PAEFI variam significativamente. Novo Aripuanã (42,2) apresenta uma taxa muito baixa, sugerindo dificuldades no acesso aos serviços de apoio. Por outro lado, Itapiranga (944,7) registra uma taxa muito alta de ingressantes, enquanto Itamarati (713,2) e Nhamundá (417,2) também apresentam taxas altas, sugerindo uma infraestrutura de apoio relativamente mais eficiente nesses locais. Municípios como Autazes (295,9), Santo Antônio do Içá (258,8) e Carauari (236,6) mostram taxas médias, o que pode indicar um suporte razoável às vítimas de violência sexual. Entretanto, Manaquiri (181,2), Codajás (101,9), Ipixuna (139,9) e Fonte Boa (150,7) possuem taxas baixas de ingressantes, refletindo um menor alcance dos serviços. Juruá e Guajará não registram ingressantes, e Anamá, sem CREAS, não oferece atendimento especializado, o que levanta preocupações sobre a falta de infraestrutura e a efetividade dos serviços nessas áreas.

Essa análise preliminar sugere que há disparidades entre as taxas de notificação e os ingressantes no PAEFI em diferentes regiões do estado do Amazonas. A figura 2 explora mais a fundo as discrepâncias, atendimentos fornece informações importantes sobre a prestação de serviço de proteção e atendimento às vítimas de VSI em diferentes áreas geográficas, ajudando na identificação de necessidades e na formulação de políticas e intervenções adequadas.

Municípios com Disparidade Positiva (Taxa de Notificação de VSI > Taxa de Ingressantes no PAEFI)

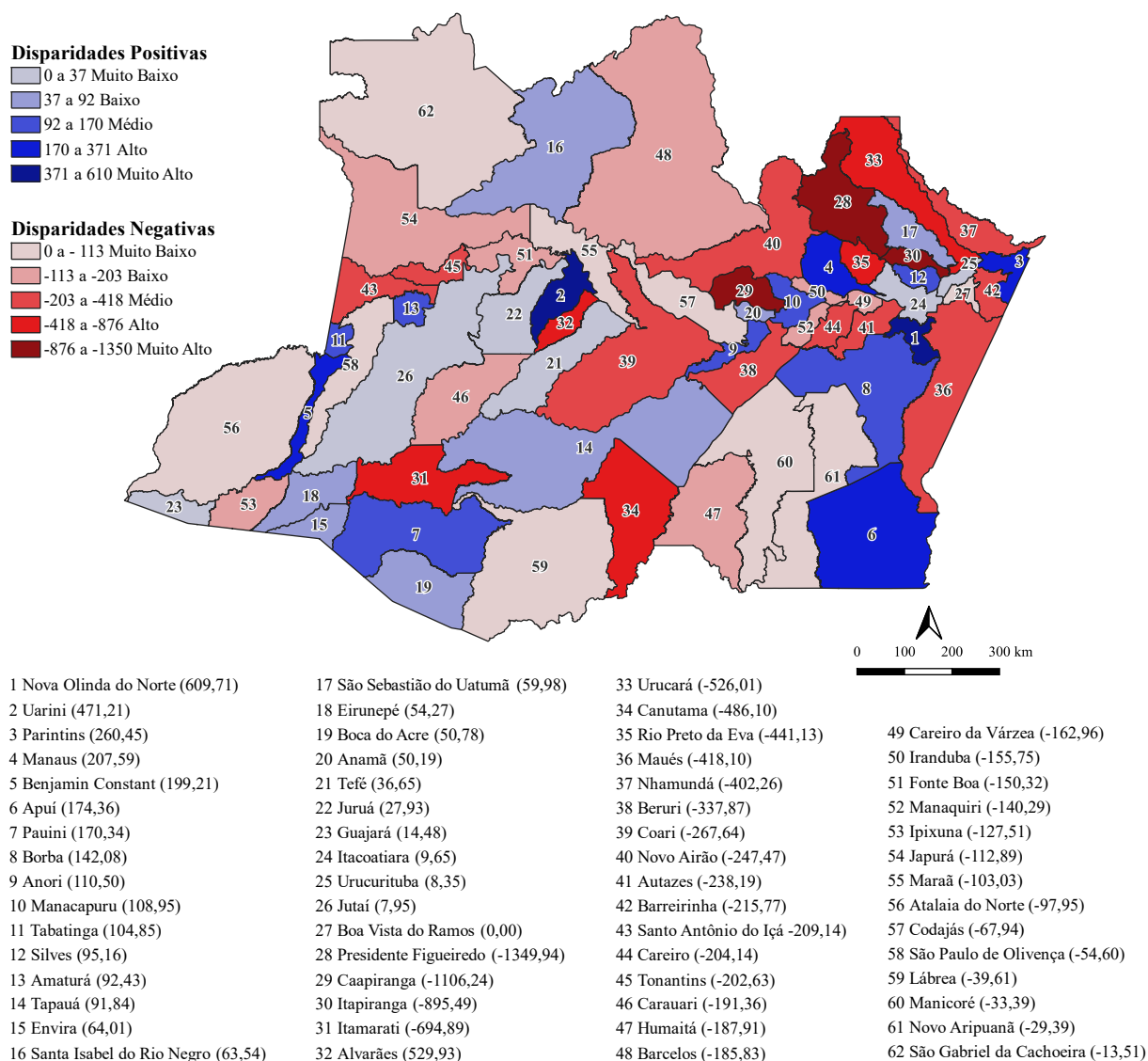
Nova Olinda do Norte (609,71) e Uarini (471,21) apresentam disparidades positivas muito alta. Por outro lado, Parintins (260,45), Manaus (207,59), Benjamin Constant (199,21) e Apuí (174,36) apresentam disparidades positivas altas, indicando que o número de casos notificados é maior do que o de pessoas atendidas pelo PAEFI.

Pauini (170,34), Borba (142,08), Anori (110,5), Manacapuru (108,95), Tabatinga (104,85), Silves (95,16) e Amaturá (92,43) apresentam disparidades média, sugerindo a importância de uma avaliação mais detalhada das causas subjacentes e da eficácia dos programas de apoio às vítimas.

Tapauá (91,84), Envira (64,01), Santa Isabel do Rio Negro (63,54), São Sebastião do Uatumã (59,98), Eirunepé (54,27), Boca do Acre (50,78), Anamã (50,19), Tefé (36,65), Juruá (27,93), Guajará (14,48), Itacoatiara (9,65), Urucurituba (8,35), Jutai (7,95), Boa Vista do Ramos (0,00) apresentam disparidades baixas e muito baixas, porém ainda indicam a presença de uma lacuna entre a taxa de violência e o número de vítimas encaminhadas para o PAEFI.

Figura 2

Localização espacial dos municípios com maiores disparidades positivas e negativas do estado do Amazonas, 2018 – 2022



Nota: elaborados pelos autores

Boa Vista do Ramos apresentou um valor de 0 na disparidade entre a taxa de notificação de VSI e o número de vítimas encaminhadas para o PAEFI. Isso indica que a quantidade de casos notificados é exatamente igual ao número de vítimas que receberam atendimento pelo PAEFI (figura 2).

Municípios com Disparidade Negativa (Taxa de Notificação de VSI < Taxa de Ingressantes no PAEFI)

Presidente Figueiredo (-1349,94), Caapiranga (-1106,24), Itapiranga (-895,49) apresentam disparidades negativa muito altas. Isso pode indicar tanto uma resposta eficaz do programa quanto uma possível subnotificação de casos.

Itamarati (-694,89), Alvarães (-529,43), Urucará (-526,01), Canutama (-486,10), Rio Preto da Eva (-441,13), Maués (-418,27) apresentam disparidades altas, indicando que o número de vítimas encaminhadas para o PAEFI excede o número notificado de casos de violência sexual.

Nhamundá (-402,26), Beruri (-337,87), Coari (-247,45), Novo Airão (-238,19), Autazes (-215,77), Barreirinha (-209,14), Santo Antônio do Içá (-204,60), Careiro (-202,63) apresentam disparidades negativas médias, o que pode indicar a eficácia do PAEFI em identificar e atender vítimas, ou uma possível subnotificação de casos (figura 2).

Tonantins (-191,36), Carauari (-187,91), Humaitá (-185,83), Barcelos, Careiro da Várzea, Iranduba (-162,96), Fonte Boa (-155,32), Manaquiri (-150,75), Ipixuna (-140,29), Japurá (-127,51), Maraã (-112,89), Atalaia do Norte (-103,03), Codajás (-97,95), São Paulo de Olivença (-67,94), Lábrea (-54,60), Manicoré (-39,61), Novo Aripuanã (-29,39), São Gabriel da Cachoeira (-13,51) apresentam disparidades negativas baixas e muitos baixas, mas ainda indicam uma discrepância entre o número de vítimas encaminhadas para o PAEFI e o número notificado de casos de violência sexual.

6.5. Discussão

A análise dos dados coletados revela um panorama alarmante da VSI no Estado do Amazonas, marcado por disparidades significativas entre as taxas de notificação de casos e o número de ingressantes no PAEFI. Esses resultados evidenciam desigualdades no acesso ao serviço de proteção e atendimento em diferentes municípios. A discrepância observada, com o número de ingressantes no PAEFI frequentemente superiores as notificações, sugere que muitas

vítimas de VSI não estão recebendo o suporte necessário, uma situação que reflete um padrão encontrado também em outras regiões do Brasil (Macedo et al., 2019).

Em estados como Maranhão e Pará, por exemplo, estudos também apontam a subnotificação e o déficit de infraestrutura como fatores críticos que dificultam a proteção das vítimas (Oliveira & Silva, 2021). O contexto do Amazonas apresenta desafios adicionais devido à vasta extensão geográfica e à dificuldade de acesso às áreas mais isoladas, características que agravam ainda mais as lacunas no atendimento (Vieira et al., 2017). Comparativamente, esses fatores colocam a região em uma situação de vulnerabilidade mais intensa em relação ao resto do país, exigindo intervenções direcionadas e mais eficazes.

Municípios com Alta Conscientização e Recursos Humanos

Nos municípios como Tefé, Atalaia do Norte e Novo Airão, a alta taxa de notificações combinada com um número proporcional de atendimentos pode indicar uma maior conscientização e disponibilidade de recursos. Maia e Barreto (2012) destacam que em regiões com maior conscientização da população e uma melhor estrutura institucional, as taxas de notificação de crimes, como a violência sexual, tendem a aumentar, pois a conscientização fortalece a confiança das vítimas em buscar ajuda. Leitão et al. (2021) reforçam que a presença de recursos adequados nos serviços de proteção e atendimento permite uma resposta mais eficaz às denúncias, criando um ambiente mais seguro e acolhedor para as vítimas.

Itacoatiara, Marañ, Japurá, Humaitá, Coari, Boa Vista do Ramos, e Jutai possuem taxas de notificações que variam de alta a médias, mas apresentam uma correspondência razoável entre a incidência de notificações e o acesso aos serviços de proteção e atendimento. Isso pode ser reflexo da importância de um fortalecimento contínuo da rede de atendimento e proteção, que, conforme observado por Lariú et al. (2020), deve ser consistente, ampliada e integrada em todos os municípios. Além disso, Oliveira et al. (2024) destaca que o treinamento das equipes sobre a importância da notificação é crucial para superar as limitações impostas pela escassez de formação profissional e a defasagem das equipes, garantindo assim que os casos de violência sejam efetivamente registrados e tratados.

Nos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Silves, Amaturá, São Paulo de Olivença, Manicoré, Boca do Acre, Lábrea, São Sebastião do Uatumã, Anamã, Manaquiri, Codajás, Juruá, Novo Aripuanã, Urucurituba e Guajará as taxas de notificações vão de baixas a muito baixas, e o acesso aos serviços de proteção e atendimento é igualmente variável, o que sugere que, apesar das baixas notificações, existe um esforço local significativo para atender as vítimas. Por outro

lado, municípios como Silves, Amaturá, São Sebastião do Uatumã e Anamá não registra ingressantes pela inexistência de CREAS, o que evidencia a falta de uma estrutura adequada para oferecer suporte às vítimas de VSI. A ausência de CREAS compromete a resposta institucional nesses locais, reforçando a necessidade urgente de políticas públicas que viabilizem a criação dessas unidades e a alocação de profissionais capacitados, a fim de garantir uma rede de proteção mais eficiente e acessível (Lariú et al., 2020).

A ausência de ingressantes no PAEFI e a subnotificação apontam para uma necessidade urgente de investimentos em conscientização e infraestrutura, garantindo que as vítimas tenham acesso ao suporte necessário. A invisibilidade dessas regiões perante as políticas públicas reforça a necessidade de intervenções específicas para melhorar a notificação e o atendimento. Como apontam Macedo et al. (2019), a falta de visibilidade e investimentos em áreas afastadas perpetua a exclusão das vítimas, enquanto Oliveira e Silva (2021) destacam a importância de políticas que considerem as particularidades regionais. Além disso, Bronzo e Araújo (2024) ressaltam que a dependência de trabalhadores terceirizados e a ausência de um quadro permanente afetam a qualidade e continuidade do atendimento.

Os municípios de Presidente Figueiredo, Caapiranga, Itapiranga, Barreirinha, Rio Preto da Eva, Alvarães, Urucará, Maués, Canutama, Beruri, Carauari Careiro, Barcelos, Careiro da Várzea, Santo Antônio do Içá, Iranduba, Autazes, Itamarati, Nhamundá, Ipixuma e Fonte Boa apresentam taxas de notificações de VSI que variam de médias a baixas e muito baixas, mas a grande disparidade nas taxas de ingressantes no PAEFI revela desigualdades no acesso aos serviços de proteção e atendimento. Presidente Figueiredo e Alvarães, com altas taxas de ingressantes, sugerem que a infraestrutura de atendimento é relativamente eficaz nesses locais.

Essa disparidade sublinha a necessidade urgente de melhorias estruturais na rede de atendimento, como apontado por Vieira et al. (2017) destacam que a eficácia desses serviços é essencial para interromper o ciclo de violência e garantir a proteção adequada às vítimas. Além disso, como apontado por Lariú et al. (2020), a qualidade e a efetividade dos serviços prestados pelos CREAS e outras instituições de apoio são fundamentais para garantir que as vítimas recebam o suporte necessário para sua recuperação e proteção.

Municípios com Possível Subnotificação; Necessidade de Capacitação e Recursos Humanos

Os municípios de Parintins, Manacapuru, Manaus, Borba, Tapauá, Tabatinga e Apuí com taxas de notificações muitos altas e altas, mas variações significativas nas taxas de ingressantes no PAEFI, indicam uma disparidade entre a alta incidência de notificações e o

acesso limitado aos serviços de proteção e atendimento. Essa discrepância pode ser explicada pela possível subnotificação de casos, a formação técnica e especializada insuficiente para lidar com casos de VSI resulta em falhas na identificação, notificação e encaminhamento das vítimas para serviço de proteção e atendimento (Oliveira et al., 2021). Além disso, o déficit de capacitação especializada compromete a eficácia do atendimento, expondo as vítimas a um ciclo contínuo de violência e falta de proteção adequada. Conforme Oliveira e Nascimento (2024), a ausência de treinamento adequado dos profissionais agrava esse cenário, levando a subnotificações e à perda de dados essenciais para intervenções eficazes.

A escassez de profissionais qualificados também sobrecarrega os serviços existentes, comprometendo a qualidade do atendimento e prejudicando ações preventivas (Oliveira et al., 2020; Luzia et al., 2023), por isso, Souza e Romagnoli (2021) reforçam que o treinamento inadequado e a descontinuidade dos serviços minam a confiança das vítimas em buscar ajuda, prejudicando a eficácia das estratégias de combate à violência sexual.

A falta de infraestrutura e a ausência de estratégias eficazes de conscientização como fatores que perpetuam essa desigualdade (Macedo et al, 2019). E por fim, a subnotificação é agravada pelo silenciamento das vítimas e pela incapacidade dos profissionais de saúde de identificar adequadamente os casos, ocultando a real dimensão do problema (Lourenço et al., 2023; Oliveira et al., 2020).

Em Manaus, apesar de ser uma metrópole com infraestrutura de assistência social relativamente mais desenvolvida, o número de unidades de CREAS é insuficiente para atender à demanda de uma cidade extensa e com população diversificada. Segundo as Orientações Técnicas dos CREAS (Brasil, 2011), municípios de grande porte devem ter uma unidade para cada 200.000 habitantes. No entanto, com base no Censo do IBGE (2022), Manaus, com 2.063.689 habitantes, deveria contar com cerca de 10 unidades, mas possui apenas 5 unidades, conforme o Censo SUAS (2022). Essa carência, agravada pela resistência de alguns profissionais em realizar notificações de maneira adequada e sistemática, compromete a resposta institucional aos casos de VSI (Oliveira et al., 2020; Luzia et al., 2023).

Municípios como Envira, Eirunépe, Santa Isabel do Rio Negro, Urucará, Maués, Tonantins e Pauini, Anori apresentam taxas médias de notificações, mas as taxas de ingressantes no PAEFI variam significativamente. No entanto, em Anori, a ausência de ingressantes reflete uma clara deficiência no sistema de proteção e atendimento, devido à inexistência de CREAS. Isso evidencia a necessidade urgente de ampliar os serviços especializados, principalmente em municípios com infraestrutura limitada. Essa variação sugere a insuficiência de recursos humanos e a precariedade do serviço de proteção e

atendimento, comprometendo a qualidade do atendimento às vítimas, para Santos e Batista (2022) e Luzia et al. (2023) a escassez de profissionais sobrecarrega o CREAS e impacta negativamente a qualidade do apoio. Além disso, Rolim (2018) aponta que a infraestrutura precária dessas unidades limita a eficácia no atendimento às vítimas.

A variação no acesso ao PAEFI e as baixas notificações levantam questões críticas sobre subnotificação e a capacidade de resposta das redes de proteção social, especialmente em áreas remotas e com infraestrutura limitada (Vieira et al., 2017; Oliveira & Nascimento, 2024). Municípios com taxas de notificações muito baixas ou inexistentes refletem a fragilidade dessas redes de proteção. Segundo Oliveira e Nascimento (2024), a falha em identificar e notificar casos, aliada à limitada capacidade dos sistemas de apoio, exige ações imediatas. Além disso, Bronzo e Araújo (2024) destacam que a terceirização e a alta rotatividade de servidores prejudicam a continuidade e a eficácia do atendimento, resultando em falhas no registro e no suporte às vítimas.

Disparidades Positivas (Falta de Apoio Adequado)

Nova Olinda do Norte, Uarini e Parintins são exemplos de municípios com disparidades positivas significativas. A alta taxa de notificações em Nova Olinda do Norte, contrastada com o insuficiente apoio do PAEFI, sugere a necessidade urgente de fortalecer a infraestrutura de apoio e aumentar os recursos humanos. Conforme apontado por Leitão (2019), a falta de suporte adequado compromete a denúncia de casos, o que explica a discrepância entre o volume de notificações e o atendimento insuficiente. Lima e Custódio (2023) reforçam essa perspectiva ao destacar que políticas públicas eficazes, aliadas a recursos e infraestrutura adequados, são fundamentais para prevenir a violência e restaurar direitos violados, sendo cruciais para melhorar a eficácia do CREAS no atendimento às vítimas.

Uarini enfrenta uma situação semelhante, exacerbada pela ausência de um CREAS, o que dificulta ainda mais o fornecimento de suporte adequado. Maia e Barreto (2012) ressaltam que a falta de disposições institucionais específicas para a proteção de crianças e adolescentes favorece a impunidade dos agressores, que muitas vezes escapam das avaliações por suas ações. Broseguini e Iglesias (2020) reforçam a necessidade urgente de estruturas de apoio institucional, destacando que a criação de centros de atendimento especializados é essencial para melhorar a resposta aos casos de VSI.

Parintins também apresenta uma demanda que supera a capacidade atual do PAEFI, destacando a necessidade de ampliar os serviços de proteção e atendimento disponíveis. Essa

situação está de acordo com as observações de Oliveira e Nascimento (2024), que destacam a concentração dos serviços essenciais na capital, Manaus. Por outro lado, Leitão et al. (2021) também apontam que as políticas públicas avançam lentamente em fornecer respostas equitativas para as regiões mais periféricas. Esses fatores reforçam a urgência de descentralizar e expandir os serviços para atender adequadamente às necessidades da população em áreas fora da capital.

Municípios como Manaus e Benjamin Constant, embora possuam uma infraestrutura mais desenvolvida, ainda mostram disparidades significativas. Isso está em consonância com a análise de Oliveira e Nascimento (2024), que destaca que mesmo em áreas com infraestrutura relativamente avançada, como a capital Manaus, persistem grandes lacunas na distribuição equitativa dos serviços, refletindo um desequilíbrio que afeta profundamente o atendimento às necessidades da população.

Apuí, Pauini, Borba, Anori e Manacapuru, enfrentam disparidades que sugerem uma falha significativa na capacidade de resposta dos serviços de proteção e atendimento e destaca a necessidade urgente de fortalecimento da infraestrutura e da alocação de recursos humanos adequados para atender às vítimas. Nesse contexto, Lariú et al. (2020) destaca que a implementação de programas de conscientização e campanhas educativas é fundamental para aumentar a visibilidade do serviço de proteção e atendimento e incentivar a denúncia. Além disso, Vieira et al. (2017) observam que a subnotificação de casos de violência VSI é um desafio significativo nas áreas mais remotas do Amazonas, como evidenciado pelas disparidades entre as taxas de notificação e os ingressantes no PAEFI.

Municípios como Tabatinga e Silves necessitam de avaliações detalhadas das causas subjacentes às disparidades para implementar melhorias efetivas na identificação e atendimento às vítimas. Amaturá, Tapauá, Envira, Santa Isabel do Rio Negro, São Sebastião do Uatumã e Eirunepé apresentam disparidades que requerem atenção específica e intervenções direcionadas. Esses achados reforçam a análise de Oliveira e Nascimento (2024) de que, à medida que nos distanciamos da capital, Manaus, a invisibilidade dos municípios perante as políticas públicas se acentua.

Outros municípios que enfrentam desafios significativos incluem Boca do Acre, Anamã, Tefé, Juruá, Guajará, Itacoatiara, Urucurituba, Jutai e Boa Vista do Ramos. Estes municípios mostram disparidades que indicam possíveis problemas na identificação e notificação de casos de violência sexual, bem como na capacidade de resposta do sistema de apoio. Trevizan et al. (2022) destacam que profissionais da rede de proteção, especialmente na saúde, enfrentam dificuldades na referência e manejo desses casos, exacerbadas pela complexidade da violência

sexual e pela falta de protocolos claros. Lariú et al. (2020) reforçam que a infraestrutura limitada compromete a qualidade dos serviços, impactando diretamente o atendimento e a disposição das vítimas em denunciar.

Disparidades Negativas (Possível Subnotificação ou Resposta Eficaz)

Os municípios com disparidade negativa, como Presidente Figueiredo, Caapiranga e Itapiranga, enfrentam desafios distintos. A disparidade negativa, onde o número de vítimas atendidas pelo PAEFI excede as notificações de VSI, pode indicar tanto subnotificação de casos quanto uma resposta institucional eficaz. Como destaca Leitão (2019), é essencial realizar avaliações contínuas para entender melhor essa dinâmica. Além disso, o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2024) aponta que fatores culturais e sociais podem influenciar a subnotificação, dificultando a denúncia. Prado et al. (2020) reforçam a importância de estratégias comunitárias que promovam a conscientização e incentivem a denúncia de casos de violência sexual.

A baixa notificação não deve ser vista isoladamente, mas como parte de um problema mais complexo, agravado pela falta de padronização no atendimento e pela inadequação das condições oferecidas às vítimas (Marcedo et al., 2019). A ausência de protocolos claros e a dificuldade dos profissionais em identificar sinais de abuso reforçam a necessidade urgente de capacitação contínua (Egry, Apostólico & Moraes, 2018). Por fim, a cooperação entre saúde, assistência social e proteção é essencial para garantir um ambiente que responda efetivamente às necessidades das vítimas (Santos et al., 2017).

Presidente Figueiredo apresenta a disparidade negativa mais alta, sugerindo uma possível eficiência na identificação e atendimento de vítimas por parte do PAEFI. Esses dados corroboram com os argumentos de Leitão et al. (2021) sobre a necessidade de melhorar a divulgação do serviço de proteção e atendimento disponíveis para as vítimas. Sallas et al. (2022) sugerem que a capacitação contínua dos profissionais pode melhorar ainda mais a eficácia dos programas de atendimento. Além disso, a pesquisa de Santos e Teixeira (2023) sugere que a integração entre diferentes setores, como saúde e assistência social, é crucial para melhorar a resposta aos casos de violência.

Municípios como Caapiranga e Itapiranga enfrentam disparidades negativas significativas, indicativas de subnotificação de casos de VSI. Oliveira (2020) destaca que a região Norte possui muitas rotas de tráfico de crianças e adolescentes para exploração sexual, aumentando a urgência de uma notificação precisa. De acordo com Teixeira (2023), a falta de

infraestrutura adequada e a localização geográfica remota são barreiras significativas para a notificação e o atendimento. Além disso, a pesquisa de Ferreira e Prado et al. (2020) aponta que a formação de redes de apoio comunitário pode ser eficaz para melhorar a resposta a esses casos.

Itamarati, Alvarães, Urucará e Canutama refletem desafios semelhantes no acesso ao serviço de proteção e atendimento, com barreiras relacionadas à distância geográfica e infraestrutura limitada, como observam Vieira et al. (2017). Para garantir que as vítimas tenham o suporte necessário, é crucial aprimorar a capacitação dos profissionais e aumentar a capacidade de atendimento, conforme Oliveira et al. (2024) e Trevizan et al. (2022), que destacam a importância de políticas públicas específicas para superar esses desafios.

Rio Preto da Eva e Maués apresentam disparidades negativas menores, mas ainda relevantes, indicando necessidade contínua de aprimorar os serviços para garantir que todas as vítimas recebam o apoio adequado. Maia e Barreto (2012) afirmam que a implementação de redes de apoio comunitárias é essencial para enfrentar a violência sexual de forma eficaz. Lariú et al. (2020) reforçam a necessidade de campanhas de conscientização para aumentar a visibilidade e a eficácia dos serviços de proteção e atendimento.

Municípios com disparidades negativas incluem Nhamundá, Beruri, Coari, Novo Airão, Autazes, Barreirinha, Santo Antônio do Içá, Careiro, Tonantins, Carauari, Humaitá, Barcelos, Careiro da Várzea, Iranduba, Fonte Boa, Manaquiri, Ipixuna, Japurá, Maraã, Atalaia do Norte, Codajás, São Paulo de Olivença, Lábrea, Manicoré, Novo Aripuanã e São Gabriel da Cachoeira. Esses municípios enfrentam uma gama de desafios que incluem subnotificação de casos e dificuldades no acesso ao serviço de proteção e atendimento. Essas disparidades refletem a complexidade da problemática da violência sexual infantojuvenil na região, destacando a necessidade de intervenções específicas para melhorar tanto a identificação quanto o atendimento às vítimas. Vieira et al. (2017) apontam que a falta de infraestrutura e recursos é uma barreira recorrente em áreas remotas, e Leitão et al. (2021) sublinham a importância de políticas públicas específicas para enfrentar esses desafios.

6.6. Considerações Finais

A violência sexual infantojuvenil (VSI) é um grave problema social e de saúde pública, com consequências profundas para o desenvolvimento físico, psicológico e emocional das vítimas. Este estudo destacou disparidades significativas entre as notificações de casos de VSI e os atendimentos realizados pelo Programa de Atendimento Especializado a Famílias e

Indivíduos (PAEFI) no estado do Amazonas, revelando desafios tanto estruturais quanto geográficos que comprometem o acesso adequado aos serviços de proteção e apoio às vítimas.

Os resultados indicam uma discrepância substancial entre as notificações e os atendimentos em muitos municípios, evidenciando uma infraestrutura insuficiente e uma falta de articulação entre as redes de proteção social. Municípios como Nova Olinda do Norte e Uarini apresentam altas taxas de notificações, mas a ausência ou insuficiência de unidades do CREAS limita gravemente a capacidade de atendimento. Em contrapartida, regiões como Presidente Figueiredo e Alvarães apresentam maior capacidade de atendimento em comparação ao número de notificações, sugerindo tanto uma possível subnotificação quanto uma resposta eficaz do programa em identificar e atender as vítimas.

Essa desigualdade reflete a complexidade do cenário da VSI no Amazonas, onde fatores como distâncias geográficas, diversidade cultural, presença de comunidades indígenas e tradicionais, e a precariedade da infraestrutura local agravam a vulnerabilidade das crianças e adolescentes. A ausência de CREAS em muitos municípios e a escassez de profissionais capacitados reforçam a necessidade de investimentos contínuos em infraestrutura e capacitação.

A análise das disparidades revelou, ainda, que muitos municípios enfrentam desafios relacionados à subnotificação, especialmente em áreas remotas onde o acesso aos serviços de saúde e assistência social é limitado. A falta de sensibilização e campanhas educativas nessas regiões também contribui para a invisibilidade dos casos de violência sexual. Além disso, o estudo destacou que, mesmo em áreas urbanas como Manaus, a capacidade dos serviços de atendimento é inferior à demanda, indicando um sistema sobrecarregado e insuficiente para lidar com a magnitude do problema.

Diante deste cenário, torna-se imprescindível fortalecer a integração entre os setores de saúde, assistência social, educação e segurança pública, para que cada notificação resulte em atendimento adequado às vítimas e que os casos não fiquem perdidos em falhas de comunicação interinstitucional. A articulação entre os CREAS e os serviços de saúde deve ser melhorada, garantindo que as vítimas recebam um atendimento contínuo e completo, desde a denúncia até o acompanhamento posterior.

Investir em infraestrutura é crucial, especialmente em municípios com alta demanda, mas em que os serviços são escassos. Isso inclui a criação de mais unidades de CREAS, a melhoria do transporte para áreas remotas e a implementação de tecnologias que possam facilitar a comunicação e o acompanhamento de casos em regiões de difícil acesso. Além disso, a formação contínua de profissionais que atuam na rede de proteção é essencial para garantir que eles estejam capacitados para identificar e encaminhar corretamente os casos de VSI.

Políticas públicas eficazes também devem considerar as particularidades regionais do estado do Amazonas, levando em conta sua vasta extensão territorial, a diversidade cultural e as barreiras geográficas. Para isso, o estudo reforça a necessidade de descentralizar os serviços de atendimento e expandir o alcance do PAEFI para áreas de maior vulnerabilidade, priorizando municípios com maiores disparidades.

Por fim, futuras pesquisas devem focar na avaliação das políticas implementadas, identificando pontos de melhoria na notificação e no atendimento às vítimas de VSI. A coleta de dados mais detalhados e a criação de indicadores regionais específicos podem auxiliar na formulação de intervenções mais eficazes e direcionadas às necessidades de cada município.

Somente com um esforço coordenado, envolvendo todas as esferas de governo e a sociedade civil, será possível reduzir as disparidades no atendimento e proporcionar um suporte mais eficaz e humanizado às vítimas de violência sexual infantojuvenil no Amazonas. A articulação intersetorial é o caminho para garantir que cada criança e adolescente tenha acesso à proteção integral de seus direitos, conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

6.7. Referências

- Bronzo, C., & Araújo, E. T. D. (2024). Desmonte da Política de Assistência Social no Brasil pós 2016: uma tragédia anunciada. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 43, e278905. <https://doi.org/10.1590/0103-3352.2024.43.278905>
- Broseguini, G., & Iglesias, A. (2020). An integrative review of care networks for adolescents who have experienced sexual violence.. *Ciencia & saude coletiva*, 25 12, 4991-5002 . <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.19282018>.
- Cervi, E. U. (2017). *Manual de métodos quantitativos para iniciantes em ciência política*. CPOP-UFPR.
- Código Penal Brasileiro. (1940/2021). Atualizado em 2021. Presidência da República. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
- Conselho Federal de Psicologia (2020). *Referências Técnicas para a atuação de psicólogas(os) na rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual*. (2a ed.). Brasília, DF: CFP.

- Cobo, B., Cruz, C., & Dick, P. C. (2021). Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(09), 4021-4032. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>
- DATASUS. (2021). *Informações de Saúde (TabNet)*. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
- Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. (1940). Código Penal Brasileiro. Presidência da República. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
- Deslandes, S. F., & Campos, D. S. (2015). 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2173-2182. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.13812014>
- Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. (2010). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
- Egry, E., Apostólico, M., & Moraes, T. (2018). Notificação de violência infantil, fluxos de atendimento e processo de trabalho de profissionais de atenção primária à saúde.. *Ciencia & saude coletiva* , 23 1, 83-92 . <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017> .
- Freire, M. C. M., & Pattussi, M. P. (2018). Tipos de estudos. In Estrela, C. (Ed.), *Metodologia científica. Ciência, ensino e pesquisa* (3ª ed., pp. 109-127). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fronteira, I. (2021). *Manual de Epidemiologia*. Edições Almedina.
- Lariú, C. I., Varella, J. F., Natalino, M. A. C., & Da Dalt, S. (2020). Avaliação qualitativa dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social: gestão, organização e implementação dos serviços socioassistenciais. *Revista Brasileira de Avaliação*, 7, 56-81. <http://dx.doi.org/10.4322/rbma201407004>
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

- Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. (2009). Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 5.292, de 8 de junho de 1967, que trata da inviolabilidade do domicílio, para tipificar como crime a invasão de dispositivo informático; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm
- Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. (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). Presidência da República. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm
- Resolução nº 386, de 9 de abril de 2021. (2021). Altera a Resolução nº 253/2018, que define a política institucional do Poder Judiciário de atenção e apoio às vítimas de crimes e atos infracionais, para dispor sobre os Centros Especializados de Atenção à Vítima e dá outras providências. Recuperado de <https://atos.cnj.jus.br/files/original123914202104146076e27264aad.pdf>
- Leitão, C. L. (2019). Mapeamento do atendimento para adolescentes em situação de exploração sexual: Estudos introdutórios na cidade de Manaus. *Amazonica-Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, 22(2), 328-349. Recuperado de <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/5136>
- Leitão, C. L., Silva, I. R., & Wiggers, R. (2021). A história da exploração sexual no Amazonas: Redes em movimento. In C. L. Leitão, M. de S. Torres, & I. R. da Silva (Orgs.), *Construções coletivas de protagonismo para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Amazonas* (pp. 23-42). Alexa Cultural/Edua. https://www.researchgate.net/publication/356727090_Construcoes_Coletivas_de_Protagonismo_para_o_Enfrentamento_da_Violencia_Sexual_contra_Crianças_e_Adolescentes_no_Amazonas
- Lourenço, S. da S., Polidoro, M., Pilotto, L. M., & Martins, A. B.. (2023). Notifications of sexual violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil: a descriptive study, 2014-2018. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 32(2), e2022853. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200004>
- Luzia, E. L. R. de ., & Liporoni, A. A. R. de C.. (2023). CREAS: concepções de violações de direitos e os caminhos do trabalho social. *Serviço Social & Sociedade*, 146(2), e6628317. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.317>

- Macedo, D. M., Foschiera, L. N., Bordini, T. C. P. M., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2019). Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 487-496.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.34132016>
- Maia, A. C., & Barreto, M. (2012). Violência contra crianças e adolescentes no Amazonas: análise dos registros. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 195-204.
- Mastroianni, F. de C., Alves, Ângelo A. R., Fernandes, A. B. A., & Leão, A. M. de C. (2021). Violência sexual infantojuvenil: contribuições e responsabilidades dos profissionais de psicologia. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 12(1supl), 40-62.
<https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n1suplp40>
- Ministério da Saúde. (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.
- Ministério da Saúde. (2021). Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. *Boletim Epidemiológico*, 54(8). Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>
- Ministério da Saúde. (2024). Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2023. *Boletim Epidemiológico*, 55(8). Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>
- Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Abuso sexual infantil. *Clínicas Psiquiátricas Infantis e Adolescentes da América do Norte*, 23(2), 321-337.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.003>
- NOB SUAS 2012. (2012). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Recuperado de https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf
- Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. (2001). Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html
- Oliveira, A. A. R., & Silva, N. M. P. (2019). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Resiliência e protagonismo na Amazônia. *Revista Internacional de Psicologia do*

- Desenvolvimento e da Educação*, 1(2), 215-226.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n2.v1.1690>
- Oliveira, N. F. de ., Moraes, C. L. de ., Junger, W. L., & Reichenheim, M. E.. (2020).
 Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016 . *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 29(1), e2018438. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100012>
- Oliveira, A. A. R., & Silva, N. M. P. (2021). Violência sexual contra crianças e adolescentes na Amazônia: Desafios e dilemas contemporâneos. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 6(7), 15-35. Recuperado de
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/cienciassociais/dilemas-contemporaneos>
- Oliveira , M. de, Cavalcanti, F. M. C., & Nascimento, J. A. do. (2024). Revisitando conceitos e dados sobre violência sexual contra crianças e adolescentes: o Amazonas em debate. *Práxis Educativa*, 19, 1-21. <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.19.22680.018>
- Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS. (2011). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília. Recuperado de
<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>
- Prado, M. F. do ., Antunes, B. B. de P., Bastos, L. dos S. L., Peres, I. T., Silva, A. de A. B. da ., Dantas, L. F., Baião, F. A., Maçaira, P., Hamacher, S., & Bozza, F. A.. (2020). Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 32(2), 224–228. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200030>
- Rolim, M. K. A. D. O. (2018). *Cultura Organizacional e Mudança: Um estudo sobre o sistema socioeducativo no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) na cidade de Cajazeiras* (Bachelor's thesis). Recuperado de
<https://repositorio.ifpb.edu.br/handle/177683/845>
- Sallas, J., Elidio, G. A., Costacurta, G. F., Frank, C. H. M., Rohlf, D. B., Pacheco, F. C., & Guilhem, D. B.. (2022). Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 31(1), e2021303. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100011>
- Santos, H., Souza, R., & Aragão, A. (2018). Análise de decisão em encaminhamentos de crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem ANP. *Journal of the*

- Operational Research Society , 69, 1483 - 1492.
<https://doi.org/10.1080/01605682.2017.1404186> .
- Santos, S. dos, & Batista, A. A. (2022). Assistentes sociais no CREAS: desvelando a prática cotidiana. *Serviço Social Em Revista*, 25(1), 46–63. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2022v25n1p46>
- Santos, T. V. dos. (2017). Metropolização e diferenciações regionais: estruturas intraurbanas e dinâmicas metropolitanas em Belém e Manaus. *Cadernos Metrópole*, 19(40), 865-890. <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2017-4008>
- Santos, V. A. dos, Costa, L. F., & Silva, A. X. da. (2011). As medidas protetivas na perspectiva de famílias em situação de violência sexual. *Psico*, 42(1). Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6463>
- Setúbal Nassar de Carvalho, M., Silva Lima, R., Araújo da Fonseca, T. M., & dos Santos Saraiva, V. C. (2024). Educação permanente, violência e proteção de crianças e adolescentes. *Temporalis*, 24(47), 313–330. <https://doi.org/10.22422/temporalis.2024v24n47p313-330>
- Teixeira, F. F., Gomes, B. de S., Oliveira, V. V. de ., & Leite, R. V.. (2023). Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. *Saúde E Sociedade*, 32(3), e220253pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220253pt>
- Trevizan, F., Siqueira, R., Aragão, A., Santos, H., & Sabino, F. (2022). A Meta-Analytic Framework for Developing Protocols to Attend Child and Adolescent Victims of Sexual Violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095233>.
- Thery, H., & de Mello-Thery, N. A. (2012). Disparidades e dinâmicas territoriais no Brasil. *Revista do Departamento de Geografia*, 68-91. <https://doi.org/10.7154/RDG.2012.0112.0005>
- Torres, M. de S., Freitas, C. P. P. de, & Habigzang, L. F. (2022). Atitudes e tomada de decisão de profissionais na avaliação de situações de abuso sexual. *Psico*, 53(1), e38930. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.38930>
- UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2021). *Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>

- Vega, L. B. da S., & Paludo, S. dos S. (2015). Exploração sexual e rede de proteção na perspectiva da vítima. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(2), 47-60. Recuperado em 02 de julho de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000200005&lng=pt&tlng=pt
- Vieira, M. S., de Oliveira, S. B., & de Almeida Sókora, C. (2017). A violência sexual contra crianças e adolescentes: particularidades da região Norte do Brasil. *Revista Intellector-ISSN 1807-1260-[CENEGRI]*, 13(26), 136-151. <http://www.cenegri.org.br/intellector/ojs-2.4.3/index.php/intellector/article/view/126/88>
- Viva: Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada (2ª ed.). (2016). Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
- Von Hohendorff, J., Nelson-Gardell, D., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2017). Um modelo conceitual integrativo para melhor compreensão da dinâmica da violência sexual contra crianças. In Dell'Aglio, D., & Koller, S. (Eds.), *Crianças e jovens vulneráveis no Brasil*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65033-3_6
- Waniez, P. (2007). *Philcarto: versão 4.xx para Windows – manual do usuário*. Tradução e Adaptação para o português de Eduardo Paulon Girardi. Disponível em: <http://williambarreto.pbworks.com/f/Manual+Philcarto+PT.pdf>. Acesso em: 4 de agosto de 2009.
- Walker-Descartes, I., Hopgood, G., Condado, LV, & Legano, L. (2021). Violência sexual contra crianças. *Clínicas Pediátricas*, 68 (2), 427-436. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.12.006>

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual contra crianças e adolescentes é uma das formas mais graves de violação dos direitos humanos, especialmente quando envolve populações vulneráveis, como as presentes na Região Norte do Brasil. Esta dissertação revelou que, apesar das políticas públicas estabelecidas para a proteção e intervenção em casos de violência sexual infantojuvenil, existem lacunas críticas na cobertura e no funcionamento dos serviços

especializados. A insuficiência de equipamentos, como os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), é um fator determinante que limita a eficácia das intervenções. Municípios de pequeno porte, que compõem a maior parte da região, são os mais afetados, resultando em um quadro de vazio assistencial.

O primeiro estudo realizou um mapeamento da distribuição dos serviços na Região Norte, evidenciando uma distribuição desigual dos CREAS e CAPSi. Essa desigualdade não se refere apenas à quantidade de equipamentos disponíveis, mas também à sua capacidade de atender adequadamente à população. A análise quantitativa realizada demonstrou que a cobertura por habitante desses serviços está muito abaixo do ideal recomendado pelas políticas públicas nacionais. Além disso, a falta de obrigatoriedade de implantação de CREAS e CAPSi em regiões com menos de 20 a 70 mil habitantes contribui para perpetuar a escassez de atendimento, o que, por sua vez, afeta diretamente a proteção das vítimas de violência sexual.

O segundo estudo analisou as disparidades significativas entre as notificações e os atendimentos realizados pelo Programa de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) as vítimas de violência sexual infantojuvenil, no estado do Amazonas. Embora algumas regiões apresentem altos índices de notificações e atendimentos, outras sofrem com subnotificação e atendimento inadequado, especialmente em áreas mais remotas e com menos infraestrutura. As barreiras geográficas, a falta de profissionais capacitados e as dificuldades na articulação entre os setores de saúde e assistência social foram fatores recorrentes nas regiões de menor cobertura. Estes obstáculos revelam a necessidade de uma estratégia mais eficaz e coordenada entre os diferentes níveis de governo e setores envolvidos.

As dificuldades enfrentadas pela Região Norte, em particular, refletem um cenário de desigualdade na oferta de serviços de proteção social e de saúde mental. A vastidão territorial, a diversidade cultural e as barreiras de acesso reforçam a necessidade de políticas públicas que levem em consideração as especificidades locais. A ausência de uma rede de proteção robusta em municípios pequenos e em áreas rurais e indígenas não apenas impede o atendimento adequado das vítimas, mas também perpetua um ciclo de violência que poderia ser prevenido com ações integradas e bem coordenadas.

É imprescindível que se invista na ampliação e fortalecimento da rede de assistência à violência sexual infantojuvenil na Região Norte. A criação de novos CREAS e CAPSi, principalmente em áreas de difícil acesso, é uma medida urgente e necessária. Esses equipamentos, quando adequadamente distribuídos e com equipes multidisciplinares capacitadas, podem oferecer um suporte mais completo às crianças e adolescentes vítimas de

violência, garantindo que o ciclo de abuso seja interrompido e que o processo de recuperação física, emocional e social seja efetivo. Além disso, é fundamental que haja um maior investimento na formação continuada dos profissionais que atuam diretamente com esse público, como assistentes sociais, psicólogos e educadores, para que eles estejam preparados para lidar com as especificidades das vítimas de violência sexual.

A importância de uma abordagem multissetorial também ficou evidente ao longo da pesquisa. A integração entre os setores de saúde, assistência social, educação e justiça é vital para garantir que as vítimas recebam o atendimento necessário e que os casos de violência sejam devidamente registrados e acompanhados. A atuação conjunta dessas áreas pode ajudar a superar algumas das dificuldades encontradas, como a subnotificação e o tratamento inadequado dos casos de violência sexual. Investir em campanhas de conscientização e em estratégias de articulação entre esses setores pode resultar em um aumento significativo na identificação dos casos de violência, bem como na melhora da qualidade dos atendimentos prestados.

Portanto, conclui-se que o fortalecimento das políticas públicas de enfrentamento à violência sexual infantojuvenil na Região Norte passa necessariamente por uma expansão da rede de proteção, com investimentos direcionados à criação e qualificação de equipamentos especializados. O cenário atual demonstra que há muito a ser feito para que as políticas de prevenção e intervenção sejam efetivas e garantam os direitos das crianças e adolescentes, especialmente nas áreas mais vulneráveis e de difícil acesso. As disparidades regionais evidenciadas neste estudo devem ser vistas como uma oportunidade para que gestores públicos, tanto em nível local quanto federal, possam repensar e aprimorar as estratégias de combate à violência sexual infantojuvenil, assegurando que todas as crianças e adolescentes, independentemente de sua localização geográfica, possam ter acesso aos serviços de que necessitam para viver de forma segura e digna.

Dessa forma, a presente dissertação reforça a importância de se avançar na implementação de uma rede de serviços integrados e acessíveis em todos estados que compõe a regiões da Região Norte do Brasil, e destaca que apenas com uma atuação efetiva, coordenada e sensível às especificidades locais será possível reverter o atual cenário de desproteção e garantir um futuro mais seguro para as crianças e adolescentes dessa região.

REFERÊNCIAS

- Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child abuse & neglect*, 86, 167–177.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019>
- Ávila, T. P. (2017). Políticas públicas de prevenção primária à violência contra a mulher: lições da experiência australiana. *Revista Gênero*, 17(2).
<https://doi.org/10.22409/rg.v17i2.944>
- Arruda da Silva, P., Lerch Lunardi, V., Dalke Meucci, R., & Algeri, S. (2018). Proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência: olhares dos profissionais de um serviço especializado. *Investigación y Educación en Enfermería*, 36(3).
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n3e02>
- Braga, I. A. (2019). O trabalho do assistente social no Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS): Trabalho e subordinação profissional. In *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/336199/20791730>
- Brasil. Ministério da Saúde. (n.d.). Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS.
<http://www.datasus.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2015). Saúde mental em dados (12a ed., Vol. 10).
https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
- Bronzo, C., & Araújo, E. T. D. (2024). Desmonte da Política de Assistência Social no Brasil pós 2016: uma tragédia anunciada. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 43, e278905. <https://doi.org/10.1590/0103-3352.2024.43.278905>
- Broseguini, G., & Iglesias, A. (2020). An integrative review of care networks for adolescents who have experienced sexual violence.. *Ciencia & saude coletiva*, 25 12, 4991-5002 .
<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.19282018>.
- Broseguini, G. B., & Iglesias, A. (2020). Revisão integrativa sobre redes de cuidados aos adolescentes em situação de violência sexual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4991-5002. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.19282018>
- Cervi, E. U. (2017). *Manual de métodos quantitativos para iniciantes em ciência política*. CPOP-UFPR.

- Chiang, L., Miedema, S., Saul, J., Mercy, J., Brooks, A., Butchart, A., et al. (2024). Successful child sexual violence prevention efforts start with data: How the Violence Against Children and Youth Survey helped curb the tide of child sexual violence in 20 countries. *BMJ Paediatrics Open*, 8(1). <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2024-002497>
- Costa, M. M. M., & de Moura, A. S. (2020). A violência intrafamiliar tornou-se um problema de saúde pública no Brasil: reflexões a partir das práticas restaurativas enquanto políticas públicas de prevenção. *Direitos Humanos E Vulnerabilidades*, 55. <https://crbnacional.org.br/wp-content/uploads/2021/01/EBOOK-PDF-final-155x225mm-170-DIREITOS-HUMANOS-E-VULNERABILIDADES.pdf>
- Cordova-Pozo, K. L., Santosh, S., Anishettar, M. K., & Chokhandre, P. (2023). Trends in child marriage, sexual violence, early sexual intercourse and the challenges for policy interventions to meet the sustainable development goals. *International Journal for Equity in Health*, 22, 250. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02060-9>
- Conselho Federal de Psicologia (2020). *Referências Técnicas para a atuação de psicólogas(os) na rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual*. (2a ed.). Brasília, DF: CFP.
- Cobo, B., Cruz, C., & Dick, P. C. (2021). Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(09), 4021-4032. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Brasília (DF): Senado Federal. https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
- Código Penal Brasileiro. (1940/2021). Atualizado em 2021. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
- Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. (1940). Código Penal Brasileiro. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
- Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. (2010). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf

- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). (2024, 13 de outubro). *Informações de Saúde*. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>
- Deslandes, S. F., & Campos, D. S. (2015). 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2173-2182. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.13812014>
- Egry, E., Apostólico, M., & Moraes, T. (2018). Notificação de violência infantil, fluxos de atendimento e processo de trabalho de profissionais de atenção primária à saúde.. *Ciencia & saude coletiva* , 23 1, 83-92 . <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017> .
- Ferreira, S. S. (2011). *NOB-RH Anotada e Comentada*. Brasília (DF): MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NOB-RH_SUAS_Anotada_Comentada.pdf
- Freire, M. C. M., & Pattussi, M. P. (2018). Tipos de estudos. In Estrela, C. (Ed.), *Metodologia científica. Ciência, ensino e pesquisa* (3ª ed., pp. 109-127). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fronteira, I. (2021). *Manual de Epidemiologia*. Edições Almedina.
- Habigzang, L. F. (2018). *Manual de Capacitação Profissional para Atendimentos em Situações de Violência*. Porto Alegre: EDIPUCRS. <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/15154038-manual-de-capacitacao-profissional-para-atendimento-em-situacoes-de-violencia-pucrs.pdf>
- Hirschheimer, M. R., & Pfeiffer, L. (2018). *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. R. D. Waksman (Ed.). CFM. https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adolescentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%A2ncia_2018.pdf
- Hohendorff, J. V., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2015). Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: Panorama e alternativas de atendimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 182-198. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000202014>
- IBGE. (2021). *Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2021*.

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>

- Lariú, C. I., Varella, J. F., Natalino, M. A. C., & Da Dalt, S. (2020). Avaliação qualitativa dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social: gestão, organização e implementação dos serviços socioassistenciais. *Revista Brasileira de Avaliação*, 7, 56-81. <http://dx.doi.org/10.4322/rbma201407004>
- Leitão, C. L. (2019). Mapeamento do atendimento para adolescentes em situação de exploração sexual: Estudos introdutórios na cidade de Manaus. *Amazônica-Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, 22(2), 328-349. Recuperado de <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/5136>
- Leitão, C. L., Silva, I. R., & Wiggers, R. (2021). A história da exploração sexual no Amazonas: Redes em movimento. In C. L. Leitão, M. de S. Torres, & I. R. da Silva (Orgs.), *Construções coletivas de protagonismo para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Amazonas* (pp. 23-42). Alexa Cultural/Edua. https://www.researchgate.net/publication/356727090_Construcoes_Coletivas_de_Protagonismo_para_o_Enfrentamento_da_Violencia_Sexual_contra_Crianças_e_Adolescentes_no_Amazonas
- Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. (2017, 4 de abril). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13431-4-abril-2017-784569-publicacaooriginal-152306-pl.html>
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. (2009). Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 5.292, de 8 de junho de 1967, que trata da inviolabilidade do domicílio, para tipificar como crime a invasão de dispositivo informático; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm
- Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. (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). Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm

- Lourenço, S. da S., Polidoro, M., Pilotto, L. M., & Martins, A. B.. (2023). Notifications of sexual violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil: a descriptive study, 2014-2018. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 32(2), e2022853. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200004>
- Luzia, E. L. R. de ., & Liporoni, A. A. R. de C.. (2023). CREAS: concepções de violações de direitos e os caminhos do trabalho social. *Serviço Social & Sociedade*, 146(2), e6628317. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.317>
- Macedo, D. M., Foschiera, L. N., Bordini, T. C. P. M., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2019). Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 487-496. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.34132016>
- Machado, J. C., Rodrigues, V. P., Vilela, A. B. A., Simões, A. V., Morais, R. L. G. L., & Rocha, E. N.. (2014). Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saúde E Sociedade*, 23(3), 828–840. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>.
- Maia, A. C., & Barreto, M. (2012). Violência contra crianças e adolescentes no Amazonas: análise dos registros. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 195-204.
- Mastroianni, F. de C., Alves, Ângelo A. R., Fernandes, A. B. A., & Leão, A. M. de C. (2021). Violência sexual infantojuvenil: contribuições e responsabilidades dos profissionais de psicologia. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 12(1supl), 40–62. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n1suplp40>
- McGuier, E. A., Campbell, K. A., Byrne, K. A., Shepard, L. D., & Keeshin, B. R. (2023). Traumatic stress symptoms and PTSD risk in children served by Children’s Advocacy Centers. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1202085. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1202085>
- Melo, R., Carlos, D., Freitas, L., Roque, E., Aragão, A., & Ferriani, M. (2020). Rede de proteção na assistência a crianças, adolescentes e seus familiares em situação de violência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190380>
- Ministério da Saúde. (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.
- Ministério da Saúde. (2021). Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. *Boletim Epidemiológico*, 54(8). Recuperado de

- <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>
- Ministério da Saúde. (2024). Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2023. *Boletim Epidemiológico*, 55(8). Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>
- Ministério da Cidadania (MDS). (2021-2022). *Censo SUAS – Bases e resultados*. <https://apli.md.gov.br/sagi/snas/vigilancia/index2.php>
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS]. (2014). Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.
- Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Abuso sexual infantil. *Clínicas Psiquiátricas Infantis e Adolescentes da América do Norte*, 23(2), 321-337. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.003>
- NOB SUAS 2012. (2012). Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Recuperado de https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf
- Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. (2001). Brasil. Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html
- Oliveira, A. M. N., Marques, L. A., Silva, P. A., Prestes, R. C., Biondi, H. S., & Silva, B. T. (2015). Perception of healthcare professionals regarding primary interventions: preventing domestic violence. *Texto & Contexto*, 24(2), 424-31. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000092014>
- Oliveira, A. A. R., & Silva, N. M. P. (2019). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Resiliência e protagonismo na Amazônia. *Revista Internacional de Psicologia do Desenvolvimento e da Educação*, 1(2), 215-226. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n2.v1.1690>
- Oliveira, N. F. de., Moraes, C. L. de., Junger, W. L., & Reichenheim, M. E.. (2020). Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. *Epidemiologia E*

Serviços De Saúde, 29(1), e2018438. [https://doi.org/10.5123/S1679-](https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100012)

49742020000100012

- Oliveira, A. A. R., & Silva, N. M. P. (2021). Violência sexual contra crianças e adolescentes na Amazônia: Desafios e dilemas contemporâneos. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 6(7), 15-35. Recuperado de <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/cienciassociais/dilemas-contemporaneos>
- Oliveira, M. de, Cavalcanti, F. M. C., & Nascimento, J. A. do. (2024). Revisitando conceitos e dados sobre violência sexual contra crianças e adolescentes: o Amazonas em debate. *Práxis Educativa*, 19, 1-21. <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.19.22680.018>
- Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social- CREAS. (2011). Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. Recuperado de <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>
- Pinto, I., Pimenta, I., Alves, M., Santos, A., Melo, C., Evangelista, J., et al. (2023). Estudo descritivo dos casos notificados de violência sexual e serviços de atenção especializada no estado de Minas Gerais, Brasil, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 32. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300002.en>
- Platt, V. B., Back, I. de C., Hauschild, D. B., & Guedert, J. M. (2018). Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1019-1031. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>
- Platt, V. B., Back, I. de C., Hauschild, D. B., & Guedert, J. M.. (2018). Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1019–1031. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>
- Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social; 2013. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS. Acesso em: 10 jul. 2023.
- Política nacional de assistência social, PNAS-2004: Norma Operacional Básica NOB-SUAS. (2004). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2019/07/PNAS_2004.pdf

- Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. (2017, 3 de outubro). *Diário Oficial da União*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html
- Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. (2002, 19 de fevereiro). *Diário Oficial da União*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Prado, M. F. do ., Antunes, B. B. de P., Bastos, L. dos S. L., Peres, I. T., Silva, A. de A. B. da ., Dantas, L. F., Baião, F. A., Maçaira, P., Hamacher, S., & Bozza, F. A.. (2020). Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 32(2), 224–228. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200030>
- Resolução nº 299, de 5 de novembro de 2019. (2019, 5 de novembro). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3110>
- Resolução nº 386, de 9 de abril de 2021. (2021). Altera a Resolução nº 253/2018, que define a política institucional do Poder Judiciário de atenção e apoio às vítimas de crimes e atos infracionais, para dispor sobre os Centros Especializados de Atenção à Vítima e dá outras providências. Recuperado de
<https://atos.cnj.jus.br/files/original123914202104146076e27264aad.pdf>
- Riba, A. C., & Zioni, F. (2022). O corpo da criança como receptáculo da violência física: análise dos dados epidemiológicos do Viva/Sinan. *Saúde em Debate*, 46(spe5), 193-207. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E516>
- Rolim, M. K. A. D. O. (2018). *Cultura Organizacional e Mudança: Um estudo sobre o sistema socioeducativo no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) na cidade de Cajazeiras* (Bachelor's thesis). Recuperado de
<https://repositorio.ifpb.edu.br/handle/177683/845>
- Rossato, L., Santeiro, T. V., Barroso, S. M., & Comin, F. S. (2018). Perfil de atendimentos psicológicos em contextos de violência sexual infantojuvenil: revisão integrativa da literatura. *Contextos Clínicos*, 11(3), 297-309. <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.02>
- Sallas, J., Elidio, G. A., Costacurta, G. F., Frank, C. H. M., Rohlf, D. B., Pacheco, F. C., & Guilhem, D. B.. (2022). Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 31(1), e2021303. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100011>
- Santos, H., Souza, R., & Aragão, A. (2018). Análise de decisão em encaminhamentos de crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem ANP. *Journal of the*

- Operational Research Society , 69, 1483 - 1492.
<https://doi.org/10.1080/01605682.2017.1404186> .
- Santos, S. dos, & Batista, A. A. (2022). Assistentes sociais no CREAS: desvelando a prática cotidiana. *Serviço Social Em Revista*, 25(1), 46–63. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2022v25n1p46>
- Santos, T. V. dos. (2017). Metropolização e diferenciações regionais: estruturas intraurbanas e dinâmicas metropolitanas em Belém e Manaus. *Cadernos Metrópole*, 19(40), 865-890. <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2017-4008>
- Santos, V. A. dos, Costa, L. F., & Silva, A. X. da. (2011). As medidas protetivas na perspectiva de famílias em situação de violência sexual. *Psico*, 42(1). Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6463>
- Setúbal Nassar de Carvalho, M., Silva Lima, R., Araújo da Fonseca, T. M., & dos Santos Saraiva, V. C. (2024). Educação permanente, violência e proteção de crianças e adolescentes. *Temporalis*, 24(47), 313–330. <https://doi.org/10.22422/temporalis.2024v24n47p313-330>
- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). (2017). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social. http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/co_cepacao_fortalecimento_vinculos.pdf. Acesso em 10 jul. 2023.
- Silva, M., Milbrath, V., Freitag, V., Gabatz, R., Bazzan, J., & Maciel, K. (2019). Cuidados com crianças e adolescentes vítimas de violência: sentimentos de profissionais de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery*. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0215>
- Villodas, M. T., Morelli, N. M., Hong, K., Duong, J., Evans, M. C., Elson, D., Rose, E., Picci, G., & Fishbein, D. (2021). Differences in late adolescent psychopathology among youth with histories of co-occurring abuse and neglect experiences. *Child abuse & neglect*, 120, 105189. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105189>
- Viva: Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada (2ª ed.). (2016). Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

- Von Hohendorff, J., & Patias, N. D. (2017). Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. *Barbarói*, (49), 239.
DOI:10.17058/barbaroi.v0i49.9474
- Teixeira, F. F., Gomes, B. de S., Oliveira, V. V. de ., & Leite, R. V.. (2023). Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. *Saúde E Sociedade*, 32(3), e220253pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220253pt>
- Trevizan, F., Siqueira, R., Aragão, A., Santos, H., & Sabino, F. (2022). A Meta-Analytic Framework for Developing Protocols to Attend Child and Adolescent Victims of Sexual Violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095233>.
- Thery, H., & de Mello-Thery, N. A. (2012). Disparidades e dinâmicas territoriais no Brasil. *Revista do Departamento de Geografia*, 68-91.
<https://doi.org/10.7154/RDG.2012.0112.0005>
- Teló, F., Gasparotto, A., Medeiros, L., & Saraiva, R. (2021). Terra e Justiça Transicional no Brasil. *Revista Internacional de Justiça Transicional*.
<https://doi.org/10.1093/ijtj/ijaa035>
- Torres, M. de S., Freitas, C. P. P. de, & Habigzang, L. F. (2022). Atitudes e tomada de decisão de profissionais na avaliação de situações de abuso sexual. *Psico*, 53(1), e38930. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.38930>
- Trevizan, F., Siqueira, R., Aragão, A., Santos, H., & Sabino, F. (2022). Um arcabouço meta-analítico para o desenvolvimento de protocolos de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 5233. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095233>
- UNICEF. (2021). *Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. <https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>
- UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2021). *Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. Disponível em:
<https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>
- Vega, L. B. da S., & Paludo, S. dos S. (2015). Exploração sexual e rede de proteção na perspectiva da vítima. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(2), 47-60. Recuperado em 02 de julho de 2024, de

- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000200005&lng=pt&tlng=pt
- Vieira, M. S., de Oliveira, S. B., & de Almeida Sókora, C. (2017). A violência sexual contra crianças e adolescentes: particularidades da região Norte do Brasil. *Revista Intellector-ISSN 1807-1260-[CENEGRI]*, 13(26), 136-151.
<http://www.cenegri.org.br/intellector/ojs-2.4.3/index.php/intellector/article/view/126/88>
- Vieira, M. S., de Oliveira, S. B., & de Almeida Sókora, C. (2017). A violência sexual contra crianças e adolescentes: particularidades da região Norte do Brasil. *Intellector*, 13(26), 136-151. <http://www.cenegri.org.br/intellector/ojs-2.4.3/index.php/intellector/article/view/126/88>
- Villodas, M. T., Morelli, N. M., Hong, K., Duong, J., Evans, M. C., & Elson, D., et al. (2021). Differences in late adolescent psychopathology among youth with histories of co-occurring abuse and neglect experiences. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105189.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105189>
- Von Hohendorff, J., & Patias, N. D. (2017). Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. *Barbarói*, 49, 239.
<https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.9474>
- Von Hohendorff, J., Nelson-Gardell, D., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2017). Um modelo conceitual integrativo para melhor compreensão da dinâmica da violência sexual contra crianças. In Dell'Aglío, D., & Koller, S. (Eds.), *Crianças e jovens vulneráveis no Brasil*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65033-3_6
- Waniez, P. (2007). *Philcarto: versão 4.xx para Windows – manual do usuário*. Tradução e Adaptação para o português de Eduardo Paulon Girardi. Disponível em: <http://williambarreto.pbworks.com/f/Manual+Philcarto+PT.pdf>. Acesso em: 4 de agosto de 2009.
- Walker-Descartes, I., Hopgood, G., Condado, LV, & Legano, L. (2021). Violência sexual contra crianças. *Clínicas Pediátricas*, 68 (2), 427-436.
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.12.006>

APÊNDICE 1

Preparação e Análise Interquartil dos Dados de Notificações e Ingressos no PAEFI Vítimas de Violência Sexual Infantojuvenil

Para o método do intervalo interquartil (IQR), primeiramente seguiu a tabulação dos dados organizado por: localidades geográficas (municípios), população municipal, número de notificações e taxa por 100 mil habitantes, ingressantes no PAEFI e taxa por 100 mil habitantes. Para calcular a taxa média ajustada à população para cada município ao longo dos cinco anos, foi realizado os seguintes procedimentos:

1. Para cada município, somou-se o total de casos de notificações de VSI e ingressantes no PAEFI vítimas de VSI durante os cinco anos.
2. Em seguida, somaram-se as populações correspondentes desses municípios durante o mesmo período de cinco anos.
3. Para cada município, dividiu-se o total de casos pelo total da população correspondente.
4. O resultado dessa divisão foi multiplicado por 100.000 para obter a taxa por 100 mil habitantes.
5. Este processo foi repetido para todos os municípios, e os dados organizados em uma tabela conforme a seguir:

Municípios	População	Total de Notificações de VSI por Municípios	Taxa/100 mil habitantes	Ingressantes no PAEFI	Taxa/100 mil Habitantes
Alvarães	15.866	18	113,45	102	642,88
Amaturá	10.819	10	92,43	0	0,00
Anamã	9962	5	50,19	0	0,00
Anori	17194	19	110,50	0	0,00
Apuí	20647	36	174,36	0	0,00
Atalaia do Norte	15314	52	339,56	67	437,51
Autazes	41564	24	57,74	123	295,93
Barcelos	18834	12	63,71	47	249,55
Barreirinha	31051	53	170,69	120	386,46
Benjamin Constant	37648	182	483,43	107	284,21

Beruri	20718	18	86,88	88	424,75
Boa Vista do Ramos	23785	28	117,72	28	117,72
Boca do Acre	35447	31	87,45	13	36,67
Borba	33080	98	296,25	51	154,17
Caapiranga	13469	9	66,82	158	1173,06
Canutama	16869	16	94,85	98	580,95
Carauari	28742	13	45,23	68	236,59
Careiro	30792	20	64,95	83	269,55
Careiro da Várzea	19637	15	76,39	47	239,34
Coari	70616	82	116,12	271	383,77
Codajás	23549	8	33,97	24	101,92
Eirunepé	33170	36	108,53	18	54,27
Envira	17186	20	116,37	9	52,37
Fonte Boa	25871	0	0,00	39	150,75
Guajará	13815	2	14,48	0	0,00
Humaitá	57473	68	118,32	176	306,23
Ipixuna	24311	3	12,34	34	139,85
Irlanduba	61163	36	58,86	131	214,18
Itacoatiara	103598	232	223,94	222	214,29
Itamarati	10937	2	18,29	78	713,18
Itapiranga	10162	5	49,20	96	944,70
Japurá	8858	12	135,47	22	248,36
Juruá	10742	3	27,93	0	0,00
Jutaí	25172	25	99,32	23	91,37
Lábrea	45448	34	74,81	52	114,42
Manacapuru	101883	345	338,62	234	229,68
Manaquiri	17107	7	40,92	31	181,21
Manaus	2063689	5370	260,21	1086	52,62
Manicoré	53914	49	90,89	67	124,27
Maraã	15529	27	173,87	43	276,90
Maués	61204	62	101,30	318	519,57
Nhamundá	20136	3	14,90	84	417,16
Nova Olinda do Norte	27062	218	805,56	53	195,85
Novo Airão	15761	53	336,27	92	583,72
Novo Aripuanã	23818	4	16,79	11	46,18
Parintins	96372	334	346,57	83	86,12
Pauini	19373	33	170,34	0	0,00
Presidente Figueiredo	30668	34	110,86	448	1460,81
Rio Preto da Eva	24936	30	120,31	140	561,44
Santa Isabel do Rio Negro	14164	15	105,90	6	42,36
Santo Antônio do Içá	28211	14	49,63	73	258,76
São Gabriel da Cachoeira	51795	50	96,53	57	110,05
São Paulo de Olivença	32967	30	91,00	48	145,60

São Sebastião do Uatumã	11670	7	59,98	0	0,00
Silves	11559	11	95,16	0	0,00
Tabatinga	66764	133	199,21	63	94,36
Tapauá	19599	42	214,30	24	122,46
Tefé	73669	354	480,53	327	443,88
Tonantins	19247	19	98,72	58	301,35
Uarini	14431	68	471,21	0	0,00
Urucará	18631	19	101,98	117	627,99
Urucurituba	23945	10	41,76	8	33,41

Método Interquartil (IQR)

A análise com o método interquartil (IQR) foi elaborada com cada conjunto de dados apresentado anteriormente, formando assim uma sequência de etapas:

1. **Ordenar os dados:** ordenação dos valores em ordem crescente.
2. **Identificar a posição dos quartis:** as posições dos quartis são calculadas com a fórmula $Q_i = \frac{(n + 1) \times i}{4}$, onde Q_i é o quartil desejado (no caso, i pode ser 1, 2 ou 3, representando respectivamente Q_1 , Q_2 e Q_3), e n o número total de observações.
3. **Interpolação linear:** quando a posição do quartil não é um número inteiro, utiliza-se a interpolação linear para calcular o valor do quartil. A fórmula para Q_1 , por exemplo, utilizada quando a posição encontrada do quartil não é um número inteiro, calculada com a fórmula $Q_1 = (1 - f) \times x_j + f \times x_{j+1}$, onde f é a fração da distância entre os valores ao redor do quartil desejado, x_j é o valor na posição inferior ao quartil, e x_{j+1} é o valor na posição superior ao quartil.

Análise das Taxas Notificações de Violência Sexual Infantojuvenil por 100 Mil Habitantes

Passo 1: Ordenação dos dados (valores do número de notificações de violência sexual infantojuvenil por 100 mil habitantes):

0,00	12,34	14,48	14,90	16,79	18,29	27,93	33,97	40,92	41,76
45,23	49,20	49,63	50,19	57,74	58,86	59,98	63,71	64,95	66,82
74,81	76,39	86,88	87,45	90,89	91,00	92,43	94,85	95,16	96,53
98,72	99,32	101,30	101,98	105,90	108,53	110,50	110,86	113,45	116,12
116,37	117,72	118,32	120,31	135,47	170,34	170,69	173,87	174,36	199,21
214,30	223,94	260,21	296,25	336,27	338,62	339,56	346,57	471,21	480,53
483,43	805,56								

Passo 2: Identificar a posição dos quartis:

$$Q1 = \frac{(62+1) \times 1}{4} = \frac{63}{4} = 15,75$$

$$Q2 = \frac{(62+1) \times 2}{4} = \frac{126}{4} = 31,5$$

$$Q3 = \frac{(62+1) \times 3}{4} = \frac{189}{4} = 47,25$$

Passo 3: Interpolação linear

Para o primeiro quartil (Q1), como a posição 15,75 não é um número inteiro, foi feita a interpolação linear entre os valores das posições 15 e 16. O valor na posição 15 é 57,74 e o valor na posição 16 é 58,86.

A fórmula para interpolação linear: $Q1 = (1 - f) \times x_{15} + f \times x_{16}$

- f é a fração da distância entre os valores ao redor do quartil desejado;
- x_{15} é o valor na posição 15;
- x_{16} é o valor na posição 16.

Como $f = 0,75$, então:

$$Q1 = (1 - 0,75) \times 57,74 + 0,75 \times 58,86$$

$$Q1 = 0,25 \times 57,74 + 0,75 \times 58,86$$

$$Q1 = 14,435 + 44,145$$

$$Q1 = 58,58$$

Portanto, o primeiro quartil (Q1) é $Q1 = 58,58$.

Interpolação linear para Q2:

Como a posição exata da mediana seria 31,5. A mediana está entre as observações nas posições 31 e 32 (que são números inteiros adjacentes). Dado as 62 observações (62 municípios), a mediana seria a média dos valores dessas duas posições. A posição 31 que corresponde ao valor 98,72 e a posição 32 corresponde ao valor 99,32. A mediana (Q2) será a média desses dois valores:

$$Q2 = \frac{98,72 + 99,32}{2}$$

$$Q2 = \frac{198,04}{2}$$

$$Q2 = 99,02$$

Portanto, o segundo quartil (Q2 - Mediana) é aproximadamente 99,02.

Interpolação linear para Q3:

Para o terceiro quartil (Q3), como essa posição 47,25 não é um número inteiro, foi necessário usar a interpolação linear entre os valores das posições 47 e 48 na tabela ordenada. O valor na posição 47 é 170,69 e o valor na posição 48 é 173,87.

$$\text{A fórmula para interpolação linear: } Q3 = (1 - f) \times x_{47} + f \times x_{48}$$

- f é a fração da distância entre os valores ao redor do quartil desejado;
- $X_{(47)}$ é o valor na posição 47;
- $X_{(48)}$ é o valor na posição 48.

Como $f = 0.25$, então:

$$Q3 = (1 - 0,25) \times 170,69 + 0,25 \times 173,87$$

$$Q3 = 0,75 \times 170,69 + 0,25 \times 173,87$$

$$Q3 = 128,0175 + 43,4675$$

$$Q3 = 171,485$$

Portanto, o terceiro quartil (Q3) aproximado é 171,49.

Após calcular os quartis com base nos dados a distribuição são as seguintes:

- Q1 (primeiro quartil): 58,58.
- Q2 (segundo quartil - mediana): 99,02.
- Q3 (terceiro quartil): 171,49.

Com base na análise dos números de notificações de violência sexual infantojuvenil por 100 mil habitantes, e após o cálculo dos quartis, os intervalos ficaram da seguinte forma:

Intervalo 1: Valores até o primeiro quartil (Q1)

Intervalo 2: Valores entre o primeiro quartil (Q1) e a mediana (Q2)

Intervalo 3: Valores entre a mediana (Q2) e o terceiro quartil (Q3)

Intervalo 4: Valores entre o terceiro quartil (Q3) e o valor máximo

Intervalo 5: Valores iguais ao valor máximo

Para a avaliação, os cinco intervalos são:

Intervalo 1 (Muito Baixo): 0 a Q1

Intervalo 2 (Baixo): Q1 a Mediana

Intervalo 3 (Médio): Mediana a Q3

Intervalo 4 (Alto): Q3 a 1.5 vezes o Interquartil Range (IQR) acima da Q3

Intervalo 5 (Muito Alto): Acima de 1.5 vezes o IQR acima da Q3

Para calcular o Intervalo 4 (Alto), precisa-se primeiro encontrar a diferença entre Q3 e Q1, o Intervalo Interquartil Range (IQR). Para o cálculo subtraí o primeiro quartil (Q1) do terceiro quartil (Q3):

$$\text{IQR} = Q3 - Q1 = 171.49 - 58.58 = 112,91$$

Então, multiplica o IQR por 1.5 e adiciona o resultado a Q3 para encontrar o limite superior do Intervalo 4 (Alto). Como demonstrado a seguir:

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = Q3 + 1.5 \times \text{IQR}$$

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = 171,49 + 1.5 \times 112,91$$

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = 171,49 + 169,365$$

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = 340,855$$

Os intervalos de avaliação com base nos quartis calculados ficaram os seguintes:

Intervalo 1 (Muito Baixo): De 0 a 58,58

Intervalo 2 (Baixo): De 58,58 a 99,02

Intervalo 3 (Médio): De 99,02 a 171,49

Intervalo 4 (Alto): De 171,49 a 340,855

Intervalo 5 (Muito Alto): Acima de 340,855

Análise das Taxas de ingressantes no PAEFI vítimas de Violência Sexual infantojuvenil por 100 mil habitantes

Passo 1: Ordenação dos dados (valores do número de vítimas de violência sexual infantojuvenil de 0 a 17 anos que ingressaram no PAIFI por 100 mil habitantes):

0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
33,4	36,7	42,4	46,2	52,4	52,6	54,3	86,1	91,4	94,4
101,9	110,0	114,4	117,7	122,5	124,3	139,9	145,6	150,7	154,2
181,2	195,8	214,2	214,3	229,7	236,6	239,3	248,4	249,5	258,8
269,6	276,9	284,2	295,9	301,3	306,2	383,8	386,5	417,2	424,8
437,5	443,9	519,6	561,4	580,9	583,7	628,0	642,9	713,2	944,7
1173,1	1460,8								

Passo 2: Identificar a posição dos quartis:

$$Q1 = \frac{(62+1) \times 1}{4} = \frac{63}{4} = 15,75$$

$$Q2 = \frac{(62+1) \times 2}{4} = \frac{126}{4} = 31,5$$

$$Q3 = \frac{(62+1) \times 3}{4} = \frac{189}{4} = 47,25$$

Passo 3: Interpolação linear

Para o primeiro quartil (Q1), como a posição 15,75 não é um número inteiro, foi feita a interpolação linear entre os valores das posições 15 e 16. O valor na posição 15 é 5,4 e o valor na posição 16 é 52,6.

A fórmula para interpolação linear: $Q1 = (1 - f) \times x_{15} + f \times x_{16}$

- f é a fração da distância entre os valores ao redor do quartil desejado;
- x_{15} é o valor na posição 15;
- x_{16} é o valor na posição 16.

Como $f = 0,75$, então:

$$Q1 = (1 - 0,75) \times 52,4 + 0,75 \times 52,6$$

$$Q1 = 0,25 \times 52,4 + 0,75 \times 52,6$$

$$Q1 = 13,1 + 39,45$$

$$Q1 = 52,55$$

Portanto, o primeiro quartil (Q1) é $Q1 = 52,5$.

Interpolação linear para Q2:

Como a posição exata da mediana seria 31,5. A mediana está entre as observações nas posições 31 e 32 (que são números inteiros adjacentes). Dado as 62 observações (62 municípios), a mediana seria a média dos valores dessas duas posições. A posição 31 que corresponde ao valor 181,2 e a posição 32 corresponde ao valor 195,8. A mediana (Q2) será a média desses dois valores:

$$Q2 = \frac{181,2 + 195,8}{2}$$

$$Q2 = \frac{377}{2}$$

$$Q2 = 188,5$$

Portanto, o segundo quartil (Q2 - Mediana) é aproximadamente 188,5.

Interpolação linear para Q3:

Para o terceiro quartil (Q3), como essa posição 47,25 não é um número inteiro, foi feita a interpolação linear entre os valores das posições 47 e 48 na tabela ordenada. O valor na posição 47 é 383,8 e o valor na posição 48 é 386,5.

$$\text{A fórmula para interpolação linear: } Q3 = (1 - f) \times x_{47} + f \times x_{48}$$

- f é a fração da distância entre os valores ao redor do quartil desejado;
- $X_{(47)}$ é o valor na posição 47;
- $X_{(48)}$ é o valor na posição 48.

Como $f = 0.25$, então:

$$Q3 = (1 - 0,25) \times 383,8 + 0,25 \times 386,5$$

$$Q3 = 0,75 \times 383,8 + 0,25 \times 386,5$$

$$Q3 = 287,85 + 96,625$$

$$Q3 = 384,475$$

Portanto, o terceiro quartil (Q3) aproximado é 384,5.

Após calcular os quartis com base nos dados a distribuição são as seguintes:

- Q1 (primeiro quartil): 52,55.
- Q2 (segundo quartil - mediana): 188,5.
- Q3 (terceiro quartil): 384,5.

Com base na análise dos números de notificações de violência sexual infantojuvenil por 100 mil habitantes, e após o cálculo dos quartis, os intervalos ficaram da seguinte forma:

Intervalo 1: Valores até o primeiro quartil (Q1)

Intervalo 2: Valores entre o primeiro quartil (Q1) e a mediana (Q2)

Intervalo 3: Valores entre a mediana (Q2) e o terceiro quartil (Q3)

Intervalo 4: Valores entre o terceiro quartil (Q3) e o valor máximo

Intervalo 5: Valores iguais ao valor máximo

Para a avaliação, os cinco intervalos são:

Intervalo 1 (Muito Baixo): 0 a Q1

Intervalo 2 (Baixo): Q1 a Mediana

Intervalo 3 (Médio): Mediana a Q3

Intervalo 4 (Alto): Q3 a 1.5 vezes o Interquartil Range (IQR) acima da Q3

Intervalo 5 (Muito Alto): Acima de 1.5 vezes o IQR acima da Q3

Para calcular o Intervalo 4 (Alto), precisa-se primeiro encontrar a diferença entre Q3 e Q1, o Intervalo Interquartil Range (IQR). Para o cálculo subtraí o primeiro quartil (Q1) do terceiro quartil (Q3):

$$\text{IQR} = Q3 - Q1 = 384,475 - 52,55 = 331,925$$

Então, multiplica o IQR por 1.5 e adiciona o resultado a Q3 para encontrar o limite superior do Intervalo 4 (Alto). Como demonstrado a seguir:

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = Q3 + 1.5 \times \text{IQR}$$

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = 384,475 + 1.5 \times 331,925$$

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = 384,475 + 497,8875$$

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = 882,4$$

Os intervalos de avaliação com base nos quartis calculados ficaram os seguintes:

Intervalo 1 (Muito Baixo): De 0 a 52,5

Intervalo 2 (Baixo): De 52,5 a 188,5

Intervalo 3 (Médio): De 188,5 a 384,5

Intervalo 4 (Alto): De 384,5 a 882,4

Intervalo 5 (Muito Alto): Acima de 882,4

Resultados e aplicação do IQR com os valores dos quartis determinados

Os intervalos situados no quadro foram empregados para categorizar os municípios em diferentes grupos com base nos quartis calculados (IQR), proporcionando uma análise mais aprofundada das notificações e dos ingressantes no PAEFI em cada localidade:

Intervalos de avaliação com base nos quartis calculados (IQR).			
Intervalos de avaliação		Taxas das notificações	Taxas de ingressantes no PAEFI
Intervalo 1	Muito Baixo	De 0 a 58,58	De 0 a 52,5
Intervalo 2	Baixo	De 58,58 a 99,02	De 52,5 a 188,5
Intervalo 3	Médio	De 99,02 a 171,49	De 188,5 a 384,5
Intervalo 4	Alto	De 171,49 a 340,855	De 384,5 a 882,4
Intervalo 5	Muito Alto	Acima de 340,855	Acima de 882,4

Município	Taxa de Notificações por 100 mil habitantes	Análise	Taxa Ingressantes no PAEFI por 100 mil Habitantes	Análise
Alvarães	113,45	Médio	642,9	Alto
Amaturá	92,43	Baixo	0,0	Muito Baixo
Anamã	50,19	Muito Baixo	0,0	Muito Baixo
Anori	110,50	Médio	0,0	Muito Baixo
Apuí	174,36	Alto	0,0	Muito Baixo
Atalaia do Norte	339,56	Alto	437,5	Alto
Autazes	57,74	Muito Baixo	295,9	Médio
Barcelos	63,71	Baixo	249,5	Médio
Barreirinha	170,69	Médio	386,5	Alto
Benjamin Constant	483,43	Muito Alto	284,2	Médio
Beruri	86,88	Baixo	424,8	Alto
Boa Vista do Ramos	117,72	Médio	117,7	Baixo
Boca do Acre	87,45	Baixo	36,7	Muito Baixo
Borba	296,25	Alto	154,2	Baixo
Caapiranga	66,82	Baixo	1173,1	Muito Alto
Canutama	94,85	Baixo	580,9	Alto
Carauari	45,23	Muito Baixo	236,6	Médio
Careiro	64,95	Baixo	269,6	Médio
Careiro da Várzea	76,39	Baixo	239,3	Médio
Coari	116,12	Médio	383,8	Médio
Codajás	33,97	Muito Baixo	101,9	Baixo
Eirunepé	108,53	Médio	54,3	Baixo
Envira	116,37	Médio	52,4	Muito Baixo
Fonte Boa	0,00	Muito Baixo	150,7	Baixo
Guajará	14,48	Muito Baixo	0,0	Muito Baixo
Humaitá	118,32	Médio	306,2	Médio

Ipixuna	12,34	Muito Baixo	139,9	Baixo
Irاندوبا	58,86	Baixo	214,2	Médio
Itacoatiara	223,94	Alto	214,3	Médio
Itamarati	18,29	Muito Baixo	713,2	Alto
Itapiranga	49,20	Muito Baixo	944,7	Muito Alto
Japurá	135,47	Médio	248,4	Médio
Juruá	27,93	Muito Baixo	0,0	Muito Baixo
Jutaí	99,32	Médio	91,4	Baixo
Lábrea	74,81	Baixo	114,4	Baixo
Manacapuru	338,62	Alto	229,7	Médio
Manaquiri	40,92	Muito Baixo	181,2	Baixo
Manaus	260,21	Alto	52,6	Baixo
Manicoré	90,89	Baixo	124,3	Baixo
Maraã	173,87	Alto	276,9	Médio
Maués	101,30	Médio	519,6	Alto
Nhamundá	14,90	Muito Baixo	417,2	Alto
Nova Olinda do Norte	805,56	Muito Alto	195,8	Médio
Novo Airão	336,27	Alto	583,7	Alto
Novo Aripuanã	16,79	Muito Baixo	46,2	Muito Baixo
Parintins	346,57	Muito Alto	86,1	Baixo
Pauini	170,34	Médio	0,0	Muito Baixo
Presidente Figueiredo	110,86	Médio	1460,8	Muito Alto
Rio Preto da Eva	120,31	Médio	561,4	Alto
Santa Isabel do Rio Negro	105,90	Médio	42,4	Muito Baixo
Santo Antônio do Içá	49,63	Muito Baixo	258,8	Médio
São Gabriel da Cachoeira	96,53	Baixo	110,0	Baixo
São Paulo de Olivença	91,00	Baixo	145,6	Baixo
São Sebastião do Uatumã	59,98	Baixo	0,0	Muito Baixo
Silves	95,16	Baixo	0,0	Muito Baixo
Tabatinga	199,21	Alto	94,4	Baixo
Tapauá	214,30	Alto	122,5	Baixo
Tefé	480,53	Muito Alto	443,9	Alto
Tonantins	98,72	Baixo	301,3	Médio
Uarini	471,21	Muito Alto	0,0	Muito Baixo
Urucará	101,98	Médio	628,0	Alto
Urucurituba	41,76	Muito Baixo	33,41	Muito Baixo

Análise das disparidades entre notificações e ingressantes no PAEFI em cada localidade com base no método do intervalo interquartil (IQR)

Para a análise das disparidades com o método do intervalo interquartil (IQR), primeiramente seguiu a tabulação dos dados organizado por: localidades geográficas

(municípios), população municipal, taxa de notificações por 100 mil habitantes, taxa de ingressantes no PAEFI por 100 mil habitantes e resultado das disparidades entre as notificações e ingressantes no PAEFI. Para calcular a taxa média ajustada à população para cada município ao longo dos cinco anos, foi realizado os seguintes procedimentos:

1. Para cada município, utilizou-se a fórmula: $D = Xl - Xr$, onde D representa o resultado das disparidades entre dois indicadores, Xl é a Taxa de Notificações de Violência Sexual e Xr é a Taxa de Ingressantes no PAEFI;
2. Os resultados dessa subtração foram positivos e negativos, os positivos com a prevalência das taxas de notificações de VSI e os negativos indicando a prevalência das taxas de ingressantes no PAEFI;
3. Os valores resultantes dessa subtração foram classificados em diferentes categorias de disparidade conforme os intervalos calculados, permitindo uma visão detalhada das dinâmicas da VSI em cada município;
4. Este processo foi repetido para todos os municípios, e os dados organizados em um quadro conforme a seguir:

Municípios	População	Taxa de Notificações de VSI por 100 mil habitantes	Taxa de Ingressantes no PAEFI por 100 mil Habitantes	Disparidade
Alvarães	15866	113,45	642,88	-529,43
Amaturá	10819	92,43	0,00	92,43
Anamã	9962	50,19	0,00	50,19
Anori	17194	110,50	0,00	110,50
Apuí	20647	174,36	0,00	174,36
Atalaia do Norte	15314	339,56	437,51	-97,95
Autazes	41564	57,74	295,93	-238,19
Barcelos	18834	63,71	249,55	-185,83
Barreirinha	31051	170,69	386,46	-215,77
Benjamin Constant	37648	483,43	284,21	199,21
Beruri	20718	86,88	424,75	-337,87
Boa Vista do Ramos	23785	117,72	117,72	0,00
Boca do Acre	35447	87,45	36,67	50,78
Borba	33080	296,25	154,17	142,08
Caapiranga	13469	66,82	1173,06	-1106,24
Canutama	16869	94,85	580,95	-486,10
Carauari	28742	45,23	236,59	-191,36
Careiro	30792	64,95	269,55	-204,60

Careiro da Várzea	19637	76,39	239,34	-162,96
Coari	70616	116,12	383,77	-267,64
Codajás	23549	33,97	101,92	-67,94
Eirunepé	33170	108,53	54,27	54,27
Envira	17186	116,37	52,37	64,01
Fonte Boa	25871	0,00	150,75	-150,75
Guajará	13815	14,48	0,00	14,48
Humaitá	57473	118,32	306,23	-187,91
Ipixuna	24311	12,34	139,85	-127,51
Iranduba	61163	58,86	214,18	-155,32
Itacoatiara	103598	223,94	214,29	9,65
Itamarati	10937	18,29	713,18	-694,89
Itapiranga	10162	49,20	944,70	-895,49
Japurá	8858	135,47	248,36	-112,89
Juruá	10742	27,93	0,00	27,93
Jutaí	25172	99,32	91,37	7,95
Lábrea	45448	74,81	114,42	-39,61
Manacapuru	101883	338,62	229,68	108,95
Manaquiri	17107	40,92	181,21	-140,29
Manaus	2063689	260,21	52,62	207,59
Manicoré	53914	90,89	124,27	-33,39
Maraã	15529	173,87	276,90	-103,03
Maués	61204	101,30	519,57	-418,27
Nhamundá	20136	14,90	417,16	-402,26
Nova Olinda do Norte	27062	805,56	195,85	609,71
Novo Airão	15761	336,27	583,72	-247,45
Novo Aripuanã	23818	16,79	46,18	-29,39
Parintins	96372	346,57	86,12	260,45
Pauini	19373	170,34	0,00	170,34
Presidente Figueiredo	30668	110,86	1460,81	-1349,94
Rio Preto da Eva	24936	120,31	561,44	-441,13
Santa Isabel do Rio Negro	14164	105,90	42,36	63,54
Santo Antônio do Içá	28211	49,63	258,76	-209,14
São Gabriel da Cachoeira	51795	96,53	110,05	-13,51
São Paulo de Olivença	32967	91,00	145,60	-54,60
São Sebastião do Uatumã	11670	59,98	0,00	59,98
Silves	11559	95,16	0,00	95,16
Tabatinga	66764	199,21	94,36	104,85
Tapauá	19599	214,30	122,46	91,84
Tefé	73669	480,53	443,88	36,65
Tonantins	19247	98,72	301,35	-202,63
Uarini	14431	471,21	0,00	471,21
Urucará	18631	101,98	627,99	-526,01

Urucurituba	23945	41,76	33,41	8,35
-------------	-------	-------	-------	------

Análise das disparidades positivas e negativas com base no método Interquartil (IQR)

Passo 1: Ordenação dos dados (Disparidade Positiva)

0,00	7,95	8,35	9,65	14,48	27,93	36,65	50,19	50,78	54,27
59,98	63,54	64,01	91,84	92,43	95,16	104,85	108,95	110,50	142,08
170,34	174,36	199,21	207,59	260,45	471,21	609,71			

Passo 2: Identificar a posição dos quartis:

$$Q1 = \frac{(27+1) \times 1}{4} = \frac{28}{4} = 7$$

$$Q2 = \frac{(27+1) \times 2}{4} = \frac{56}{4} = 14$$

$$Q3 = \frac{(27+1) \times 3}{4} = \frac{84}{4} = 21$$

Após calcular os quartis com base nos dados a distribuição são as seguintes:

- Q1 (primeiro quartil): 36,65 (7ª posição).
- Q2 (segundo quartil): 91,84 (14ª posição).
- Q3 (terceiro quartil): 170,34 (21ª posição).

Passo 3: Calcular Intervalo Interquartil (IQR) e limites

Para Q3 = 170,34 e Q1 = 36,65

$$IQR = Q3 - Q1 = 170,34 - 36,65 = 133,69$$

Limite Superior do Intervalo 4: Q3 + 1,5 × IQR

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = 170,34 + 1,5 \times 133,69$$

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = 170,34 + 200,53$$

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = 370,90$$

Os intervalos de avaliação com base nos quartis calculados ficaram os seguintes:

Intervalo 1 (Muito Baixo): De 0 a 36,65

Intervalo 2 (Baixo): De 36,65 a 91,84

Intervalo 3 (Médio): De 91,84 a 170,34

Intervalo 4 (Alto): De 170,34 a 370,90

Intervalo 5 (Muito Alto): Acima de 370,90

Passo 1: Ordenação dos dados (Disparidade Negativa)

-13,51	-29,39	-33,39	-39,61	-54,60	-67,94	-97,95	-103,03	-112,89	-127,51
-140,29	-150,75	-155,32	-162,96	-185,83	-187,91	-191,36	-202,63	-204,60	-209,14
-215,77	-238,19	-247,45	-267,64	-337,87	-402,26	-418,27	-441,13	-486,10	-526,01
-529,43	-694,89	-895,49	-1106,24	-1349,94					

Passo 2: Identificar a posição dos quartis:

$$Q1 = \frac{(35+1) \times 1}{4} = \frac{36}{4} = 9 \text{ (9ª posição)}$$

$$Q2 = \frac{(35+1) \times 2}{4} = \frac{72}{4} = 18 \text{ (18ª posição)}$$

$$Q3 = \frac{(35+1) \times 3}{4} = \frac{108}{4} = 27 \text{ (27ª posição)}$$

Após calcular os quartis com base nos dados a distribuição são as seguintes:

- Q1 (primeiro quartil): -112,89.
- Q2 (segundo quartil): -202,63.
- Q3 (terceiro quartil): -418,27.

Para Q3 = -418,27 e Q1 = -112,89

$$IQR = Q3 - Q1 = -418,27 - (-112,89) = -305,38$$

Limite Superior Intervalo 4: $Q3 + 1.5 \times IQR$

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = -418,27 + 1,5 \times (-305,38)$$

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = -418,27 + (-458,07)$$

$$\text{Limite Superior Intervalo 4} = -876,34$$

Os intervalos de avaliação com base nos quartis calculados ficaram os seguintes:

Intervalo 1 (Muito Baixo): De 0 a -112,89

Intervalo 2 (Baixo): De -112,89 a -202,63

Intervalo 3 (Médio): De -202,63 a -418,27

Intervalo 4 (Alto): De -418,27 a -876,34

Intervalo 5 (Muito Alto): Acima de -876,34

Resultados e aplicação do IQR com os valores dos quartis determinados

Os intervalos situados no quadro foram empregados para categorizar os municípios em diferentes grupos com base nos quartis calculados (IQR), proporcionando uma análise mais aprofundada das disparidades entre notificações e ingressantes no PAEFI em cada localidade:

Intervalos de avaliação com base nos quartis calculados (IQR).			
Intervalos de avaliação		Disparidades positivas	Disparidades negativas
Intervalo 1	Muito Baixo	De 0 a 36,65	De 0 a -112,89
Intervalo 2	Baixo	De 36,65 a 91,84	De -112,89 a -202,63
Intervalo 3	Médio	De 91,84 a 170,34	De -202,63 a -418,27
Intervalo 4	Alto	De 170,34 a 370,90	De -418,27 a -876,34
Intervalo 5	Muito Alto	Acima de 370,90	Acima de -876,34

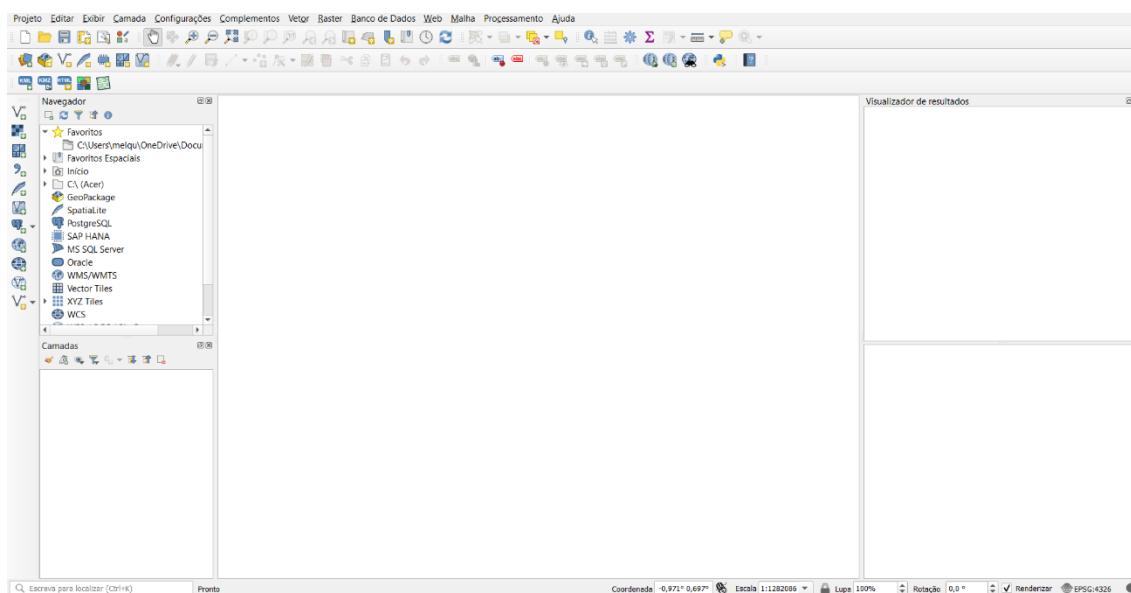
Municípios	Disparidade Positiva	Análise	Municípios	Disparidade Negativa	Análise
Amaturá	92,43	Médio	Alvarães	-529,43	Alto
Anamã	50,19	Baixo	Atalaia do Norte	-97,95	Muito Baixo
Anori	110,50	Médio	Autazes	-238,19	Médio
Apuí	174,36	Alto	Barcelos	-185,83	Baixo
Benjamin Constant	199,21	Alto	Barreirinha	-215,77	Médio
Boa Vista do Ramos	0,00	Muito Baixo	Beruri	-337,87	Médio
Boca do Acre	50,78	Baixo	Caapiranga	-1106,24	Muito Alto
Borba	142,08	Médio	Canutama	-486,10	Alto
Eirunepé	54,27	Baixo	Carauari	-191,36	Baixo
Envira	64,01	Baixo	Careiro	-204,60	Médio
Guajará	14,48	Muito Baixo	Careiro da Várzea	-162,96	Baixo
Itacoatiara	9,65	Muito Baixo	Coari	-267,64	Médio
Juruá	27,93	Muito Baixo	Codajás	-67,94	Muito Baixo
Jutaí	7,95	Muito Baixo	Fonte Boa	-150,75	Baixo
Manacapuru	108,95	Médio	Humaitá	-187,91	Baixo
Manaus	207,59	Alto	Ipixuna	-127,51	Baixo
Nova Olinda do Norte	609,71	Muito Alto	Irlanduba	-155,32	Baixo
Parintins	260,45	Alto	Itamarati	-694,89	Alto
Pauini	170,34	Médio	Itapiranga	-895,49	Muito Alto
Santa Isabel do Rio Negro	63,54	Baixo	Japurá	-112,89	Muito Baixo
São Sebastião do Uatumã	59,98	Baixo	Lábrea	-39,61	Muito Baixo
Silves	95,16	Médio	Manaquiri	-140,29	Baixo
Tabatinga	104,85	Médio	Manicoré	-33,39	Muito Baixo

Tapauá	91,84	Baixo	Maraã	-103,03	Muito Baixo
Tefé	36,65	Muito Baixo	Maués	-418,27	Médio
Uarini	471,21	Muito Alto	Nhamundá	-402,26	Médio
Urucurituba	8,35	Muito Baixo	Novo Airão	-247,45	Médio
			Novo Aripuanã	-29,39	Muito Baixo
			Presidente Figueiredo	-1349,94	Muito Alto
			Rio Preto da Eva	-441,13	Alto
			Santo Antônio do Içá	-209,14	Médio
			São Gabriel da Cachoeira	-13,51	Muito Baixo
			São Paulo de Olivença	-54,60	Muito Baixo
			Tonantins	-202,63	Baixo
			Urucará	-526,01	Alto

APÊNDICE 2

Representação Visual

O software QGIS v.3.28.6 foi selecionado para o mapeamento geoespacial. Esta escolha estratégica fundamentou-se na sua extensa gama de funcionalidades e avançadas capacidades de mapeamento. Este software de código aberto, disponível para download em <https://www.qgis.org/pt_BR/site/forusers/download.html>, oferece acesso gratuito e uma notável flexibilidade para adaptar e expandir suas funcionalidades de acordo com as necessidades do projeto. Além disso, oferece uma ampla gama de ferramentas para visualização, análise e processamento de dados geográficos, permitindo a integração de diferentes tipos de dados e a realização de análises complexas.

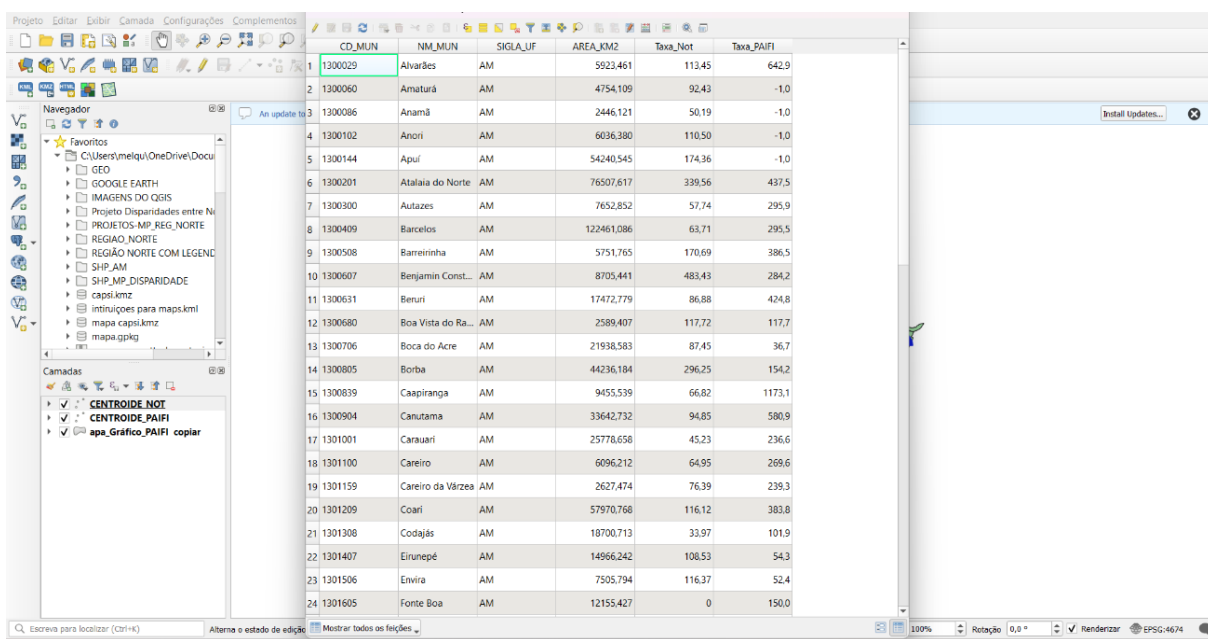


Para a representação visual das disparidades das taxas de notificações e ingressantes no PAEFI por 100 mil habitantes no Estado do Amazonas, foram adotadas duas etapas na elaboração de mapas coropléticos:

1. A primeira foi extração de uma base georreferenciada referente ao estado do Amazonas, obtida no Portal de Mapas do IBGE <<https://portaldemapas.ibge.gov.br/por>> , em formato vetorial, extensão shapefiles (.shp), o arquivo baixado foi uma Malha municipal do estado do Amazonas 2022 (SHP).

2. A segunda foi a produção dos mapas no software QGIS v.3.28.6, usando a base georreferenciada referente ao estado do Amazonas, em arquivo shapefile (SHP).

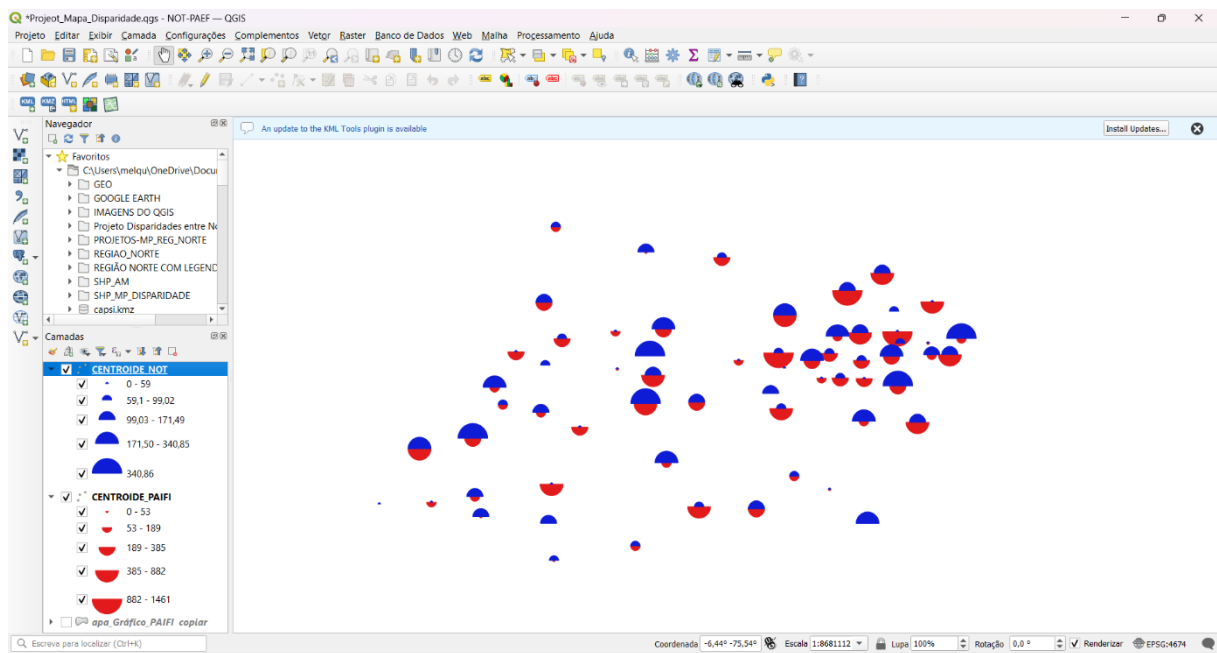
Para produção do primeiro mapa, foi criada uma tabela de atributos e inserido o resultado das tabulados dos agravos de notificações e ingressantes do PAEFI, ambos com taxas por 100 mil habitantes, além das tendências dessas variáveis ao longo dos cinco anos, de 2018 a 2022, os dados foram integrados ao programa, resultando em uma tabela de atributos com 6 feições, como demonstra a imagem a seguir.



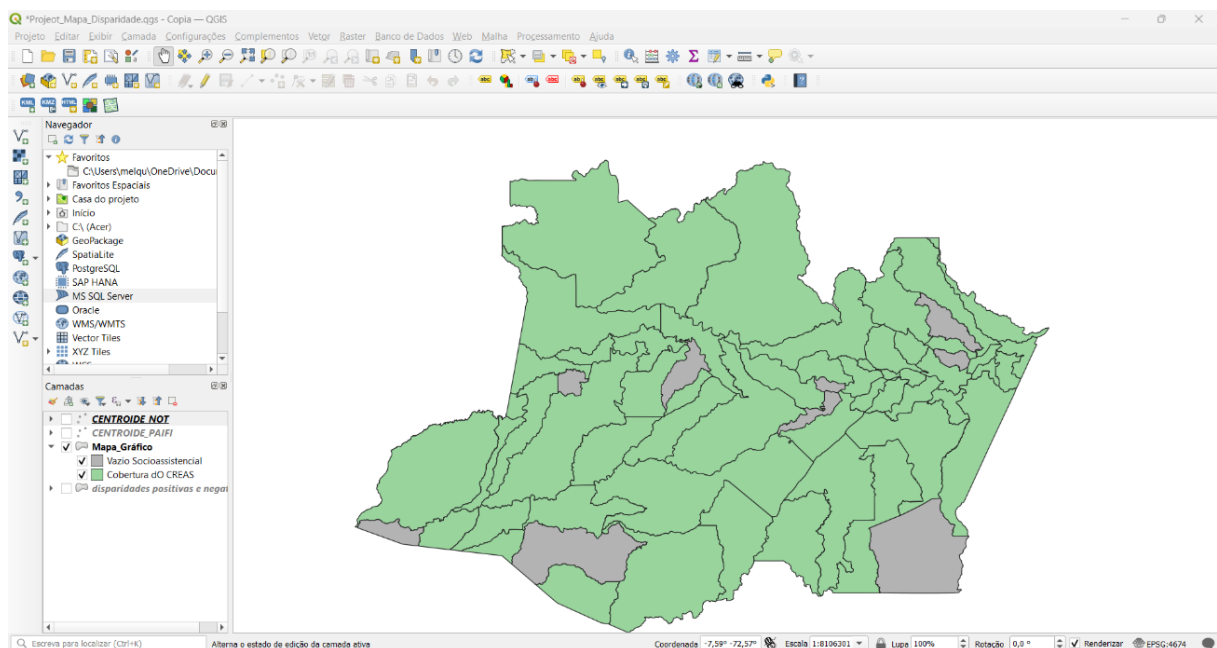
	CD_MUN	NM_MUN	SIGLA_UF	AREA_KM2	Taxa_Not	Taxa_PAIFI
1	1300029	Alvarães	AM	5923,461	113,45	642,9
2	1300060	Amaturá	AM	4754,109	92,43	-1,0
3	1300086	Anamá	AM	2446,121	50,19	-1,0
4	1300102	Anori	AM	6036,380	110,50	-1,0
5	1300144	Apuí	AM	54240,545	174,36	-1,0
6	1300201	Atalaia do Norte	AM	76507,617	339,56	437,5
7	1300300	Aurá	AM	7652,852	57,74	295,9
8	1300409	Barcelos	AM	122461,086	63,71	295,5
9	1300508	Barreirinha	AM	5751,765	170,69	386,5
10	1300607	Benjamin Constant	AM	8705,441	483,43	284,2
11	1300631	Benurí	AM	17472,779	86,88	424,8
12	1300680	Boa Vista do Roraima	AM	2589,407	117,72	117,7
13	1300706	Boca do Acre	AM	21938,583	87,45	36,7
14	1300805	Borba	AM	44236,184	296,25	154,2
15	1300839	Caapiranga	AM	9455,539	66,82	1173,1
16	1300904	Canutama	AM	33642,732	94,85	580,9
17	1301001	Carauari	AM	25776,658	45,23	236,6
18	1301100	Careiro	AM	6096,212	64,95	269,6
19	1301159	Careiro da Várzea	AM	2627,474	76,39	239,3
20	1301209	Coari	AM	57970,768	116,12	383,8
21	1301308	Codajás	AM	18700,713	33,97	101,9
22	1301407	Erupnê	AM	14966,242	108,53	54,3
23	1301506	Envira	AM	7505,794	116,37	52,4
24	1301605	Fonte Boa	AM	12155,427	0	150,0

O processo envolveu a criação de 3 camadas, uma para cada feição, sendo as duas primeiras camadas com centroides decodificadas com símbolos semicirculares de cores diferentes para representar cada conjunto de dados, categorizados em cinco intervalos de avaliação, azul para notificações e vermelho para os ingressantes no PAEFI.

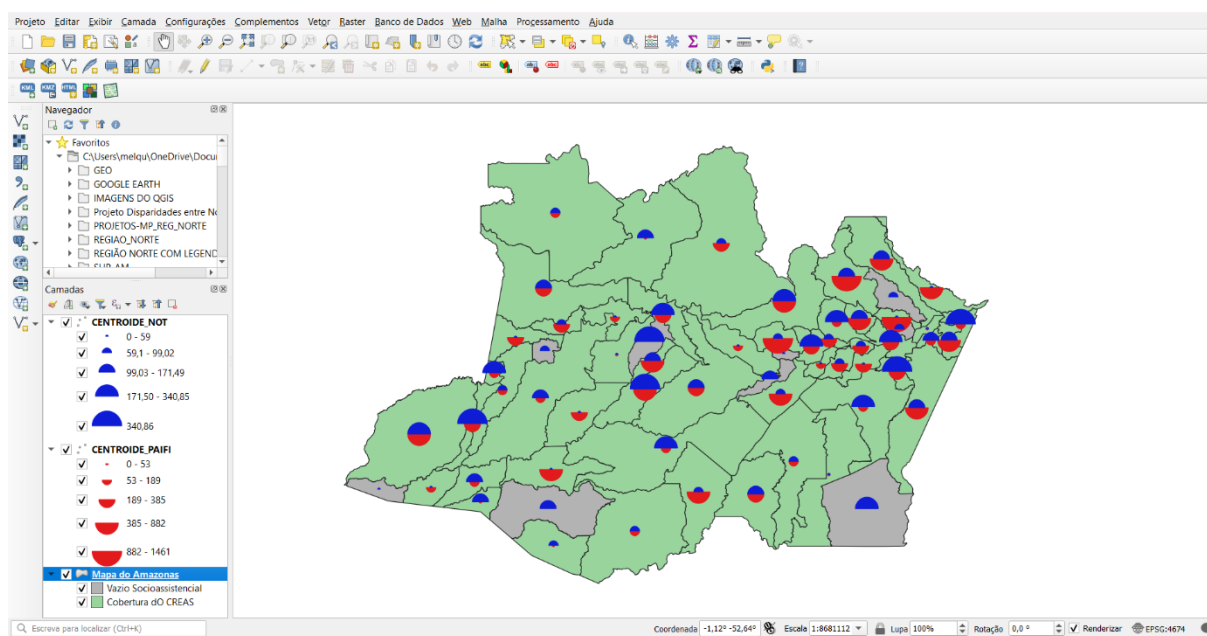
Os semicirculares foram ajustados em 180° e posicionados em diferentes ângulos para identificar padrões e tendências das variáveis, formando um círculo proporcional a cada resultado avaliado pelos intervalos categorizados, como demonstra a imagem a seguir.



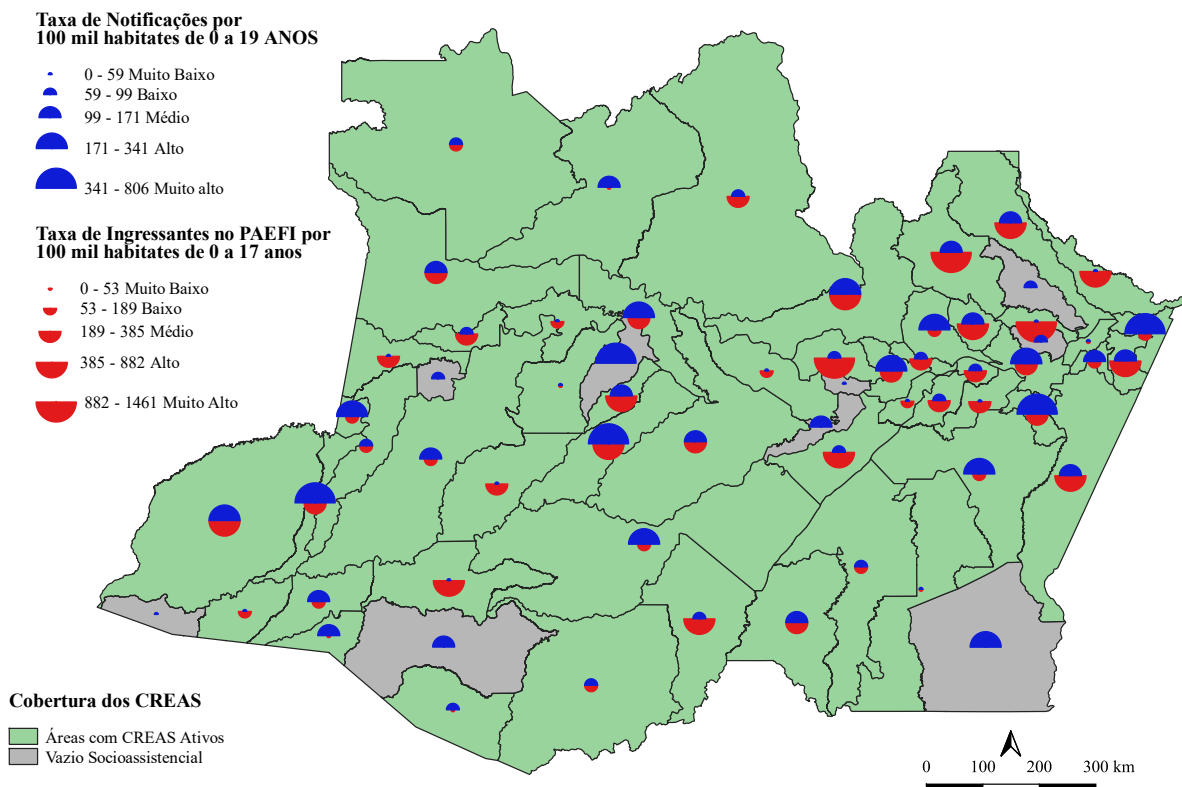
A terceira camada foi um MultiPolygon com dois intervalos iguais, um verde indicando os municípios com cobertura dos CREAS e um cinza indicando os municípios sem cobertura, identificados como Vazio Socioassistencial, como demonstra a imagem a seguir.



O resultado foi um mapa de círculos proporcionais concêntricos entre Notificações e os Ingressantes do PAEFI, neste mapa é possível observar quanto maior o semicírculo, maior a taxa de dados assinalando as disparidades entre as Notificações e os Ingressantes do PAEF, como demonstra a imagem a seguir.



Resultado final do Mapa semicírculo:



Para produção do segundo mapa, foi criado uma tabela de atributos com 4 feições, a primeira com a numeração e o nome do município indicando os valores do maior para o menor resultantes da classificação das duas categorias, a segunda com a sigla AM, a terceira com a unidade de medida de superfície que corresponde à área de um quadrado com 1 quilômetro de lado, e a quarta com os resultados da subtração, com valores positivos para prevalência das taxas de notificações de VSI e os negativos para a prevalência das taxas de ingressantes no PAEFI, demonstrado na imagem a seguir.

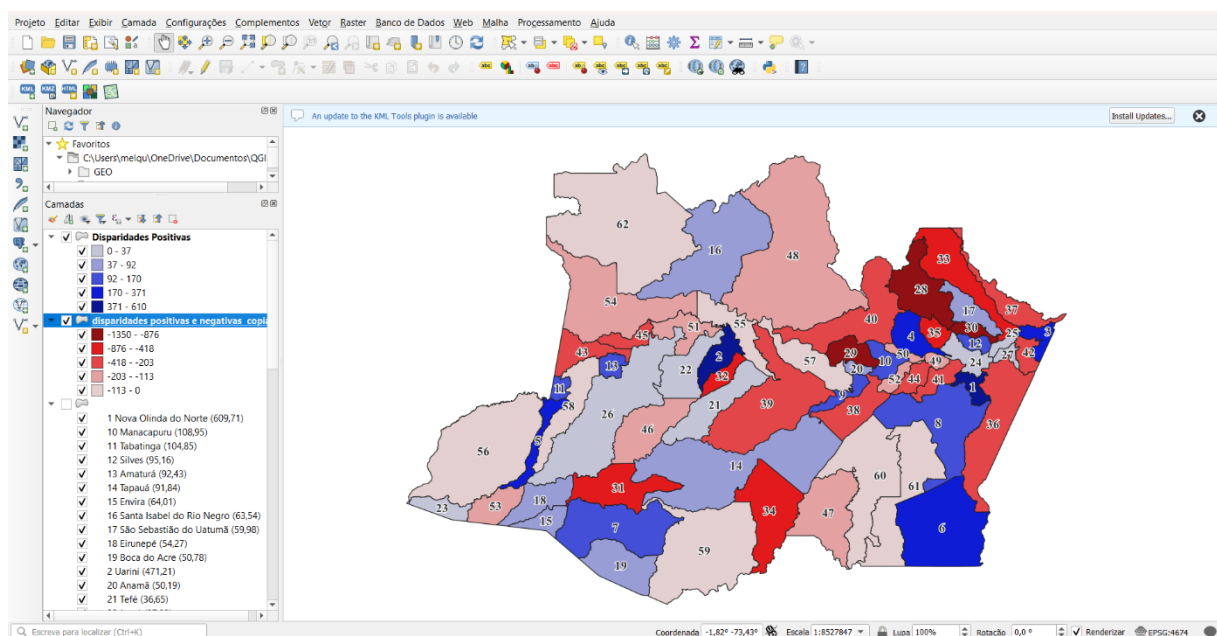
QGIS - Projeto: Mapa_Disparidade.ags - Cópia - QGIS

Disparidades Positivas - Total de feições: 62, Filtrado: 62, Selecionado: 0

NM_MUN	SGLA_UF	AREA_KM2	DISPARID
1 Joré (609,71)	AM	5923,461	-529,43
2 13 Amaturá (92,43)	AM	4754,109	92,43
3 20 Anamá (50,19)	AM	2446,121	50,19
4 9 Anori (110,50)	AM	6036,380	110,50
5 6 Apurí (174,36)	AM	54240,545	174,36
6 56 Atalaia do N...	AM	76507,617	-97,95
7 41 Autazes (-23...	AM	7652,852	-238,19
8 48 Barcelos (-1...	AM	122461,086	-185,83
9 42 Beneditina (...)	AM	5751,765	-215,77
10 5 Benjamin Con...	AM	8705,441	199,21
11 38 Benurí (-337...	AM	17472,779	-337,87
12 27 Boa Vista do...	AM	2589,407	0
13 19 Boca do Acr...	AM	21938,583	50,78
14 8 Borba (142,08)	AM	44236,184	142,08
15 29 Caapiranga (...)	AM	9455,539	-1106,00
16 34 Canutama (...)	AM	33642,732	-486,10
17 46 Carauari (-19...	AM	25778,658	-191,36
18 44 Careiro (-20...	AM	6096,212	-204,60
19 49 Careiro da V...	AM	2627,474	-162,96
20 39 Coari (-267,64)	AM	57970,768	-267,64
21 57 Codajás (-67...	AM	18700,713	-67,94
22 18 Eirunepé (54...	AM	14966,242	54,27
23 15 Envira (64,01)	AM	7505,794	64,01
24 51 Fonte Boa (...)	AM	12155,427	-150,75

Camadas: Disparidades Positivas (0 - 37, 37 - 92, 92 - 170, 170 - 371, 371 - 610), Disparidades Negativas (-1350 - -876, -876 - -418, -418 - -203, -203 - -113, -113 - 0), Municípios (1 Nova Olinda do Norte (609,71), 10 Manacapuru (108,55), 11 Tabatinga (104,85), 12 Silves (95,16), 13 Amaturá (92,43), 14 Tapauá (91,84), 15 Envira (64,01), 16 Santa Isabel do Rio Negro (63,54), 17 São Sebastião do Uatumã (59,98), 18 Eirunepé (54,27), 19 Boca do Acre (50,78), 20 Anamá (50,19), 21 Tefe (36,65))

O resultado foi um mapa originou o último mapa coroplético de localização dos maiores índices de disparidades no estado do Amazonas. Neste mapa, os municípios com maior disparidade positiva foram atribuídos à cor azul, indicando que a taxa de notificação é maior que os ingressantes do PAEFI, enquanto os municípios com maior disparidade negativa foram atribuídos à cor vermelha, indicando que a taxa de ingressantes no PAEFI é maior que as notificações.



Resultado do Mapa coroplético:

