

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

LIGIA SANTOS MASCARENHAS

**GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES DE 10 A 14 ANOS NA REGIÃO NORTE DO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: UMA DESCRIÇÃO A PARTIR DE SISTEMAS DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo,
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Karina Barros Calife Batista

Coorientador: Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior

São Paulo
2026

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Mascarenhas, Ligia Santos

Gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos na região norte do município de São Paulo: uma descrição a partir de sistemas de saúde./ Ligia Santos Mascarenhas. São Paulo, 2026.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Orientadora: Karina Barros Calife Batista
Coorientador: Nivaldo Carneiro Júnior

1. Gravidez na adolescência 2. Estupro 3. Delitos sexuais

BC-FCMSCSP/19-26

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para que essa trajetória pudesse ser concluída.

A Deus, pela força, pelo ânimo e pela sustentação ao longo de todo esse percurso.

Aos meus colegas da Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio, pela parceria cotidiana e pela compreensão ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

A todo corpo docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo pela excelência na formação oferecida e pelos importantes esclarecimentos acadêmicos que contribuíram para o amadurecimento deste estudo.

Aos meus orientadores, pela paciência, pela disponibilidade e pelo cuidado com que conduziram esse processo.

Ao meu esposo Sergio, à minha família e meu grande amigo Sandro pelo incentivo constante, pelo apoio incondicional e pela presença fundamental em todos os momentos.

Por fim, um agradecimento especial à minha filha, Luana. Sua existência foi minha maior fonte de motivação e inspiração. Ao olhar para você, renovo diariamente o desejo de contribuir para a construção de um mundo mais seguro e justo, não apenas para a sua geração, mas para todas as meninas e mulheres que estão aqui e que ainda estarão por vir.

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	13
2. Introdução,	15
2.1. Contextualização da violência.....	15
2.2. A violência contra a mulher.....	17
2.3. A violência sexual contra adolescentes.....	21
2.4. Custo do cuidado à violência para a área da saúde.....	23

2.5. Consequências para a saúde e dados da violência sexual em adolescentes.....	25
2.6. A construção das Políticas de proteção a mulheres, crianças e adolescentes no Brasil.....	26
2.7. O que é uma linha de cuidado.....	28
2.8. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	29
2.8.1. Linha de cuidado à pessoa em situação de violência.....	30
2.9. As atribuições do Núcleo de Prevenção à Violência.....	32
2.10. A importância da notificação da violência sexual contra adolescentes.....	33
2.11. Disparidades entre leis e a prática: o percurso terapêutico.....	35
2.12. Definição de aborto legal no Brasil e cenário em que ele pode ser realizado...35	
2.13. O cenário do aborto legal no Brasil.....	36
2.14. A importância do gestor para que as Políticas Públicas sejam devidamente aplicadas.....	36
2.15. Como é feito o circuito terapêutico no município.....	38
2.16. A região norte do município de São Paulo.....	40
3. Objetivos.....	43
3.1. Objetivo Geral.....	43
3.2. Objetivos Específicos.....	43
4. Metodologia.....	44
4.1. Desenho do estudo.....	44
4.2. Procedimentos de pesquisa.....	44
4.3. Análise Estatística.....	45
5. Resultados.....	45
6. Discussão	63
7. Considerações finais.....	73
8. Referências bibliográficas.....	76
9. Anexo I- Declaração de Anuência da Comissão Científica do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	84
10. Anexo II -Declaração de Anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Coordenadoria Regional de Saúde Norte do Município de São Paulo.....	86

RESUMO

A gestação na adolescência é um problema de saúde pública que implica em questões em nível individual, familiar e social. De acordo com o Código Penal Brasileiro, toda relação sexual com menores de 14 anos é considerada estupro, independente do consentimento do menor, sendo assim, a notificação de gravidez em meninas abaixo dos 14 anos é obrigatória em todos os serviços de saúde de acordo com leis sanitárias do país, apesar de reconhecermos que outras abordagens sociológicas sobre a questão têm sido apontadas na literatura

O objetivo desse trabalho foi descrever a situação de gestantes abaixo de 14 anos na região norte do município de São Paulo a partir de dados provenientes de diferentes sistemas utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. A região norte do município foi escolhida para avaliação por conveniência, porém conta com um número significativo de habitantes (2.208.963 de acordo com o censo de 2022) e apresenta disparidades socioeconômicas significativas entre os bairros além de que se trata da região em que estava localizado o principal serviço municipal de aborto legal, o Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (Vila Nova Cachoeirinha) que foi fechado em 2023.

Os dados obtidos, estão de acordo com o que é encontrado em literatura mostrando baixo número de notificações de violência sexual e registro de procedimentos cirúrgicos realizados no contexto de aborto legal (AMIU e Curetagem), tanto nos equipamentos de saúde de gestão estadual quanto municipal. A maior parte das gestantes cadastradas no Programa Mãe Paulistana estava na faixa dos 14 anos e era autodeclarada amarela, mesmo sem possuir sobrenome sugestivo de ascendência de origem asiática.

Observou-se mesmo em um município rico e com aparente facilidade de acesso a equipamentos e tratamentos de saúde há uma grande dificuldade na aplicação de Políticas Públicas voltadas para saúde sexual e reprodutiva das mulheres comprovando a necessidade de maior comprometimento por parte de gestores e profissionais de saúde para que os protocolos já estabelecidos sejam conhecidos e efetivamente utilizados em toda a rede de atenção à saúde.

Palavras-Chave: gravidez na adolescência, notificação de violência, violência contra mulher, estupro de vulnerável, aborto legal, gênero e saúde

ABSTRACT

Adolescent pregnancy is a public health issue that entails individual, family, and social implications. According to the Brazilian Penal Code, any sexual relationship with individuals under 14 years of age is considered rape, regardless of the minor's consent. Therefore, the notification of pregnancy in girls under 14 years old is mandatory in all health services, in accordance with national health regulations, although we acknowledge that other sociological approaches to this issue have been discussed in the literature.

The objective of this study was to describe the situation of pregnant adolescents under the age of 14 in the northern region of the municipality of São Paulo, based data from different

information's systems made available by the Municipal Government of São Paulo. The northern region was chosen for convenience; however, it has a significant number of inhabitants (2,208,963 according to the 2022 census) and presents considerable socioeconomic disparities among neighborhoods. It was also the location of the main municipal legal abortion service, the Municipal Hospital and Maternity School Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (Vila Nova Cachoeirinha), which was closed in 2023.

The findings are consistent with what is reported in the literature, showing a low number of notifications of sexual violence and a limited record of surgical procedures performed in the context of legal abortion (manual vacuum aspiration and curettage), both in state-managed and municipal health facilities. Most of the pregnant adolescents registered in the “Mãe Paulistana” Program were 14 years old and self-identified as Asian (“amarela”), even though their surnames did not suggest Asian ancestry.

Despite being a large, wealthy city with apparent ease of access to health services and treatments, there remain significant challenges in the implementation of public policies aimed at women's sexual and reproductive health. This reinforces the need for greater commitment from managers and health professionals to ensure that the established protocols are well known and effectively applied throughout the entire healthcare network.

Keywords: teenage pregnancy, violence reporting, violence Against women, statutory rape, legal abortion, gender and health

Lista de Abreviaturas

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AMIU - Aspiração Manual Intra-Uterina

APS - Atenção Primária à Saúde

BI – Boletim Informativo

CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discriminations Against Women (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher)

CEINFO - Coordenação de Epidemiologia e Informação

CEPESC – Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (UERJ)

CIS – Coordenadoria de Informação em Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COSEMSSP – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo

COVISA – Coordenadoria de Vigilância em Saúde

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRM – Conselho Regional de Medicina

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DF – Distrito Federal

DVE - Divisão de Vigilância Epidemiológica

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GAT – Grupo de Apoio Técnico

HIV – Human Immunodeficiency Virus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica

ISF – Indicador Sintético Final

LARC – Long Action Reversible Contraceptive (Contraceptivo Reversível de Longa Duração)

MMFDH - Ministério das Mulheres, Família e Direitos Humanos

NCP - Núcleo de Controle de Processos

NDANT - Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

NEGUEM - Núcleo de Epidemiologia e Gestão Municipal

NPV -Núcleo de Prevenção à Violência

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OSS -Organização Social de Saúde

PAHO – Pan American Health Organization (Organização Panamericana de Saúde)

PIB – Produto Interno Bruto

PMCID – Pubmed Central Identifier

PMID – Pubmed Identifier

PMSP – Prefeitura Municipal de São Paulo

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNAISM – Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PPA – Plano Plurianual

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SEABEVS – Secretaria Executiva de Atenção Básica e Vigilância Sanitária

SERMAP – Secretaria Executiva de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias

SIGA – Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

STS - Supervisão Técnica de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS –Unidade Básica de Saúde

FIGURAS

- Figura 1 – Tipologia da violência - Página 16
- Figura 2 – Modelo ecológico de violência da OMS - Página 16
- Figura 3 - Fluxograma de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência no Município de São Paulo - Página 39
- Figura 4 - Mapa dos estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal por subprefeitura e distrito administrativo da região norte - Página 42

GRÁFICOS

- Gráfico 1: Distribuição por raça/cor de gestantes de 10 a 14 anos residentes na região norte do Município de São Paulo de acordo com a supervisão técnica de saúde de residência nos anos de 2023 e 2024 - Página 47
- Gráfico 2: Distribuição por idade de gestantes de 10 a 14 anos residentes na região norte do Município de São Paulo de acordo com a Supervisão Técnica de Saúde de residência nos anos de 2023 e 2024 - Página 48
- Gráfico 3: Motivos para interrupção do Pré-Natal nas gestantes de 10 a 14 anos residentes na região norte nos anos de 2023 e 2024 - Página 51

QUADRO

- Quadro 1 - Comparação entre as recomendações técnicas no atendimento às vítimas de violência sexual e os indicadores para financiamento do Programa Previne Brasil - Página 70

TABELAS

- Tabela 1: Distribuição populacional da região norte do Município de São Paulo separada por distritos administrativos segundo Censo de 2022 - Página 40
- Tabela 2: Nascidos vivos de parturientes entre 10 e 14 anos residentes na região norte do município de São Paulo segundo Supervisão Técnica de ocorrência do parto nos de 2023 e 2024 - Página 45
- Tabela 3: Distribuição de gestantes de 10 a 14 anos atendidas pelo programa Mãe Paulistana na região norte do município de São Paulo segundo Supervisão Técnica de Saúde nos anos de 2023 e 2024 - Página 46
- Tabela 4: Comparação entre o número de gestantes de 10 a 14 anos cadastradas em estabelecimento de saúde da região norte do município de São Paulo pelo programa Mãe Paulistana nos anos de 2023 e 2024 - Página 47
- Tabela 5: Número de gestantes de 10 a 14 anos residentes na região norte do município de São Paulo que foram acompanhadas pelo Programa Mãe Paulistana nos anos de 2023 e 2024 de acordo com equipamento de saúde de acompanhamento pré-natal - Página 48
- Tabela 6: Distribuição por raça/cor das parturientes de 10 a 14 anos na região norte do município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 segundo Supervisão Técnica de Saúde de residência - Página 51
- Tabela 7: Nascidos Vivos de parturientes residentes na região norte do município de São Paulo segundo raça/cor da mãe e Supervisão Técnica de residência nos anos de 2023 e 2024 - Página 52
- Tabela 8: Nascidos Vivos de parturientes residentes na região norte do município de São Paulo de acordo com mês de início do pré-natal segundo faixa etária da mãe nos anos de 2024 e 2024 - Página 53
- Tabela 9: Nascidos vivos de parturientes residentes no município de São Paulo por situação conjugal segundo a faixa etária da mãe no ano de 2023 - Página 54
- Tabela 10 Nascidos vivos de parturientes residentes na região norte do município de São Paulo de acordo com a duração da gestação segundo faixa etária da mãe nos anos de 2023 e 2024 - Página 55
- Tabela 11: Número de notificações de violência sexual de pessoas residentes na região norte do município de São Paulo de acordo com faixa etária e Supervisão Técnica de Saúde nos anos de 2023 e 2024 - Página 56
- Tabela 12: Número de notificações de violência sexual com realização do aborto previsto em lei, sexo feminino na faixa etária dos 0 aos 59 anos de acordo com coordenadoria e supervisão técnica de residência da vítima no ano de 2023 - Página 57
- Tabela 13: Número de internações para realização de curetagem uterina pós abortamento ou parto em adolescentes de 10 a 14 anos no município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 desagregados por raça/cor - Página 58
- Tabela 14: AIH's pagas pelo procedimento de AMIU (aspiração manual intrauterina pós aborto) em adolescentes de 10 a 14 anos no Município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 com desagregação por raça/cor - Página 58

- Tabela 15: AIH's pagas pelo procedimento de curetagem uterina pós abortamento ou parto em adolescentes de 10 a 14 anos no município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 desagregados por coordenadoria regional de saúde - Página 59
- Tabela 16: AIH's pagas pelo procedimento de AMIU (aspiração manual intrauterina) pós aborto em adolescentes de 10 a 14 anos no município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 desagregados por coordenadoria regional de saúde - Página 59
- Tabela 17: Comparação do número de gestantes residentes da região norte do município de São Paulo acompanhadas pelo programa Mãe Paulistana e o número de nascidos vivos nos anos de 2023 e 2024 - Página 59
- Tabela 18: Número de notificações de violência sexual contra meninas de 10 a 14 anos no município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 separados por Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde - Página 61
- Tabela 19: Quantidade de Boletins de Ocorrência realizados nos anos de 2023 e 2024, separados de acordo com o mês de registro em delegacia de polícia, no município de São Paulo em decorrência da denúncia de estupro de vulnerável (somatória dos casos de tentativa de estupro e estupro consumado) - Página 62
- Tabela 20: Notificação de violência sexual em pessoas portadoras de transtorno ou deficiência no Município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 - Página 62

1. APRESENTAÇÃO

Motivação

A gravidez na adolescência é um problema já reconhecido e que vem sendo enfrentado no município de São Paulo com muita seriedade e cuidado há alguns anos, haja visto a progressiva redução dos números com o decorrer dos anos. No entanto, o problema da violência contra a mulher e em especial, de violência sexual contra adolescentes segue aumentando no nosso país.

Apesar de estar em uma cidade imensa, rica e diversa; o sistema público de saúde ainda traz entraves importantes no que se refere à qualidade no atendimento em geral. Sabemos que trabalhadores da saúde fazem parte da sociedade local e, portanto, carregam traços culturais que podem trazer impactos positivos ou não no atendimento ao usuário. Entretanto, como é que as instituições e nesse caso, a Secretaria Municipal de Saúde, atua para fazer com que diante da complexidade de situações e variáveis o direito constitucional à saúde universal, equânime e igualitária seja respeitado?

A legislação brasileira é muito clara em relação à tipificação do crime de estupro de vulnerável, no entanto, o quanto esse crime é percebido nas nossas unidades básicas de saúde? Ao deixar de notificar deixamos de gerar informação, deixamos de olhar, deixamos de pensar sobre problemas estruturais que vão além do estupro em sua forma mais violenta e hedionda. Não olhamos para o casamento infantil, não olhamos para a racialização e feminização da pobreza não olhamos para a manutenção de desigualdades históricas que acompanham nossa sociedade há séculos e tampouco olhamos para o sistema machista e patriarcal que move grande parte dessa engrenagem e como tudo isso gera impacto na saúde de meninas e mulheres na nossa cidade.

A falta de notificação desse tipo de violência torna o problema crônico. Assim, mesmo parecendo uma atuação tardia, ao notificar esse tipo de violência, de certa forma, a UBS cumpre seu papel de atuação na promoção de saúde, pois assim obriga o Estado a intervir ativamente e assim, reduzir a possibilidade de que essa adolescente seja ainda mais exposta a outros tipos de violência.

A atenção primária é vista como “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde e precisa estar devidamente capacitada para cumprir seu papel. Essa capacitação vai além do treinamento de trabalhadores ou de processos de educação permanente. Pelo que tenho visto no meu cotidiano, essas ferramentas tão importantes pouca diferença faz na prática diária se não houver um forte comprometimento institucional para que essa porta esteja sempre aberta e acessível a todos.

Como médica ginecologista, a experiência no atendimento às vítimas adolescentes de violência sexual permeou toda a minha formação, entretanto, um caso clássico que atendi quando estava no primeiro ano da residência há 20 anos atrás, me trouxe muitas reflexões sobre o cenário anterior e o atual. Tratava-se de uma menina negra de 11 anos que foi ao hospital com sangramento devido a um processo de aborto. Na época, toda a equipe de plantão: médicos, enfermeiros, auxiliares não tiveram a percepção de olhar para aquela menina como vítima de uma violência extrema. As perguntas e comentários feitos na ocasião giravam sempre em torno da “moralidade” feminina, como se o agressor sequer existisse.

Essa lembrança incômoda me fez pensar: será que ainda hoje é assim? Será que nós ainda estamos criando tribunais e rituais de acusação contra as vítimas de violência sexual ao invés de gerar processos de humanização e acolhimento?

Além de buscar alguma resposta para meus questionamentos angustiantes, para mim a elaboração desse trabalho descritivo traz a esperança de gerar algum tipo de incômodo institucional. Sei bem que é algo irrisório diante de uma realidade tão difícil para algumas parcelas da população, entretanto como diz o grande escritor Arian Suassuna: “como sou pouco e sei pouco, faço o pouco que me cabe me doando por inteiro.”

2. INTRODUÇÃO

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

A definição de violência, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação com intencionalidade na realização do ato, independente do resultado obtido. (DALHERG/KRUG, 2006). Evidentemente, essa definição abre a possibilidade de diversas análises importantes sobre o conceito de violência que se aceita em diferentes sociedades até mesmo diferentes extratos sociais da mesma comunidade, uma vez que critérios sobre comportamentos aceitáveis ou não são intensamente influenciados pela cultura local.

A OMS diferencia a violência em três categorias de acordo com o perfil da pessoa que comete a violência:

1. *Violência autoinfligida*: divide-se em suicida e agressão auto infligida
2. *Violência interpessoal*: pode ser subdividida em dois subgrupos principais:
 - 2.1. Violência de família e de parceiros íntimos que ocorre principalmente nos lares (abuso infantil, violência entre parceiros íntimos e maus tratos a idosos)
 - 2.2. Violência entre indivíduos sem relação pessoal que podem ou não se conhecerem e ocorre fora dos lares (atos variados de violência, estupros ou ataque sexual por desconhecidos, violência institucional)
3. *Violência coletiva*: classificada em social, política ou econômica cometida por grandes grupos ou países (guerras, atos terroristas, atos com propósito de desintegrar a economia são alguns exemplos).

Ainda faz parte da classificação de violência, separar a natureza desses atos. Assim, a violência pode ter natureza física, psicológica, sexual ou estar relacionada à privação e/ou abandono.

A figura abaixo ilustra as diferentes formas de violência descritas acima. No eixo horizontal encontramos as vítimas da violência e no eixo vertical observamos as variadas formas em que essa vítima pode ter sofrido a violência.

Gráfico 1
Tipologia da violência.

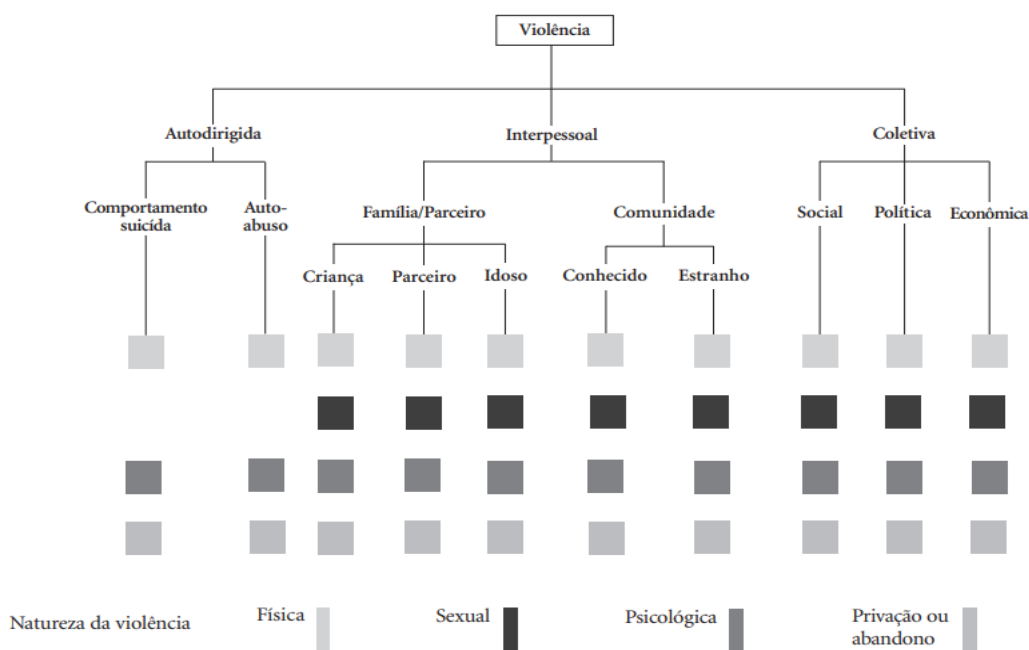


Figura 1: Tipologia da violência (DAHLBERG/KRUG)

Lidar com a violência não é uma tarefa fácil, uma vez que em sua gênese estão envolvidos diferentes fatores. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe o chamado modelo ecológico para sugerir a melhor forma de lidarmos com a violência em nossa sociedade. De acordo com esse modelo, a violência é fruto da interação de diversos fatores que interagem nos níveis individuais, relacionais, comunitários e sociais.

Modelo ecológico para compreender a violência.

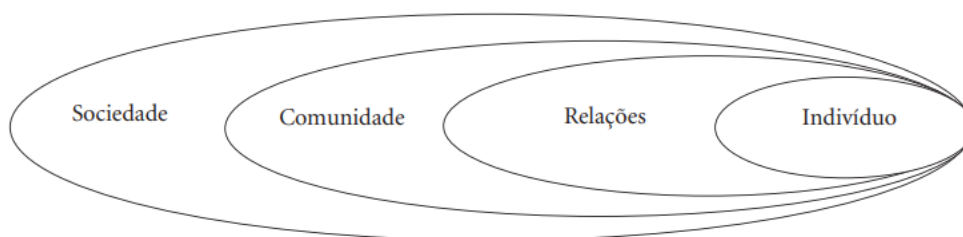


Figura 2: Modelo ecológico proposto pela OMS (DALBERG/KRUG)

A proposta ecológica enfatiza as múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade, como o contexto social, cultural e econômico. Colocado em um contexto de desenvolvimento, o modelo ecológico mostra como a violência pode ser causada por diferentes fatores em etapas diversas da vida.

A sociedade brasileira como conhecemos é fruto de um projeto de colonização extremamente violento e excludente, em que indivíduos que não se encaixam no perfil do homem branco, cisgênero e heterossexual, acabam sendo vítimas preferenciais de diversas manifestações de violência. Assim, embora homens e mulheres estejam sujeitos a sofrer violência, ela se manifesta de forma bastante diversa a depender da raça/cor e gênero da vítima.

Sendo assim, é esperado que, por ser historicamente um ser colocado em posição de submissão, as mulheres sejam frequentemente vítimas de violências diversas que resultam em problemas não só em nível individual e, portanto, devemos caracterizar a violência contra a mulher como um problema de saúde pública. Trata-se de um obstáculo histórico e difícil de ser contornado em nossa sociedade devido as bases patriarcais em que estamos estabelecidos. Além disso, a violência contra o gênero feminino que não se limita a classe social, idade ou raça. Trata-se de um evento que gera consequências à saúde de forma permanente e que gera com desdobramentos principalmente para a saúde mental. A pessoa vítima da violência sexual pode desenvolver transtornos psicológicos variados como: depressão, transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, entre outros. Por se tratar de um evento endêmico na nossa sociedade e com tantas consequências para o indivíduo, podemos também considerar a violência sexual como um problema de saúde pública. (MENDONÇA, C.S. 2020)

Sendo assim, ao olhar a violência como uma questão de saúde pública, podemos vislumbrar e sistematizar formas de prevenção e combate eficaz desse agravo que traz tanto impacto à saúde global das vítimas e de toda a sociedade cabendo ao gestor:

1. Definir e observar a magnitude do problema
2. Identificar as suas causas
3. Formular e propor modelos de combate
4. Aplicar amplamente medidas já consolidadas e de eficácia comprovada (OMS/2002)

2.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra a mulher é uma das consequências da desigualdade de gênero que historicamente marca a nossa sociedade.

Gênero é todo e qualquer tipo de construção de perfis e modelos para seres humanos em homens e mulheres, expressas nas relações dessas duas categorias sociais. Apesar de estar ligado às diferenças biológicas entre homens e mulheres, o gênero é uma construção cultural do que é chamado de masculino e feminino. (OLIVEIRA A.P, CAVALCANTI V.R.S., 2007)

Desigualdade de gênero é a diferença de direitos, oportunidades e tratamento das pessoas baseadas em seu gênero em que o gênero masculino esteja em vantagem em relação a qualquer outro. Essa desigualdade manifesta-se de diferentes maneiras, mas a sua face mais cruel é através da violência.

A violência contra a mulher é um fenômeno histórico e mundial, surge de diferentes formas e é mais ou menos frequente de acordo com a forma como a sociedade está estruturada, sendo mais prevalente em países em desenvolvimento. Estima-se que cerca de um terço das mulheres tenham sido vítimas de violência no mundo. (LI et al, 2023).

De acordo com Araujo, a dominação masculina e a submissão feminina, cristalizadas, naturalizam a produção e repetição de comportamentos abusivos por parte do homem detentor do poder de pai, provedor material e chefe da família. Ao se colocarem na condição de inferioridade, as próprias mulheres delegam poderes a seus maridos, companheiros e pais. É nesse lugar que eles reproduzem comportamentos abusivos. (Araujo MF, 2002).

A defesa do lugar de primazia masculino nas diferentes sociedades mundiais e a colocação das mulheres como pessoas de segunda categoria propicia a naturalização da violência contra a mulher, mesmo em diferentes contextos sociais e culturais. Apesar disso, a atuação e avanços do movimento feminista, principalmente nos países desenvolvidos trouxe maiores garantias de direitos relacionados à pessoa humana assim como direitos sexuais e reprodutivos. Esse avanço, contudo, está muito aquém do que deveria e somente em 1992 a CEDAW (Comitee of Elimination Discrimination Against Women) oficialmente definiu a violência contra a mulher como uma forma de discriminação focada diretamente na mulher pelo fato de ser mulher ou por afetar mulheres de maneira desproporcional. (CEDAW, 1992)

Segundo a ONU (Organização das Nações Unidas), violência contra as mulheres é definida como qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada. Dentre todos esses tipos de violências possíveis de serem cometidas, a violência por parte de parceiro íntimo é a forma mais comum de violência contra a mulher. Estima-se que 38% das mulheres que foram assassinadas no mundo foram vítimas de parceiros íntimos do sexo masculino. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2025)

Os fatores de risco associados à violência contra a mulher são variados e se relacionam com razões que estão relacionadas a comportamentos e crenças tanto das vítimas quanto dos autores. São exemplos de fatores de risco para violência contra a mulher: baixos níveis educacionais, exposição a maus tratos na infância, experiência de violência familiar, transtorno de personalidade antissocial (autores), uso nocivo de álcool, ter múltiplos parceiros, aceitabilidade em relação a atitudes violentas, insatisfação e discórdia marital, dificuldades de comunicação entre parceiros, crenças sobre honra e pureza marital, ideologias que consagram privilégios e superioridade do gênero masculino e finalmente a falta de sanções legais eficientes contra atos de violência contra a mulher. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2025).

A violência doméstica é a forma mais prevalente de violência contra a mulher. É caracterizada pelas relações desiguais de poder entre pessoas do seio familiar em que, pessoas do gênero masculino tendem a exercer esse poder estabelecido socialmente por meio de violência. Esta última pode se manifestar de diferentes maneiras, sendo a violência física a mais relatada pelos registros oficiais embora não seja a mais frequente. Embora as causas da violência doméstica em geral sejam baseadas na manutenção da desigualdade de gênero no âmbito familiar, sua dinâmica é bastante complexa, uma vez que os atores envolvidos (agressor e vítima) estão ou estavam ligados em um alto nível de afetividade que tornam tanto a sociedade em geral quanto o próprio Estado de certa forma cúmplices na observância da violação de direitos humanos sem quaisquer interferências. Sendo assim, o Estado manifestando-se (ou não) por meio da justiça, polícia, poder legislativo, economia, políticas públicas e o próprio sistema de saúde contribuem para a manutenção estrutural do patriarcado. (OLIVEIRA, A.P. CAVALCANTI V.R.S, 2007)

Diante das diferentes formas de violência das quais as mulheres são submetidas diariamente, a violência sexual é supostamente uma das mais humilhantes formas de violência decorrentes da desigualdade de gênero e uma das que trazem maior impacto na vida de suas vítimas, seja pelas suas consequências psicológicas (transtorno depressivo, ansiedade, aumento do consumo de álcool e drogas) quanto físicas como as infecções sexualmente transmissíveis e gestação.

A ONU define violência sexual como qualquer ato sexual ou tentativa de consumir ato sexual ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa, independentemente de sua relação com a vítima ou em qualquer âmbito. Compreende o estupro, definido como a penetração mediante coerção física ou de outra índole, da vulva ou ânus com um pênis, outra parte do corpo ou objeto. foram vítimas de seus parceiros íntimos. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2025)

Assim como os demais tipos de violência, o abuso sexual é um problema histórico e não exclusivo de uma sociedade ou segmento populacional específico. Essa triste realidade é fruto da tolerância social em relação aos atos violentos aos quais as mulheres são submetidas diariamente e que podem ir escalando durante suas vidas até mesmo por décadas. Mundialmente, estima-se que 29% das mulheres sofreram algum tipo de violência sexual, com um importante diferença de prevalência entre as nações em desenvolvimento (32% das mulheres) e as consideradas desenvolvidas (27%) (LI L. et al, 2023).

A forma como a violência sexual ocorre torna ainda mais difícil combatê-la, uma vez que em uma boa parte dos casos, ela se inicia na infância ou início da adolescência e com autor conhecido da vítima, a qual em casos, tem dificuldade para denunciar o abuso ocorrido e assim, de forma equivocada, acaba “facilitando” a recorrência dos episódios. (AQUINO, 2009).

A violência sexual é decorrente de uma interseccionalidade de fatores, sendo muito difícil definir com precisão quais são seus fatores de risco, entretanto, ao avaliar contextos de alta prevalência, podemos elencar alguns como por exemplo: status socioeconômico, nível educacional, exposição à violência (residir em área de conflito armado, abuso infantil, testemunho de violência parental e estar em um contexto social com regras patriarcais. (DIAS L.B, 2021).

No Brasil, as discussões sobre violência contra a mulher vêm ganhando força nos últimos anos. Segundo o Anuário de 2024 do Fórum Nacional de Segurança Pública, praticamente todos os tipos de violência contra a mulher (homicídio, feminicídio, agressões em contexto de violência doméstica, perseguições e estupro) registraram crescimento quando comparados ao ano anterior. A exceção ficou a cargo do crime de homicídio que registrou uma queda de 0,1% no ano de 2023 em relação ao ano de 2022.

O Estado brasileiro possui uma estrutura de apoio muito fragilizada para auxiliar casos de violência contra a mulher, o que dificulta acesso da vítima quando ela busca por ajuda para sair da situação de dependência e/ou violência. Esse talvez seja o ponto mais nevrálgico da questão, pois diante do difícil reconhecimento de estar em uma situação de violência e ainda mais difícil mobilização para sair dela, a falta de rede de apoio funcionante e estruturada pode ser o divisor de águas entre a vida e morte dessa mulher.

E nesse contexto, o crime de estupro chama a atenção também devido a suas especificidades que há muito são bem conhecidas. Também de acordo com o Anuário de 2024, cerca de 80% dos estupros no Brasil ocorrem em crianças e adolescentes, negras (52,2%), com no máximo 13 anos de idade (61,1%) e que são estupradas dentro do domicílio (61,7%) por familiares ou conhecidos (84,7%) (FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2024).

Cabe ressaltar que segundo a legislação brasileira atual, estupro é definido pelo ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Não é um ato exclusivo contra mulheres e a pena pode variar de acordo com a idade, sendo aumentada do período de 6 a 10 anos para pena de 8 a 12 anos se a vítima tiver entre 14 e 18 anos. (BRASIL, 2009).

Sendo assim, é de fundamental importância definirmos também o conceito de estupro de vulnerável. De acordo com o Código Penal Brasileiro, ter conjunção carnal ou ato libidinoso com menores de 14 anos é considerado estupro de vulnerável com pena de reclusão de 08 a 15 anos. Isso porque a legislação brasileira considera que adolescentes com menos de 14 anos são incapazes de discernir sobre diversos aspectos da vida, incluindo a decisão de consentir com uma relação sexual. (BRASIL, 2009).

A violência sexual contra meninas e adolescentes é apenas uma face das muitas violências “patrocinadas” pela junção da misoginia e sistema patriarcal. Ao reduzir o foco da violência contra a mulher em geral para focarmos somente na violência sexual, encontrarmos basicamente os mesmos motivos e autores das outras causas de violência contra a mulher, confirmando que o abuso e violência sexual é apenas uma das expressões de violência de gênero. O que se percebe, em geral, nos atendimentos a meninas e mulheres em situação de violência na área da saúde, nas delegacias de polícia e na área da assistência social, é que a agressão ocorre principalmente por fazerem parte do gênero feminino. Essa violência, que é comum em nossa sociedade, assim como em outras, aponta para o fato de que o sexo feminino ainda é visto como inferior, ou aquele que deve se subordinar às ações do sexo masculino, considerado superior. (NJAINÉ et al, 2014)

2.3 A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES

O conceito de adolescência é relativamente recente na sociedade ocidental e vem surgindo a partir do século XVIII, mas que somente foi consolidado no século XX. (ALVES, J.R; BARBIERI, V., 2023)

Em nossa sociedade, a adolescência é considerada uma fase especial da vida, caracterizada por ser um período de transição entre a infância e a vida adulta em que importantes mudanças ocorrem no âmbito físico, psicológico e social. Em geral, entende-se que a adolescência se inicia com as mudanças advindas da puberdade e termina com a inserção em níveis social, econômica e profissional na vida adulta. A definição de adolescência varia muito de acordo com o ponto de vista escolhido. Segundo a OMS, define-se adolescente como o indivíduo que se encontra entre 10 e 19 anos 11 meses e 29 dias de vida. Entretanto, esse conceito não é absoluto e algumas definições colocam o adolescente no intervalo de vida que pode chegar até os 24 anos (FORMIGLI V.L.A./ SAWYER S.M. et al, 2020).

Do ponto de vista jurídico, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define adolescente como a pessoa entre 12 e 18 anos incompletos. Mas, para além dos parâmetros etários, muitos pesquisadores defendem que a adolescência é uma construção histórica. Portanto, só pode ser compreendida a partir de contextos sociais, culturais, econômicos e subjetivos, que determinam características, comportamentos e opções de vida tanto individuais como coletivas. História, tradição e cultura contribuem para a expressão de valores que marcam a cultura juvenil, sendo assim, entender o conceito de adolescência somente pelo paradigma biomédico, portanto como fase do desenvolvimento humano ou de transição para a vida adulta, é atribuir uma natureza a-histórica ao conceito. Por essa perspectiva, atualmente o Estado brasileiro reconhece que mesmo que haja uma faixa etária que congregue determinadas macro características, a adolescência não pode ser vista de forma universal, com prescrições que possam ser aplicadas para todo esse grupo social indistintamente sendo importante considerar múltiplos padrões de adolescências que são afetadas pelos diferentes contextos socioeconômicos, familiares, regionais, culturais e marcadores de diferenças. (BRASIL, 2024)

Entre adolescentes, os números da violência sexual vêm crescendo em diversos países do mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto os considerados desenvolvidos. Um exemplo disso é evidenciado por um estudo realizado na Nova Zelândia, a maioria das vítimas adolescentes de violência sexual estão na faixa etária entre os 13 e 19 anos (CRUZ, 2021)

A idade da vítima é um fator que traz algumas peculiaridades em relação à violência sexual -contra crianças e adolescentes, mas no final das contas, esse é também apenas mais um recorte de um problema maior e mais complexo que é a disparidade de gênero como fator estruturante na cultura de diversas sociedades.

Segundo o relatório “Panorama da violência letal e sexual no Brasil (2021-2023)” fruto da parceria entre o Fórum Nacional de Segurança Pública (FNSP) e da United Nation Children’s Emergency Fund (UNICEF) a maioria esmagadora das vítimas de violência sexual são meninas (87,3%). Destas, 48,3% têm entre 10 e 14 anos e 52,8% são negras. De acordo com esse relatório,

uma menina com menos de 19 anos tem 7 vezes mais probabilidade de ser estuprada do que um menino com a mesma idade. Entretanto, o mesmo estudo ressalta que a estimativa de casos de estupro notificados no país seja de apenas 8,5%, ou seja, a probabilidade de uma menina ser vítima de violência é absurdamente maior. (UNICEF, 2024).

O Anuário Brasileiro do Fórum Brasileiro de Segurança Pública de 2024, apontou o quanto a violência sexual contra crianças e adolescentes é uma questão de foro íntimo e familiar na esmagadora maioria dos casos. De acordo com o fórum, cerca de 80% dos estupros no Brasil ocorrem em crianças e adolescentes, negras (52,2%), com no máximo 13 anos de idade (61,1%) e que são estupradas dentro do domicílio (61,7%) por familiares ou conhecidos (84,7%) (FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA).

Como já se pode imaginar, as repercussões da violência sexual contra adolescentes podem ser devastadoras. Dentre os impactos já estudados, podemos citar questões psicológicas (baixa autoestima, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, dificuldade para dormir, lesão auto infligida, dificuldades para dormir entre outros), físicas decorrentes da somatização do sofrimento (enxaqueca, compulsão alimentar, síndrome metabólica), sociais (uso abusivo de substâncias, aumento da chance de vivência em situação de rua) e sexuais (gestação, infecções sexualmente transmissíveis, conflitos de identidade de gênero, hipersexualização ou aversão sexual) . (CRUZ, 2021)

Diante do exposto, fica claro que engravidar em uma fase de tantas mudanças pode ser encarado como desafio tanto no âmbito individual quanto no coletivo, haja visto que família e sociedade precisam se mobilizar para que essa gestação não seja motivo que impeça o pleno desenvolvimento socioeconômico, especialmente das meninas periféricas.

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública devido à sua grande magnitude e alta prevalência, uma vez que, as consequências desse evento causam prejuízos tanto na esfera pública quanto privada. Além das repercussões físicas e psicológicas decorrentes de uma gestação ocorrendo em um indivíduo em desenvolvimento, em muitos casos, a gestação na adolescência acaba sendo um fator perpetuador da pobreza, assim como fator para morbimortalidade materno-infantil devido ao fato de que em muitos casos a gestação na adolescência é uma gravidez de alto risco materno-fetal, mas também podem estar ligadas ao fato de que, em geral, são gestações não planejadas e indesejadas, suscitando assim a maior possibilidade de realização de abortos inseguros. (CECAGNO et al, 2020/ ANDRADE, 2022).

Parte do problema relacionado à gestação na adolescência, tem relação com as dificuldades de acesso ao planejamento familiar e métodos contraceptivos. Segundo a UNFPA (United Nation Population Fund) estima-se que ocorram diariamente no mundo cerca de 331.000 gestações não planejadas. Consequentemente, o número de abortos realizados também é alto. Segundo a mesma fonte, estima-se que 60% das gestações não intencionais terminem em aborto e destes, 45% sejam inseguros. (UNFPA, 2022)

Sendo assim, o aumento da implementação de políticas públicas voltadas para a ampliação de acesso aos LARC's (Long Action Reversible Contraceptive) e contracepção de emergência têm diminuído significativamente as taxas de gestações não planejadas em todo mundo. O estudo CHOICE, realizado na região de St. Louis com coorte de 9.256 adolescentes mostrou o quanto o

uso de LARC's reduziu a taxa de abortos, abortos de repetição e gestações em adolescentes, sendo esta última de apenas 6,3 em 1.000 usuárias quando comparadas a 34,1 na população estadunidense em geral. (PEIPERT JF, MADDEN T, ALLSWORTH JE, 2012)

Diante disso, cabe aos gestores do poder público, enxergar a gravidez na adolescência como um problema de saúde que precisa ser atacado e principalmente prevenido, pois ele reflete falhas estruturais na forma como lidamos com os direitos sexuais e reprodutivos dessas adolescentes. Portanto, informações sobre qual a quantidade de gestações não planejadas entre adolescentes da região de atuação, qual a quantidade de gestações indesejadas nesse grupo e especialmente investigar quantas dessas gestações são fruto de violência sexual são atitudes fundamentais para o sucesso das estratégias e políticas de saúde que já temos disponíveis em nosso país.

Como já foi colocado anteriormente, crianças e adolescentes são sujeitos que estão em situação de extrema vulnerabilidade social devido ao seu estágio de desenvolvimento, o que os torna alvos fáceis de diferentes tipos de violência.

2.4 CUSTO DO CUIDADO À VIOLÊNCIA PARA ÁREA DA SAÚDE

Além de tratar-se de uma violação de direitos humanos, a violência contra a mulher traz ao indivíduo e a toda sociedade custos substanciais que estão relacionados a despesas médicas, processos policiais e judiciais além de perdas reais e potenciais de força de trabalho, haja visto que em muitos casos essas mulheres embora possuam capacidade potencial de geração de renda, podem estar em situação de dependência econômica do agressor. Pensando somente na violência doméstica, sabemos que o agressor na maioria das vezes é o parceiro ou familiar próximo e consequentemente, essa violência pode se estender, direta ou indiretamente, a outras pessoas da família, em geral os filhos dessa mulher.

De acordo com informações da ONU, em 2017 a violência contra mulheres gerou prejuízo de cerca de 2% do PIB mundial (1,5 trilhão de dólares) referente a gastos no atendimento às vítimas, aplicação de leis e consequências das agressões. (ONU, 2017)

No Brasil o cenário não é muito diferente. Segundo o Atlas da violência de 2023, embora o país esteja enfrentando uma queda geral de homicídios, os feminicídios vêm aumentando nos últimos anos, especialmente em relação às mulheres negras. Dados de 2021 mostraram que 67,4% das mulheres assassinadas naquele ano eram negras. Estes dados somente demonstram o peso do racismo estrutural o que torna mulheres negras alvo de dois pilares importantes de discriminação: racial e de gênero. Também de acordo com o Atlas, o aumento da violência contra as mulheres se deve a três fatores principais: diminuição de recursos públicos para financiar as Políticas de proteção às mulheres, o aumento da polarização política e a pandemia de Covid –19. (IPEA, 2023),

Existem diversos estudos buscando avaliar em termos econômicos o custo da violência e por se tratar de um termo muito abrangente, iremos focar, de agora em diante, apenas nos custos da violência sexual e suas possíveis consequências diretas: partos e abortamentos.

Avaliando o panorama global, sabemos que independente da legislação, mulheres que desejam abortar o fazem. A diferença entre países com legislação mais aberta em relação ao tema e os de legislação mais restritiva são as taxas de mortalidade materna assim como os números relativos às complicações decorrentes de procedimentos inseguros.

Dessa maneira, países com legislação mais restritiva ao aborto tendem a apresentar um impacto maior nos gastos de saúde relativos aos cuidados de pessoas que foram submetidas a procedimentos de aborto inseguro ou que seguem com a gestação não planejada por meio de cuidados médicos que se iniciam no pré-natal e se estendem principalmente nos primeiros anos de vida desse bebê.

Sendo assim, o impacto financeiro das políticas relacionadas ao acesso ao aborto seguro impacta gastos em nível nacional, os sistemas de saúde locais, a pessoa grávida e seus familiares mais próximos. Este último aspecto tem um impacto ainda maior quando pensamos nos abortos que estão relacionados à violência sexual contra crianças e adolescentes.

Rodgers, faz uma análise muito interessante sobre diferentes estudos ao redor do mundo que estimam os custos do estabelecimento de políticas públicas para facilitar o aborto seguro frente aos gastos relacionados com a não realização desse procedimento ou de gestações não desejadas. Por exemplo, estima-se que nos Estados Unidos, para cada dólar gasto em procedimento de aborto seguro se economize 4 dólares relacionados aos cuidados materno-infantis desde o pré natal até o segundo ano de vida da criança. Além disso, os ganhos relacionados aos anos de vida poupados em decorrência de mortes precoces são estarrecedores. De acordo com esse mesmo estudo, na África Subsaariana existe uma estimativa de que de 8.300 a 29.000 anos de vida sejam poupados para cada 100.000 procedimentos de aborto seguro.

Ainda assim, a despeito das muitas evidências a favor da positividade na implantação e implementação de políticas públicas visando ampliação do aborto seguro, a América Latina é uma das regiões globais com grandes restrições em relação ao aborto. Estima-se que na região, cerca de 10% das mortes maternas estão relacionadas ao aborto inseguro. (RODGERS, et al, 2021)

Por fim, pensando em microeconomia, ou seja, no impacto que a falta de políticas públicas que facilitem a permissão ao aborto legal, precisamos avaliar esse peso sobre os indivíduos e seus familiares mais próximos. A crescente dificuldade de acesso ao aborto faz com que não somente os gastos indiretos com saúde sejam progressivos (alimentação e transporte por exemplo), mas também impacta na qualidade de atendimento prestado e riscos à saúde dessa pessoa, uma vez que aumentam a chance de interrupção dessa gestação em fase mais avançada, gerando ainda mais custos e transtornos físicos, psicológicos e sociais. (ERNESTINA COAST, 2021)

Ao mudar o foco do aborto para o parto, a situação é ainda mais preocupante, uma vez que além das consequências imediatas, as mulheres vítimas de violência, especialmente as adolescentes, lidam com sequelas a longo prazo e irreversíveis como as mudanças no projeto de vida principalmente devido diminuição de perspectivas de trabalho, dificuldade para manutenção dos estudos e maior chance de dependência econômica (o que pode ser uma forma de perpetuação de violências contra esse indivíduo). Além disso, mulheres que têm filhos em faixa etária mais precoce tendem a ter mais filhos e consequentemente são expostas a mais riscos em gestações futuras. (BORGATO N.M, OLIVEIRA, M.C.F.A. 2012).

2.5 CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE E OS DADOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM ADOLESCENTES

Como já foi dito anteriormente, a adolescência é um período de transição definido pela OMS entre 10 e 19 anos e como todo período de transição ele é muito complicado.

Segundo dados de OMS, estima-se que cerca de 120 milhões de meninas tiveram algum tipo de contato sexual contra sua vontade antes de chegar aos 20 anos (RADFORD L., ALLNOCK, D; HYNES, P. 2021). Estas meninas, assim como qualquer outra vítima de violência, desenvolvem maiores riscos de desenvolver transtornos mentais diversos como ansiedade, comportamentos perigosos, abuso de álcool e drogas ilícitas, práticas sexuais de risco além de desenvolver doenças crônicas como câncer, diabetes, cardiopatias, doenças infecciosas (HIV especialmente), menor aproveitamento escolar e maior participação em atos de violência.

Avaliando o cenário nacional, temos a pesquisa PeNSE de 2019 (Pesquisa nacional de saúde do escolar) traz alguns dados importantes acerca da vida sexual dos adolescentes brasileiros. A pesquisa mostra evidências de uma redução da idade média para iniciação sexual com média de 13,4 anos para os meninos e 14,1 ano para as meninas demonstrando que, em geral, a iniciação sexual dos adolescentes vem ocorrendo em faixa etária menor, sugerindo a necessidade de construção de políticas de Planejamento Sexual de Reprodutivo mais amplas, contrastando com o cenário sociopolítico atual que vem se tornando mais conservador nos últimos anos. Outro dado interessante é que por volta de 35,4% dos adolescentes entre 13 e 17 anos já haviam iniciado a vida sexual e destes, em 36,6% dos entrevistados haviam tido relações sexuais com menos de 13 anos. Por fim, a pesquisa também aborda a questão da gestação em adolescentes evidenciando taxa de gestação de 7,9% em meninas de 13 a 17 anos, com um importante diferença percentual entre as estudantes da rede pública de ensino (8,4%) e as da rede privada (2,8%) reforçando a premissa de que a situação socioeconômica, contexto de violência e relações familiares são importantes fatores de vulnerabilidade que interferem na taxa de gestação em adolescentes.

A pesquisa também coloca a questão da violência sexual contra adolescentes, tanto de forma direta quanto indireta. O percentual de escolares que tiveram relação sexual forçada, em 2019, foi de 5,6%. Foi feita uma mudança metodológica neste ano especificamente, e assim, a violência sexual pode ser mensurada não somente através do ato da relação sexual, mas da identificação de outros atos que vão desde o assédio até a relação forçada. Nesse sentido, o percentual de escolares do 9º ano que passaram por essa situação foi de 14,6%. (IBGE, 2022)

Para além dos transtornos físicos e mentais que decorrentes da violência sexual, a gravidez no período da adolescência talvez seja a faceta mais visível da violência contra adolescentes, pois, não existem formas de ocultar uma gestação eternamente. E nesse contexto a temática da mortalidade materna e aborto ainda assombram nossa sociedade.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, 8% das meninas entre 13 e 17 anos que tiveram relações sexuais engravidaram, entretanto, apesar da taxa de natalidade entre meninas de 10 a 14 anos ter caído de 3,3 para 2,1 por 1.000 nascidos vivos entre os anos de 2011 e 2022, a mortalidade materna entre adolescentes mantém-se elevada, correspondendo a 9,6% dos óbitos maternos, sendo semelhante a outro grupo de gestantes de alto risco que são as mulheres acima dos 40 anos. (BRASIL, 2022)

2.6 A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO À MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: O QUE PODEMOS FAZER?

A ideia de que deve existir proteção à vulneráveis é recente. A OMS define vulnerabilidade como as condições determinadas por fatores ou processos históricos, políticos, culturais, institucionais e de recursos naturais que moldam a vida e o modo de viver das pessoas, podendo

gerar uma variedade de fatores subjacentes à vulnerabilidade. Esse conceito é importante para determinar risco à saúde decorrente de desastres para comunidade de indivíduos. O risco de um agravo à saúde não depende apenas da gravidade do evento ou número de pessoas afetadas, mas também níveis da suscetibilidade de indivíduos, comunidades bens ou sistemas aos impactos de ameaças. A vulnerabilidade em saúde é um conceito complexo, determinada por fatores diversos que interagem e atuam ampliando situações adversas em grupos ou indivíduos expostos. após as pressões sociais que surgiram no decorrer do século XX forçaram a um novo posicionamento por parte do Estado, visando responder à demanda crescentes de problemas que antes estavam restritos à esfera privada, mas que pouco a pouco foram ganhando espaço no debate público. Políticas públicas podem ser entendidas como respostas do Estado às demandas sociais de interesse da coletividade. São implementadas por meio de ações e projetos do governo e voltadas para setores específicos. Sendo assim, para que sejam realmente efetivas, a parceria com a sociedade é fundamental na implementação dessas políticas, para que não sejam percebidas como letra morta. (OLIVEIRA A.P.G.; CAVALCANTI V.R.S., 2007)

De conceito distinto, mas não menos importante nesse contexto, as políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. (VIGANO S. 2019)

Por fim, podemos também citar a importância das políticas de ações afirmativas no combate e redução das violências contra crianças, mulheres e adolescentes. As políticas de ações afirmativas são provenientes de reivindicações feitas por movimentos sociais que pressionaram o Estado a posicionar-se frente às mazelas sociais e pretendem, por meio da inclusão social, atender prioritariamente um grupo de pessoas e conferir igualdade de direitos a grupos historicamente negligenciados de forma a concretizar a igualdade substancial ou material. Sendo assim, elas se constituem um remédio razoável para equilibrar essas desigualdades sociais que afetam as minorias. (VIGANO S. 2019)

No final da década de 1970, várias ações foram disparadas em nível mundial visando reduzir a desigualdade de gênero, sendo a ONU (Organização da Nações Unidas) um importante ator na confecção de materiais, pactos e declarações. Documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), Pacto Internacional de Direitos Cíveis e Políticos (1966), Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), Convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (1979), Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (1994) e o Compromisso de Dakar (2000) foram importantes marcos mundiais que nortearam a elaboração das nossas políticas públicas em relação às mulheres. (VIGANO S., 2019).

As primeiras ações de políticas públicas voltadas para mulheres em situação de violência no Brasil foram implementadas na década de 1970, em decorrência da ação do movimento feminista. O resultado desse trabalho apareceu somente em 1980, através da disponibilização de um serviço de amparo e denúncia às mulheres vítimas de violência doméstica. Em 1985 foi criada a primeira Delegacia da Mulher em São Paulo e nos anos seguintes foram sendo implantadas em outros estados do país. Já no final dos anos de 1980 e início da década de 1990 implantou-se os primeiros serviços focados na assistência social e psicológica das mulheres, serviços ligados ao aborto e casas abrigos para casos excepcionais de violência extrema. (OLIVEIRA A.P.; CAVALCANTI V.R.S., 2007)

Visando criar estratégias para conter a violência contra crianças, a OMS lançou em 2016 o projeto INSPIRE que consiste em uma série de recursos e um manual técnico para aplicação e monitoramento de programas e serviços que atuam na prevenção e combate à violência contra crianças. Esse acrônimo (em inglês) representa uma série de estratégias voltadas para a proteção de crianças e adolescentes:

I – Implementação e vigilância do cumprimento das leis através de leis que proíbam castigos violentos, penalização do abuso sexual, prevenção do uso nocivo de álcool e limitação de acesso a armas de fogo.

N – Normas e valores: através de programas de mobilização voluntária, intervenções dirigidas a espectadores passivos das violências e busca de adesão para mudanças em relação a normas abusivas ou restritivas em relação ao gênero.

S – Segurança: redução da violência mediante atuações específicas, impedimento da propagação da violência.

P – Pais e mães cuidadores devem receber apoio: através de visitas domiciliares, por meio de grupos da comunidade e programas específicos

I- Receita e fortalecimento econômico por meio de programas de transferência de renda, facilitação de acesso ao crédito e microfinanciamentos combinados com medidas de formação em equidade de gênero.

R – Resposta dos serviços de atenção e apoio por meio de medidas de assistência social, terapias, intervenções em casos de violência, programas para acompanhamento de crianças e adolescentes no sistema de justiça penal.

E – Educação e atitudes para a vida: estas medidas se manifestam por meio de aumento das taxas de matrículas em escolas, a criação de um ambiente escolar seguro, orientações a crianças e adolescentes sobre abuso sexual e como se proteger deles assim como orientações a adolescentes para prevenção de violência doméstica.

(OMS/2016).

Desde a criação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) em 1990, crianças e adolescentes são considerados sujeitos com direitos em condição peculiar de desenvolvimento e com prioridade absoluta. O ECA inova trazendo a premissa de que estas pessoas devem ter seus direitos essenciais reconhecidos e devem receber proteção por parte do Estado e da sociedade. Dessa forma, a violência praticada contra eles deve ser denunciada e devidamente punida. (BRASIL, 1990)

Aliado ao ECA, temos diversas Políticas Nacionais que buscam estabelecer instrumentos para atender as vítimas de violência. Um deles é a Política Nacional de Combate à Violência por exemplo. A Política Nacional possui seis eixos: análise da situação, mobilização e articulação, defesa e responsabilização, atendimento, prevenção e protagonismo infanto-juvenil. (BRASIL, 2007). Essas ferramentas, quando bem utilizadas trazem o cuidado com a pessoa vítima de violência para um outro patamar. Estratégias como a facilitação na denúncia, acesso a tratamentos de saúde física e mental assim como disponibilização de auxílios sociais estão garantidos por lei e quando aplicados integralmente podem causar um enorme impacto positivo na recuperação da vítima.

2.7 O QUE É UMA LINHA DE CUIDADO?

De maneira sucinta, podemos definir linha de cuidado em saúde como uma forma de organização de fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (SILVA A.C., 2016).

Define-se linha de cuidado como um processo dinâmico envolvendo usuários e profissionais de saúde que interagem em diversos pontos do sistema. Idealmente, a linha de cuidado deve colocar o usuário na centralidade do sistema, de forma que ele possa desenvolver autonomia e desfrutar das melhores opções disponíveis para seu atendimento em saúde. (Malta D.C; Merhy E. E, 2010)

O propósito de se atuar na forma de linha de cuidado é induzir a integração das várias ações desenvolvidas na rede de serviços nos diversos níveis de atenção à saúde e corresponsabilizar gestores e profissionais envolvidos no atendimento para que exista maior articulação entre os sistemas públicos com foco na promoção, proteção e defesa dos direitos dessas pessoas.

Assim, a implementação bem-sucedida, de uma linha de cuidado por parte do Estado garante que a pessoa para a qual foi idealizado esse instrumento, tenha seus direitos constitucionais respeitados e garantidos.

Sendo assim, o objetivo da linha de cuidado é organizar o atendimento ao paciente de forma integral e contínua, desde a prevenção até a reabilitação. É importante que nesse trajeto sejam observadas algumas premissas como por exemplo:

- Manter o foco no paciente para ofertar sempre um serviço equânime e humanizado
- Fornecer cuidado integral envolvendo os diversos aspectos de saúde da pessoa no âmbito da saúde física, mental e social.
- Fornecer continuidade no cuidado para que o paciente não sofra com interrupções ou fragmentações no seu tratamento.
- Atuar em um processo coordenado, de forma que os serviços de saúde mantenham comunicação e integração garantindo eficiência no cuidado.

Ademais, é importante que na construção da linha de cuidado estejam claramente definidos objetivos, os serviços de saúde estejam bem mapeados, os fluxos de atendimento estejam bem estabelecidos e sejam determinados indicadores para monitoramento e avaliação do trabalho que está sendo ofertado pela rede de assistência.

2.8 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER

Nesse contexto, para que o cuidado com a saúde da mulher seja efetivo, a construção das linhas de cuidado dever ser norteadas por uma base sólida que, no caso, é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que propõe diretrizes para a humanização e qualidade de atendimento das mulheres, as quais destacamos algumas fundamentais: (BRASIL, 2004).

- O SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher contemplando promoção e necessidades de saúde, controle de patologias prevalentes e garantindo direito à saúde.

- A Política deve contemplar mulheres em todos os ciclos de vida, sendo resguardadas especificidades de cada subgrupo (faixa etária, raça/cor, orientação sexual, etc.).
- Gestão deve estabelecer dinâmica inclusiva para atender as demandas em todos os níveis assistenciais.
- O SUS deve garantir o acesso a todos os níveis de atenção à saúde com descentralização, hierarquia e integração de ações e serviços.
- A atenção integral à saúde da mulher implica para os prestadores de serviço, a necessidade de estabelecer relações singulares sob diferentes aspectos e o atendimento deve ser norteado pelo respeito às diferenças e ausência de imposição de valores ou crenças pessoais. Sendo necessário sempre enfoque em sensibilização e capacitação dos profissionais em humanização das práticas em saúde.
- A execução das ações deverá ocorrer em todos os níveis hierárquicos buscando uma atuação mais abrangente e horizontal.

Embora existam diversos protocolos assistenciais disponíveis, o município de São Paulo ainda carece de linhas de cuidado específicas para as principais doenças que afetam as mulheres como o câncer de mama e colo uterino por exemplo, entretanto houve um esforço considerável por parte da gestão municipal em relação à questão da violência, de forma que as pessoas vítimas de violência possam ter um atendimento mais qualificado.

2.8.1 LINHA DE CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A rede de atenção primária possui um papel fundamental no acolhimento das pessoas vítimas de violência. Por se tratar da “porta de entrada” do SUS, a atenção básica tem um papel crucial para prevenir, identificar, denunciar agressores e atos violentos além de tratar pessoas vítimas de violência.

Em 2010, o Ministério da Saúde lançou a linha de cuidado de atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde e tem como objetivos principais: (BRASIL,2010)

1. Estimular ações de promoção à saúde e cultura de paz, assim como prevenir as violências cotidianas dos serviços.
2. Orientar os profissionais de saúde sobre a importância do atendimento integral à pessoa vítima de violência nas dimensões do cuidado, acolhimento, notificação e seguimento na rede de cuidado
3. Sensibilizar gestores para melhor organização dos serviços no território.

Posto isso, é importante também conhecermos as diretrizes estabelecidas por essa linha de cuidado para serem seguidas pelos municípios em seus processos de implantação:

- Organizar e articular os recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção para garantir o acesso, o cuidado e a proteção social.
- Estabelecer o “percurso da atenção” a partir das situações de vulnerabilidades e dos riscos para a violência, organizando o fluxo de acordo com as demandas.
- Definir as funções, responsabilidades e competências de cada serviço de atenção na produção do cuidado e na proteção social.

- Estabelecer normas, protocolos e fluxos em todos os níveis de atenção e para a rede de proteção social, constituída pelo sistema de garantia de direitos.
- Promover a capacitação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social.
- Desenvolver ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violências.

Por fim, a linha de cuidado estabelece a necessidade de requisitos mínimos para sua implantação nos municípios que estão descritos abaixo:

- Realizar diagnóstico da situação de saúde, visando identificar se as causas externas (dentre elas a violência) se configuram como um dos principais problemas de saúde pública no município.
- Mapear a rede de serviços local e/ou regional que atende/recebe crianças e adolescentes em situação de violências, tanto nos serviços públicos quanto nos privados:
 - *Sistema Único de Saúde*: Unidades Básicas de Saúde, Equipe de Saúde da Família (ESF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI) e Hospital de Referência ou Serviço de Atenção Especializado.
 - *Sistema Único da Assistência Social*: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).
 - *Sistema de Proteção e Defesa*: Conselho Tutelar ou outros serviços do poder público existentes no território, como o Ministério Público, Vara da Infância e da Juventude, Promotorias de Justiça e Delegacias Especializadas.
 - *Sistema de Ensino*: Centros de Educação Infantil (creches, pré-escola), Escolas de Ensino Fundamental e Médio.
- Apresentar o diagnóstico da situação de saúde (número de crianças e adolescentes que sofreram violências no município em determinado período) aos gestores e profissionais de redes locais (anteriormente mencionados), para sensibilizá-los e mobilizá-los em relação às potencialidades do município e às fragilidades, visando à intervenção.

A rede de cuidado deve dispor de equipes multidisciplinares de profissionais capacitados para o atendimento de crianças e adolescente nos três níveis de atenção à saúde assim como manter a articulação intersetorial entre todos os agentes envolvidos no processo, fazer as notificações necessárias e ter o cuidado de ofertar um ambiente acolhedor para que as crianças e adolescentes sejam bem atendidos, assim como suas famílias.

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, o município de São Paulo desenvolveu uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa em situação de violência como resposta a diversos compromissos internacionais assinados pelo Brasil para lidar com a violência e suas consequências assim como estimular a cultura de paz. A linha de cuidado foi lançada em 2015 na gestão do então prefeito Fernando Haddad e é composta pelas seguintes etapas: (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2015)

- **Acolhimento:** é a primeira fase do atendimento e demanda, por parte do profissional que está realizando o atendimento, muita empatia e respeito pelo usuário que está sendo atendidos. Essa fase é uma das mais importantes no processo de atendimento da pessoa em situação de violência, uma vez que esse momento pode ser o divisor de águas na forma como essa pessoa lidará com as consequências da(s) violência(s) sofrida(s). O acolhimento

é compreendido como ato ou efeito de acolher, de dar credibilidade; é uma ação de aproximação que reflete um fazer em saúde, deixando a marca do cuidado e expressando simultaneamente solidariedade e confiança. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas sim uma postura ética, que envolve compartilhamento de saberes, angústias e criatividade nos modos de fazer o cuidado em saúde (BRASIL, 2017)

- **Atendimento:** Seguindo na mesma linha de raciocínio, o atendimento à pessoa que sofre ou sofreu violência não pode ser compartimentado. Por ser um problema muito complexo e que envolve tanto em sua gênese quanto na manutenção, diversas variáveis (cultura, situação econômica, fatores psicológicos, capacidade intelectual, entre outros) é importante que o profissional veja a situação de forma ampla e livre de preconceitos. A atuação de equipe multiprofissional é fundamental desde o início do atendimento.
- **Atitude do profissional:** De acordo com a proposta presente na linha de cuidado elaborada pela Prefeitura de São Paulo, o ideal é que a pessoa vítima de violência possa ter um profissional de referência do início ao fim do processo, auxiliando-a sair da condição de vulnerabilidade e buscar empoderamento e quebra do ciclo de violência. Diante disso, é fundamental que esse profissional tenha uma atitude acolhedora para com o paciente que o procura. Assim como é importante que exista uma preocupação constante por parte da gestão em relação ao bem-estar e saúde desse profissional, já que o manejo diário com situações e vítimas de violência, com o passar do tempo pode tornar-se um processo adoeceador, caso cuidados mínimos não sejam observados. (PENSO. M.A.)
- **Abordagem da equipe multiprofissional:** casos relacionados à violência envolvem situações complexas especialmente quando falamos de violências múltiplas ou recorrentes. Por isso, é de fundamental importância que a pessoa vítima de violência seja acompanhada por sua equipe multidisciplinar. A diversidade de focos e perspectivas traz novos panoramas para essas pessoas, que particularmente nos casos de violência doméstica, necessitam desenvolver ferramentas de empoderamento para que possam ser capazes e quebrar o ciclo de violência.

Concatenando com os pontos já definidos, acima, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde elenca mais dois pontos relacionados à dimensão do cuidado e que devem estar presentes obrigatoriamente no cuidado com a pessoa em situação de violência (BRASIL, 2017):

- **Responsabilização:** consiste no compromisso que os profissionais da saúde assumem em relação à vida e às necessidades da pessoa atendida. Ela pode se concretizar na qualificação dos serviços prestados na unidade de saúde e na assertividade dos encaminhamentos feitos para outros serviços dentro e fora da Rede da Saúde.
- **Resolutividade** é a competência que o sistema de saúde possui, dentro de seus limites de complexidade e capacidade tecnológicas, de resolver os problemas de saúde que são demandados. Atender a essas demandas implica ainda provocar impactos coletivos sobre a saúde, partindo-se do princípio de que os serviços têm de se responsabilizar pelo cuidado à saúde das pessoas, considerando a abrangência e as especificidades de seus territórios.

Como podemos observar em algumas Diretrizes do Ministério da Saúde, evidenciadas por meio de diferentes Políticas Públicas, o cuidado com a pessoa vítima de violência é colocado como

uma ação em rede e conjunta, não limitada a serviços ou equipes especializadas, mas que pode e deve ser conduzido em conjunto incluindo equipamentos e profissionais da Atenção Primária.

2.9 AS ATRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA

O Núcleo de Prevenção à Violência (NPV) é a equipe de referência do serviço de saúde e responsável pela organização do cuidado e articulação das ações que serão desencadeadas para superação da violência. A composição mínima do NPV é de quatro trabalhadores da área da saúde que podem ser de qualquer categoria profissional (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2015).

Segundo a linha de cuidado do município de São Paulo, elaborada pela Área Técnica de Saúde Integral da Pessoa em Situação de Violência, as atribuições do NPV são:

- Articular ações de assistência, prevenção e promoção de saúde em nível local para estabelecer o cuidado integral às pessoas em situação de violência.
- Organizar o atendimento e fortalecer estratégias para fortalecer o cuidado integral da pessoa em situação de violência com elaboração do Projeto Terapêutico Singular.
- Promover e participar de fóruns e reuniões da rede local com objetivo de prevenção da violência.
- Facilitar espaços para discussão, reflexão e aprimoramento dos profissionais do serviço de saúde.
- Contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais envolvidos no atendimento das pessoas vítimas de violência.
- Estimular a formação de grupos terapêuticos de atendimento e encaminhar os usuários para os grupos já existentes.
- Notificar todos os casos de violência (suspeitos ou confirmados) caso não tenham sido notificados anteriormente.
- Ampliar a área de atuação dos serviços através de espaços de diálogo e educação da comunidade local.
- Elaborar estratégias de trabalho junto às escolas, órgãos da sociedade civil e/ou instituição de ensino.

A página da área técnica de atenção integral à Saúde da Pessoa vítima de violência contém um rol com Leis e Portarias relacionadas a violência com destaque para aquelas contra crianças e adolescentes e mulheres. Ademais, em 2022 foi publicada a Portaria Municipal Nº383/2022 que dispõe sobre a atuação dos profissionais do NPV, determinando um período de 6 horas semanais para dedicação exclusiva aos casos relacionados à violência o que inclui a discussão de casos e articulação dos encaminhamentos realizados. (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2022)

2.10 A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES

A notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, fruto de uma luta contínua para que a violência perpetrada contra estes segmentos da população saia da invisibilidade, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos. Sendo assim, pode ser considerada uma importante ferramenta de relevância e interesse a luta pela

equidade nas políticas públicas. A notificação é uma dimensão da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência. (BRASIL, 2017).

Estudos apontam que adolescentes frequentemente vivenciam situações de violência sem conseguir nomeá-las como tal. Em pesquisa realizada com jovens em Goiás, observou-se que experiências de bullying, violência sexual e negligência familiar eram relatadas com naturalidade, sem que os participantes as identificassem como formas de agressão (GUIMARÃES S.P., 2007). Essa dificuldade está relacionada à banalização da violência simbólica e psicológica, que muitas vezes se manifesta em relações afetivas ou familiares marcadas por controle, humilhação e desvalorização.

A violência relacional, por exemplo, é frequentemente confundida com demonstrações de afeto, o que dificulta sua percepção como prática abusiva. Além disso, o medo de represálias, a vergonha e a ausência de espaços seguros para expressão contribuem para o silêncio das vítimas. A literatura aponta que o reconhecimento da violência está diretamente ligado à construção da subjetividade e à capacidade de atribuir sentido às experiências vividas (RAMOS A.S, RABELO K.S. 2024).

O trabalho de cada profissional que atende pessoas em situação de violência é estratégico para o fortalecimento da vigilância e da rede de atenção e proteção, sendo assim, é fundamental que o profissional que atende diretamente a vítima de violência, independentemente do nível de atenção à saúde, entenda que a notificação é um elemento-chave na atenção integral às pessoas, pois através dela há a possibilidade de se retirar casos de violência da invisibilidade, prevenir a violência de repetição e permitir que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule (BRASIL, 2017).

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas exige de profissionais e de gestores da saúde uma postura ética e cuidadosa em relação à pessoa que vivencia situação de violência e à sua família. Ela não pode ser feita a partir de uma lógica burocrática. Ao contrário, notificar os casos de violências implica compromisso com a pessoa que está em sofrimento e que necessita de proteção e cuidado. Todos os profissionais de saúde devem notificar. A notificação é compulsória em conformidade com a legislação. Ela não se restringe a uma ou outra categoria profissional. O ideal é que o profissional que fez o atendimento também faça a notificação. Todavia, a equipe ou o serviço de saúde tem autonomia para definir qual profissional preencherá a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, de acordo com o contexto de cada caso. Recomenda-se que as comunicações exigidas por lei às instâncias de proteção e responsabilização não sejam feitas com a cópia da ficha de notificação, mas em um informe sintético que não identifique o profissional ou o serviço que notificou. Essa medida visa proteger os profissionais que realizam as notificações (BRASIL, 2017).

Cabe ressaltar que a notificação, em última instância, é uma responsabilidade institucional e não meramente individual. Nesse sentido, os profissionais, em especial os que atuam diretamente no atendimento à população, devem sempre receber apoio, suporte e proteção para que não sofram retaliações ou ameaças de prováveis autores das violências. Os gestores no nível local devem definir estratégias para proteção dos trabalhadores de saúde para que estes exerçam sua atividade

profissional seguindo os princípios da ética, da humanização, da integralidade e garantindo que a notificação seja realizada como um ato de cuidar e proteger. Situações que envolvem violências, todos merecem cuidado e proteção: pessoas em situação de violência, familiares e profissionais da saúde. Estar diante de um caso de violência, significa estabelecer um encontro com o outro. A postura acolhedora e resolutiva precisa ser uma prática de todos os profissionais que entram em contato com as pessoas que são atendidas pelo serviço de saúde, incluindo a equipe de recepção, segurança e equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

Os casos de abuso sexual devem ser notificados via SINAN de forma compulsória pelos profissionais de saúde, tanto para casos confirmados quanto em caso de suspeita de violência.

2.11 DISPARIDADES ENTRE AS LEIS E A PRÁTICA: O PERCURSO TERAPÊUTICO

Entretanto, o que se vê na prática é bem diferente. Percebe-se uma grande dificuldade por parte das equipes de atenção básica no manejo junto às vítimas de violência. As fragilidades da rede são variadas e envolvem questões relacionadas com as dificuldades de articulação de ações intersetoriais e deficiências na capacitação de profissionais, resultando em falhas no processo de acolhimento, notificação e acompanhamento de pessoas vítimas de violência, sendo assim, mesmo em grandes centros urbanos existem imensas dificuldades no acesso, aplicação e implementação integral das políticas de proteção às vítimas de violência sexual, especialmente o acesso ao serviço de aborto legal. (SILVA E.B, PADOIM S.M, VIANA L.A.C., 2015)

Os motivos para tantas disparidades são diversos e, infelizmente, parece, que não mudam com o passar do tempo.

Devido à natureza degradante da violência sexual, uma boa parte das vítimas sequer procura ajuda. O desejo de esquecer o assunto, aliado à falta de preparação, medo de julgamento, falta de preparo das equipes e questões morais/religiosas fazem com que exista um gap importante na busca por atendimento.

2.12 DEFINIÇÃO DE ABORTO LEGAL NO BRASIL E O CENÁRIO EM QUE ELE PODE SER APLICADO

Em termos de saúde, aborto é a expulsão do produto da concepção do útero antes de 20 semanas de gestação ou 500g. Esse processo pode ocorrer espontaneamente, quando a pessoa gestante não tem controle ou participação decisória sobre o ocorrido; ou de forma provocada. (MORAES FILHO OB, 2018)

No mundo, estima-se que cerca de um terço das gestações resulte em aborto, estando os abortos inseguros concentrados em países de legislação mais restritiva e menor desenvolvimento socioeconômico. Os abortos inseguros são um importante fator que contribui para a mortalidade materna. (UFNPA, 2022)

No Brasil, sob o âmbito jurídico, aborto é a interrupção da gestação, com a morte do produto, haja ou não expulsão deste, em qualquer que seja o seu estado evolutivo, desde a concepção até o parto. (AGUIAR, BHK et al, 2019).

O aborto decorrente de estupro pode ser considerado um capítulo à parte, pois em decorrência do grande peso do patriarcado que impõe sobre o gênero feminino em nossa sociedade,

pessoas gestantes vítimas de estupro são regularmente revitimizadas através da falta de acesso e preparo das equipes de saúde no atendimento em todos os níveis de atenção.

A Lei número 2.848 de 7 de dezembro de 1940, presente no Código Penal, regulamenta as situações em que o aborto não pode ser considerado crime, entre elas o aborto decorrente de estupro. (BRASIL, 1940, art. 217 - A). Essa Lei, entretanto, não estipula uma idade gestacional específica para a realização da intervenção, todavia diferentes resoluções e pareceres do CFM (Conselho Federal de Medicina) estabelecem pareceres técnicos que desencorajam médicos a realizar o procedimento de aborto de forma segura especialmente quando realizado após as 22 semanas de gestação e/ou feto com até 500g. Assim como o argumento de objeção de consciência, este posicionamento do órgão acaba, em muitos casos, sendo utilizado como embasamento legal e não técnico como efetivamente o é, para impedir a realização do procedimento. (CFM, 2024; CFM, 2019).

Sendo assim, mesmo com direito legal de realizar aborto, as pessoas com útero que foram vítimas de violência sexual, podem ter que enfrentar a gestação de forma compulsória uma vez que o poder público, por vias diversas, acaba impedindo essas mulheres de exercer o direito de escolher não gerar ou parir o filho de seu agressor. Levando-se em consideração a estimativa de que dois terços das gestações no Brasil não foram planejadas, podemos imaginar o tamanho desse problema em nosso município. Ademais, questões sociais como raça e renda são indispensáveis na compreensão desse fenômeno, haja vista que mulheres negras e de baixa renda compõem majoritariamente o grupo de gestantes cuja gravidez não foi planejada. (NILSON, TV et al, 2023)

2.13 O CENÁRIO DO ABORTO LEGAL NO BRASIL

O Brasil possui uma legislação parcialmente restritiva em relação ao aborto. É considerado crime no Código Penal (Artigos 124, 125 e 126) tanto para a mulher quanto para o médico que realiza o procedimento. (AGUIAR, BHK, 2019). Sendo assim, de acordo com a Portaria 2.282 de 27 de agosto de 2020 legalmente o aborto é permitido somente em 3 situações: risco de morte materna, anencefalia fetal e estupro. (BRASIL, 2022).

Entretanto, mesmo diante de amparo legal, as mulheres que procuram atendimento para realização de aborto no Brasil enfrentam diversas barreiras de acesso ao procedimento que incluem o número baixo de instituições que realizam o procedimento, falta de informações adequadas, questões burocráticas e objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde. (GOES E.F., 2020).

Esse cenário destoa em muito necessidade de procedimentos que seriam necessários no nosso país. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2021, cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva afirmaram terem feito pelo menos um aborto na vida e destas, 52% o fizeram antes dos 19 anos. (DINIZ, 2021)

2.14 A IMPORTÂNCIA DO GESTOR PARA QUE AS POLÍTICAS PÚBLICAS SEJAM DEVIDAMENTE APLICADAS

Não existe debate sobre aborto que não seja regado por paixões. As discussões geralmente não são simples e técnicas, ao contrário, se desenrolam cheios de argumentos baseados fortemente em crenças religiosas, fatores culturais e políticos.

Embora seja sabido que a gestação é um processo decorrente da união dos gametas masculino e feminino, em geral, a discussão sobre a criminalização do aborto tende a focar apenas na mulher e/ou pessoa (s) que participa do processo de abortamento, deixando em segundo plano ou até mesmo isentando do debate a participação do homem nesse processo, incluindo os casos de gestação decorrente de violência sexual. (FAÚNDES A, 2004)

Entretanto, sob a ótica da saúde pública, a questão do aborto, particularmente o aborto inseguro, deve ser encarada como assunto de saúde devido aos altos índices de mortalidade materna e/ou comorbidades relacionadas ao ato em si. Além disso, a aplicação integral das Políticas Públicas, em especial a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral À Saúde da Mulher) envolve a necessidade de se tratar essa mulher como um ser humano portador de direitos que devem ser respeitados, o que representa aplicação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. (BRASIL, 2004).

Ademais, é importante enfatizar que o Planejamento Familiar efetivo ainda é um problema mundial, principalmente nos países em desenvolvimento. Estima-se que 50% das gestações não sejam planejadas, o que pode aumentar as chances de a mulher realizar o procedimento de aborto. Portanto, nesse contexto, a legalização do aborto tem como função facilitar o acesso às práticas seguras de abortamento uma vez que, mesmo sendo um procedimento ilegal, isso não impede as mulheres que estiverem interessadas em fazê-lo. (UNFPA, 2022).

Ainda que amparado pela legislação, os gestores de serviços públicos podem enfrentar diversos obstáculos para que seja ofertado serviço de aborto legal com qualidade, especialmente quando se trata de interrupção da gestação em decorrência de violência sexual. Uma das barreiras mais difíceis de se superar é a recusa por parte de profissionais de saúde habilitados em realizar o procedimento sob justificativa da objeção de consciência. Esse argumento tende a ser largamente utilizado justamente por impedir qualquer punição ao profissional que dele se utiliza para justificar sua recusa no cumprimento da lei. Entretanto, parte dos profissionais tendem a usar a objeção da consciência como justificativa para não realizar o aborto, não necessariamente por motivos morais ou religiosos, mas pelo temor de ser estigmatizado socialmente como um médico “aborteiro”. (FAÚNDES A, 2013)

Para além dos problemas relacionados ao aborto legal, o tema da violência contra a mulher é um constante desafio para os gestores de todos os níveis, uma vez que se trata de uma questão que recebe pouca relevância na formação de profissionais de saúde (especialmente os profissionais médicos) e que traz a necessidade de atuação em diferentes frentes devido sua natureza multifatorial. (BATISTA KBC, 2018)

Isto posto, observa-se que a postura do gestor é fundamental para que a integralidade no cuidado às mulheres vítimas de violência, pois seu eventual desconhecimento sobre Leis e Políticas Públicas sobre o tema, assim como posicionamentos mais conservadores ou progressistas impactam diretamente na qualidade e integralidade do cuidado. Cabe ao gestor atuar de forma contínua na capacitação e sensibilização dos profissionais que atenderão as pessoas para que o tema da violência, assim como os próprios gestores, para que ocorra uma mudança prática e efetiva na abordagem desse tópico nos nossos serviços de saúde. (BATISTA KBC, 2018)

Portanto, a real efetividade da implementação de Políticas Públicas voltadas para redução das desigualdades de gênero assim como proteção da violência contra mulheres, crianças e

adolescentes é necessário que sejam feitas ações de caráter educativo e conscientizador tanto para os usuários quanto para os prestadores de serviços públicos. (OLIVEIRA A.P.; CAVALCANTI V.R.S., 2007)

Entretanto, além das questões de qualificação e educação em saúde, o gestor precisa lidar com outras variáveis importantes que estão presentes no dia a dia dos trabalhadores e usuários.

A “matéria prima” do trabalhador da área da saúde é a vida alheia e entre suas ferramentas principais estão os relacionamentos e encontros que são formados a cada atendimento. Por isso, a forma como os trabalhadores enxergam o impacto do seu trabalho, suas motivações e o próprio processo de trabalho, que pode ser mais ou menos flexível são peças-chaves para entender como funciona na prática esse percurso terapêutico que em muitos casos, pode diferir muito do que foi idealizado pelos gestores.

Consequentemente, para que qualquer serviço de saúde funcione com qualidade é importante que funcionários de todas as instâncias de cuidado entendam seu papel, mas que também possam contribuir com as melhorias do processo de trabalho que julguem necessárias. Entretanto, a questão do cuidado em saúde não depende exclusivamente do profissional ou da equipe em saúde. É muito importante que nessa conta estejam contempladas tanto as pessoas que passarão pelo cuidado quanto seus familiares. Assim, o reconhecimento de que a saúde se produz em ato quando o trabalho está sendo realizado e envolvendo trabalhadores e usuários, é que resulta em melhoria de processo de trabalho. (FEUERWERKER, 2020).

2.15 COMO É FEITO O CIRCUITO TERAPÊUTICO NO MUNICÍPIO?

O documento norteador para atenção integral à saúde da pessoa vítima de violência, datado de 2012 e presente página oficial da área técnica, o atendimento à pessoa vítima de violência deve ser feito por qualquer profissional da UBS sob demanda para que não se perca a oportunidade de ofertar o cuidado necessário e assim, posteriormente, o caso deverá ser encaminhado para o NPV que fará elaboração do projeto terapêutico singular (PTS), seguimento do caso e encaminhamentos

necessários.

(SÃO

PAULO,

2012)

5.1 FLUXO DE ATENÇÃO/NOTIFICAÇÃO

5.1.1 Fluxo de Atenção: Violência Contra Criança e Adolescente (AMA/UBS).

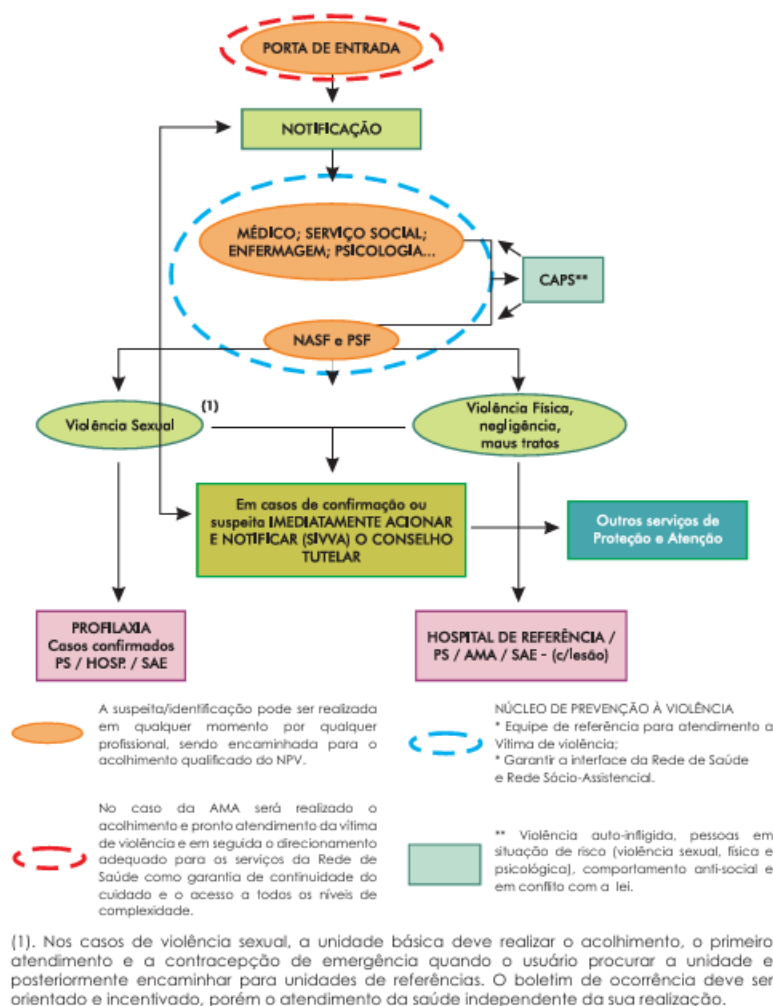


Figura 3: Fluxograma de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência no Município de São Paulo. Ano de publicação: 2012. Fonte: Documento Norteador para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo. Disponível em: [7105 Cultura da Paz.indd7105 Cultura da Paz.indd](#)

Conforme podemos observar, a notificação dos casos de violência contra adolescentes possui destaque no fluxograma e é orientada a ser realizada assim que ocorrer o primeiro atendimento.

2.16 A REGIÃO NORTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Olhar para a cidade de São Paulo é olhar para diferentes realidades e dificuldades. Devido ao seu tamanho, a cidade de São Paulo possui muitos desafios e complexidades que são espelhados nas diferentes regiões. Dessa forma, foi escolhida uma região da cidade para avaliar melhor o atendimento de saúde em relação ao cuidado de adolescentes que iniciaram o acompanhamento de pré-natal entre 10 e 14 anos na rede pública municipal.

Escolhemos a região norte da cidade, por conveniência, sabendo tratar-se de uma área de grande adensamento populacional compatível com um município de grande porte e os desafios comuns de outras regiões da cidade.

A região norte é composta por 7 subprefeituras com a seguinte distribuição populacional, baseada no Censo de 2022:

Tabela 1: Distribuição Populacional da região norte do município de São Paulo separada por distritos administrativos segundo censo de 2022.

Subprefeitura e Distritos	População Recenseada (2022)
Subprefeitura Casa Verde/Cachoeirinha	306.275
Cachoeirinha	143.366
Casa Verde	80.536
Limão	82.373
Subprefeitura Freguesia- Brasilândia	380.513
Freguesia do Ó	137.240
Brasilândia	243.273
Subprefeitura Jaçanã-Tremembé	283.892
Jaçanã	87.329
Tremembé	196.63
Subprefeitura Perus	163.083
Anhanguera	75.360
Perus	87.723
Subprefeitura Pirituba- Jaraguá	480.218

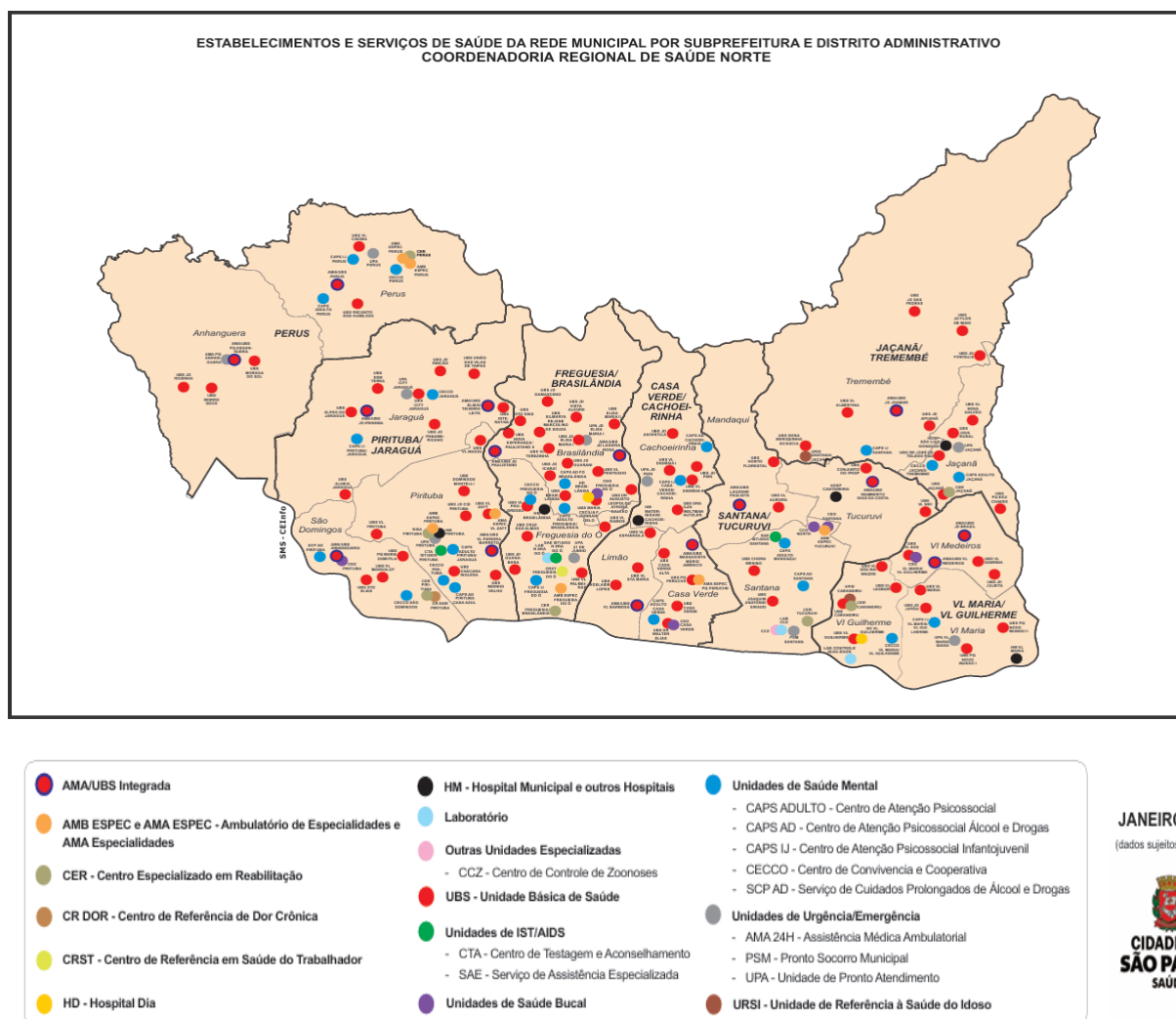
Pirituba	179.724
Jaraguá	211.610
São Domingos	88.884
Subprefeitura Santana- Tucuruvi	318.913
Santana	115.689
Tucuruvi	99.559
Mandaqui	103.665
Subprefeitura Vila Maria/Vila Guilherme	276.069
Vila Maria	108.543
Vila Guilherme	52.587
Vila Medeiros	114.939
Total de Habitantes	2.208.963

Fonte: Prefeitura de São Paulo. Disponível em: [Município de São Paulo, subprefeituras e distritos municipais - Subprefeituras - Prefeitura](#)

Assim, como em outras regiões da cidade, há uma grande quantidade de equipamentos municipais de saúde, que abrangem serviços de atenção primária até alta complexidade, entretanto esses serviços não estão distribuídos de maneira uniforme no território.

Segue abaixo um mapa com a distribuição dos serviços municipais na região norte:

Figura 4: Mapa dos estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal por subprefeitura e distrito administrativo da região norte.



Fonte: Prefeitura de São Paulo. Disponível em: [EstabServicos SMS CRS NORTE por SUB JAN2025](#)

Em relação aos equipamentos de saúde, de acordo com informação encontrada na página oficial da Prefeitura de São Paulo, a região conta com 97 unidades básicas de saúde, 10 unidades de equipamentos especializados (sendo 2 hospitais dia) e 6 hospitais (4 municipais).

Como parte importante da região metropolitana, a cidade de São Paulo faz limites com diversos municípios, na região norte temos os municípios de Guarulhos, Arujá, Mairiporã e Caieiras. Esta proximidade geográfica também interfere na dinâmica de atendimento em saúde, uma vez que as pessoas podem e utilizam serviços dos diferentes municípios de forma diversa.

No caso de atendimentos em violência sexual, por exemplo, é comum que as vítimas não se sintam confortáveis em utilizar serviços próximos do seu domicílio, buscando atendimento em locais mais afastados para diminuir o estigma. Além disso, é importante ressaltar que a ausência de serviços especializados contribui para a peregrinação da vítima em direção a outros territórios (RUSCHEL, 2022). Assim sendo, não podemos esquecer de que recentemente o hospital e maternidade municipal de Vila

Nova Cachoeirinha Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva, que era considerado um importante serviço de referência no atendimento às vítimas de violência sexual, teve o serviço de aborto legal desativado no final do ano de 2023, impactando o percurso terapêutico das vítimas de violência sexual na região.

Por fim, também é fundamental colocar a questão das desigualdades sociais presentes nesse território pois elas consequentemente refletem diretamente na busca do atendimento da rede pública de saúde. Podemos utilizar como amostra dessa disparidade a diferença de remuneração média de emprego formal entre os distritos da região. Segundo dados disponibilizados pelo Mapa da Desigualdade, a região norte abriga em seu território o distrito com maior média de remuneração mensal no município (São Domingos - média de R\$ 8.515,29) e outro com que está entre as menores médias (Brasilândia - média de R\$ 2.336,06). (REDE NOSSA SÃO PAULO, 2024)

Posto todos esses pontos, consideramos que a avaliação do funcionamento da rede municipal de saúde no atendimento às pessoas vítimas de violência na região norte seria uma excelente amostra de como o atendimento que é prestado no município se estrutura. Evidentemente, cada região da cidade possui suas particularidades, mas estas não precisam ser consideradas como obstáculos que sejam impeditivos de uma avaliação satisfatória.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos gerais

O presente estudo tem como objetivo geral descrever o atendimento de saúde de adolescentes grávidas entre 10 e 14 anos residentes na região norte do município de São Paulo utilizando dados secundários disponíveis nos canais oficiais da Prefeitura.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a quantidade de adolescentes entre 10 e 14 anos foram cadastradas pelo Programa Mãe Paulistana na região norte da cidade nos anos de 2023 e 2024.
- Descrever a quantidade de notificações de violência sexual contra meninas de 10 a 14 anos foram realizadas pelos equipamentos de saúde da região norte do município nos anos de 2023 e 2024.
- Descrever a quantidade de nascidos vivos das adolescentes de 10 a 14 anos residentes na região norte do município nos anos de 2023 e 2024.
- Discutir os dados coletados na perspectiva de mudança para um cenário mais conservador no contexto político e social

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo em que foram avaliados dados de fichas de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos) e SIH (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde) por meio do Sistema de informação oficial da Prefeitura de (Secretaria Municipal de Saúde - Vigilância Sanitária) presente na plataforma TABNET, disponível no site oficial da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Paulo. Para complementação das informações utilizamos o Portal da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo e Plataforma do Programa Mãe Paulistana com objetivo de evidenciar a gravidez (considerada como desfecho desfavorável) em adolescentes de 10 a 14 anos residentes na região norte do município.

O TABNET é um aplicativo desenvolvido pelo DATASUS que permite a realização de tabulações cruzando-se diversas variáveis segundo o interesse do usuário. As variáveis avaliadas por meio do banco do SINASC referem-se às mães residentes na região norte do município, mesmo que o parto tenha ocorrido em outro município ou região da cidade.

Os dados levantados por meio do banco do SIH são baseados nas fichas de AIH's (Autorização de Internação Hospitalar) que foram encaminhadas para o SIH/SUS do Ministério da Saúde e não necessariamente tudo o que foi produzido pelo município, pois os dados apresentados não incluem as fichas que foram glosadas por qualquer motivo.

Em relação aos dados obtidos por meio da plataforma SINAN foram utilizadas as seguintes variáveis relacionadas ao conteúdo **violência sexual**: “*estupro*”, “*aborto previsto em lei*” e “*possui deficiência ou transtorno*” relacionada as meninas de 10 a 14 anos residentes na região norte do município, independentemente do local de notificação do agravo.

O período avaliado foi de janeiro de 2023 a dezembro de 2024.

A opção de restringir o trabalho à região norte do município foi feita por conveniência.

4.2. Procedimento de pesquisa

A pesquisa foi realizada através da análise dos relatórios dos bancos de dados SINAN, TABNET e Relatórios do Programa Mãe Paulistana disponibilizados por meio da Lei Federal nº 12.527 de 18 de novembro de 2011 (Lei de acesso à informação).

O aplicativo TABNET, de acesso via página da Secretaria Municipal de Saúde foi a ferramenta escolhida para avaliação dos dados referentes à quantidade de nascidos vivos na cidade de São Paulo e na faixa etária estudada (10 a 14 anos),

Os dados foram avaliados, desagregados por raça/cor e local de notificação ou endereço da adolescente.

4.3. Análise Estatística

Os dados coletados foram tabulados em planilha do programa EXCEL e analisados quantitativamente.

5. RESULTADOS

Dados gerais da região norte e do Município de São Paulo

Antes de avaliarmos os resultados concentrados na região norte da cidade, vamos observar alguns dados gerais do município e compará-los com os encontrados na região norte no mesmo período (ano de 2023 e 2024).

5.1. Quantidade de Nascidos Vivos

No ano de 2023, foram registrados através do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) 128.706 nascimentos, sendo 278 de parturientes entre 10 e 14 anos, já no ano de 2024 foram registrados 120.784 com 249 partos de mães adolescentes de 10 a 14 anos. A distribuição dessas parturientes na região norte do município ocorreu da seguinte maneira:

Tabela 2: Nascidos vivos de parturientes entre 10 e 14 anos, residentes na região norte do município de São Paulo segundo supervisão técnica de ocorrência do parto nos anos de 2023 e 2024.

TOTAL NO MUNICÍPIO	278	249	527
Freguesia do Ó/Brasilândia	12	10	22
Perus	5	7	12
Pirituba	15	12	27
Santana/Jaçaã	11	18	29
Vila Maria/Vila Guilherme	8	6	14

Fonte: SINASC/CEInfo/CIS/SERMAP/SMS/PMSP. Dados atualizados em 17/03/2026.

Conforme observamos na tabela 2, a região norte respondeu por 21.5% (N= 60) dos partos de adolescentes entre 10 e 14 anos no município no ano de 2023. No ano de 2024, dos 249 partos realizados em adolescentes da mesma faixa etária, a região norte respondeu por 24% (N= 60). De acordo com o Censo de 2022, a população feminina no Município de São Paulo, entre 10 e 14 anos é de 328.793 pessoas (2,8% da população). Ao realizar o cálculo da taxa de natalidade de meninas de 10 a 14 anos no município observamos que esta estava em 1,6 nascidos por 1.000 meninas. Embora o número absoluto de partos seja relativamente baixo frente ao tamanho da população estudada, a ocorrência de gestações nessa faixa etária representa um fenômeno relevante do ponto de vista social e de saúde pública. A taxa anual média de 0,8 por mil indica que, a cada ano, uma menina em mil nessa faixa etária vivencia uma gestação. Este dado merece atenção por envolver adolescentes em idade tão precoce residentes em um município com ampla rede pública de atenção primária em que estão disponíveis por livre demanda métodos contraceptivos diferentes, incluindo os LARC's (Long Action Reversible Contraceptive).

É importante enfatizar o impacto da redução nas taxas de natalidade no município, pois a região norte apresentou manutenção do número absoluto de partos de um ano para outro, entretanto ao avaliarmos de forma relativa percebemos aumento no percentual de partos da região norte em relação ao município.

Entre as gestantes atendidas pelo SUS através do Programa Mãe Paulistana, encontramos na região norte, os seguintes dados:

De acordo com o relatório denominado GAC 08 – Gestantes ativas por risco, faixa etária e raça/cor nos anos de 2023 e 2024 foram computadas 44 gestantes entre 10 e 14 anos na região, sendo a distribuição por supervisão técnica de saúde de acordo com a tabela abaixo.

Tabela 3: Distribuição de gestantes de 10 a 14 anos atendidas pelo Programa Mãe Paulistana na região norte do município de São Paulo, segundo Supervisão Técnica de Saúde nos anos de 2023 e 2024.

<i>SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE</i>	<i>NÚMERO DE GESTANTES DE 10 A 14 ANOS</i>
<i>Casa Verde/Cachoeirinha</i>	<i>7</i>
<i>Freguesia do Ó/Brasilândia</i>	<i>14</i>
<i>Perus</i>	<i>5</i>
<i>Pirituba</i>	<i>10</i>
<i>Santana/Jaçanã/Tremembé</i>	<i>7</i>
<i>Vila Maria/Vila Guilherme</i>	<i>1</i>
<i>TOTAL</i>	<i>44</i>

Fonte: Relatório BI Mãe Paulistana –SMS

Segundo a ficha técnica desse relatório, disponibilizada pela Coordenação de epidemiologia e informação (CEINFO) do Município, esse relatório descreve a quantidade de gestantes acolhidas no período selecionado de acordo com risco gestacional (gestantes de alto risco ou risco habitual), faixa etária e raça/cor e está disponibilizado para consulta em 03 tipos de filtros de visualizações: por coordenadoria regional de saúde; supervisão técnica de saúde ou por estabelecimento onde foi realizado o atendimento de pré-natal.

Entretanto, ao avaliar no mesmo período, um outro relatório denominado *GAT 01 – Lista nominal de gestantes por consulta realizada*, encontramos a seguinte distribuição de casos

Tabela 4: Comparação entre o número de gestantes de 10 a 14 anos cadastradas em estabelecimentos de saúde da região norte do Município de São Paulo pelo Programa Mãe Paulistana nos anos de 2023 e 2024

<i>SUPERVISÃO</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Casa Verde/Cachoeirinha</i>	<i>21</i>	<i>11</i>	<i>32</i>
<i>FÓ/Brasilândia</i>	<i>21</i>	<i>20</i>	<i>41</i>
<i>Perus</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>23</i>
<i>Pirituba</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>32</i>
<i>Santana/Jaçanã</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>29</i>

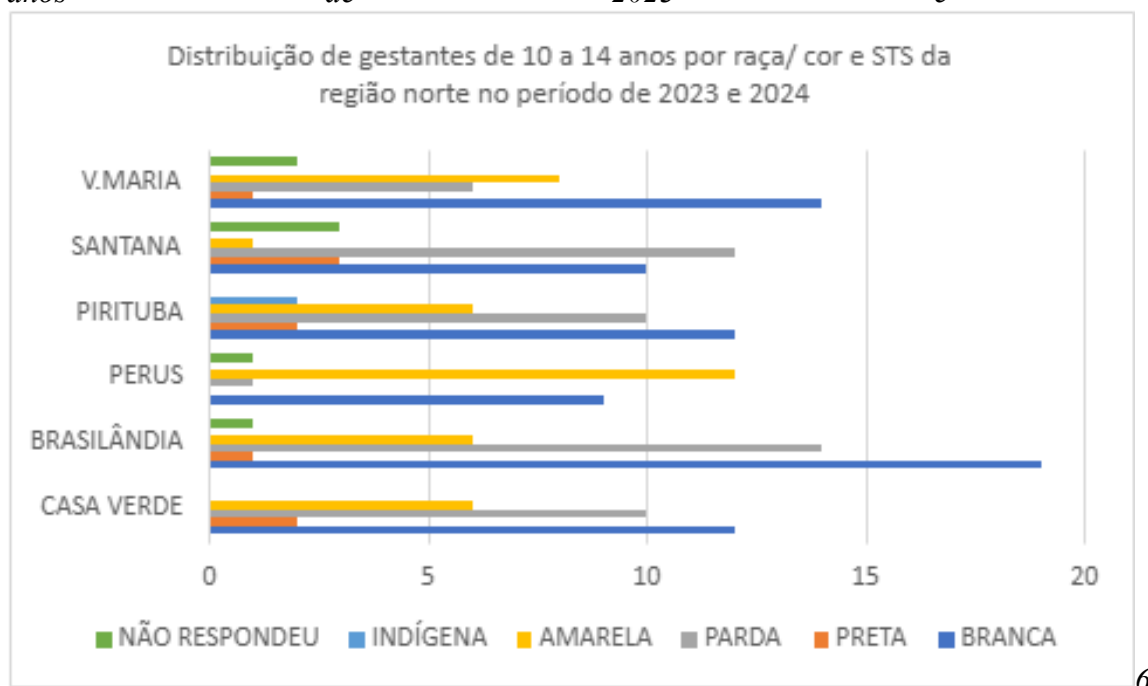
<i>VL. Maria/Vl. Guilherme</i>	12	3	15
TOTAL	95	77	172

Fonte: BI Mãe Paulistana - SMS

De acordo com a ficha técnica, a descrição do conteúdo desse relatório é fornecer uma lista nominal de gestantes por data da consulta pelo período realizado. Trata-se de um relatório mais detalhado em que podemos encontrar outras informações pertinentes como idade, data de nascimento, raça/cor, número do cartão nacional de saúde de do SISPRENATAL facilitando para que o gestor consiga monitorar o atendimento dessa gestante nos equipamentos municipais de forma a garantir o acompanhamento de alguns indicadores relacionados a repasse de verbas federais pactuados pelo programa Previne Brasil de preenchimento dos critérios mínimos dos indicadores de 2021. (BRASIL,2021)

Em relação à raça/cor e idade das gestantes acompanhadas pelo programa Mãe Paulistana temos os seguintes dados:

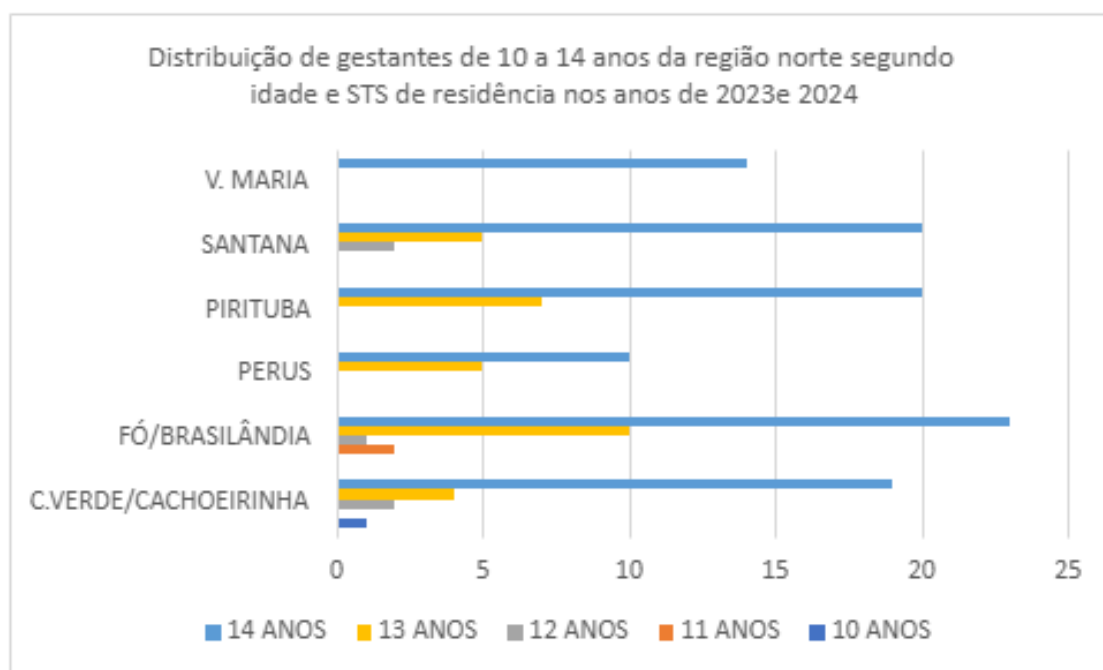
Gráfico 1: Distribuição por raça/cor de gestantes de 10 a 14 anos residentes na região norte do Município de São Paulo de acordo com a supervisão técnica de saúde de residência nos anos de 2023 e 2024



4

Fonte: Relatório BI Mãe Paulistana- SMS

Gráfico 2: Distribuição por idade de gestantes de 10 a 14 anos residentes na região norte do Município de São Paulo de acordo com a supervisão técnica de saúde de residência nos anos de 2023 e 2024



Fonte: Relatório BI- Mãe Paulistana-SM

Tabela 5: Número de gestantes de 10 a 14 anos residentes na região norte do Município de São Paulo que foram acompanhadas pelo Programa Mãe Paulistana, nos anos de 2023 e 2024, de acordo com equipamento de saúde de acompanhamento do Pré-Natal

SUPERVISÃO	UBS	Nº GESTANTE S 10 a 14 ANOS (2023)	Nº GESTANTES 10 a 14 ANOS (2024)
CASA VERDE/CACHOEIRINHA	AMA/UBS Massagista	2	1
	Mário Américo		
	UBS Casa Verde	1	0
	UBS Dra. Ilza Weltmanhutzler	0	1
	UBS Jd. Antártica	0	1
	UBS Jd. Peri	1	1
	UBS Pq. Peruche	2	0
	UBS Vila Dionísia	4	2
	UBS Vila Dionísia II	0	2
	UBS Vl. Espanhola	1	2
FÓ/BRASILÂNDIA	UBS Vl. St. Maria	0	2
	AE Freguesia do Ó	0	1

*PERUS**PIRITUBA*

AMA/UBS Jd. Ladeira Rosa	0	1
AMA/UBS Jd. Paulistano	0	1
UBS Brasilândia	0	1
UBS Cruz as Almas	1	0
UBS Elisa Maria I	0	1
UBS Elisa Maria II	1	0
UBS Jd. Elisa Maria I	0	2
UBS Jd. Guarani	1	0
UBS Jd Cara Brasilândia	0	2
UBS Jd. Vista Alegre	1	3
UBS Maria C. Donnangelo	1	3
UBS Jd. Carombé	2	3
UBS Vl. Ramos/Freguesia do Ó	0	2
AMA/UBS Perus	1	4
UBS Jd. Rosinha	0	2
UBS Morada do Sol	0	3
UBS Morro Doce*	1	0
UBS Recanto dos Humildes	2	3
UBS Vila Csouba	0	1
AMA Aldeia Jaraguá	0	1
Kuaray Jekupe		
AMA/UBS Elísio Teixeira Leite	0	1
AMA/UBS Jd. Panema	0	1
UBS Anhanguera	0	2
UBS Chácara Inglesa	2	0
UBS City Jaraguá*	1	2
UBS Interativa	0	3
UBS Jd. Rincão	0	1
UBS Moinho Velho I	0	1
UBS União das Vl. de Taipas*	1	0
UBS Vila Mangalot	1	0
UBS Vl. Pirituba I	0	1
UBS Vl. Zatt	0	2
UBSI Aldeia Jaraguá	1	0

<i>SANTANA/JAÇANÃ</i>	AMA/UBS Jd. Joamar	0	2
	UBS Jd das Pedras	0	2
	UBS Jaçanã	1	0
	UBS Jd. Fontalis	0	2
	UBS Jova Rural	0	2
	UBS Pq. Edu Chaves	0	2
	UBS Vl. Albertina	0	2
	UBS Vl. Aurora	0	2
	UBS Vl. Nova Galvão	0	2
	UBS Vila Nivi*	1	0
<i>VILA MARIA/VILA GUILHERME</i>	Ama/UBS Jd. Brasil	5	0
	UBS Carandiru	0	1
	UBS Pq.Novo Mundo 1*	3	1
	UBS Pq.Novo Mundo 2*	2	0
	UBS Vl. Ede	0	1
	UBS Vila Guilherme	1	0
	UBS Vl. Izolina Mazzei	1	0
<i>TOTAL</i>		52	79

Fonte: Relatório BI Mãe Paulistana.

* unidade básica que atua no modelo de estratégia de saúde da família. Disponível em: [Endereços UBS-ESF 2012.xlsx](#)

É importante citar a presença ou não de equipamentos que atuam no formato de estratégia de saúde da família (ESF), pois o modelo de trabalho dessas unidades foi proposto para trazer maior proximidade entre as equipes de saúde e os munícipes. De acordo com o boletim CEINFO de 2024 emitido anualmente pela Prefeitura de São Paulo, a região norte possui cobertura geral de ESF de 44 %, sendo maior cobertura localizada na supervisão técnica de FÓ/Brasilândia e a menor cobertura encontrada na supervisão técnica de Santana/Jaçanã (16,7%).

O motivo para interrupção do segmento de Pré-Natal na UBS's também é uma informação bastante relevante que encontramos a partir dos relatórios do Programa Mãe Paulistana. O relatório INT01 descreve a quantidade de gestantes que abandonaram o seguimento de Pré-Natal e o motivo de abandono. No de 2023, na região norte, houve 20 adolescentes de 10 a 14 anos que interromperam o seguimento de pré-natal com a descrição dos seguintes motivos: 2 por aborto, 1 abandono, 3 por mudança de município e 13 por “outros motivos”.

Em 2024 a situação é semelhante: das 18 interrupções de pré-natal nesta faixa etária 4 foram por aborto, 3 por abandono, 2 por mudança de município, 1 para seguimento na saúde suplementar e 7 por “outros motivos”.

O campo “outros motivos” é bastante aberto e inclui abertura equivocada de pré-natal em mulheres não gestantes, pacientes que só frequentaram o pré-natal de alto risco e recusaram ser

atendidas conjuntamente na unidade básica de saúde ou quando a munícipe muda de território e deixa de ser atendida na UBS que iniciou o processo. Segue abaixo os gráficos para melhor visualização da situação em questão.

Gráfico 3: Motivos para interrupção do pré-natal nas gestantes de 10 a 14 anos residentes na região norte nos anos de 2023 e 2024.



Fonte: Relatório do Programa Mãe Paulistana - SMS

Tabela 6: Distribuição por raça/cor das parturientes de 10 a 14 anos na região norte do Município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024, distribuídos segundo Supervisão Técnica de Saúde.

	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
TOTAL DO MUNICÍPIO	165	50	2	307	3	527
Casa Verde/Cachoeirinha	6	2	-	9	-	17
Freguesia do Ó/Brasilândia	9	2	-	11	-	22
Perus	1	1	-	10	-	12
Pirituba	8	1	-	18	-	27
Santana/Jaçanã	10	4	-	15	-	29
Vila Maria/Vila Guilherme	7	-	-	7	-	14

Fonte: SINASC/CEInfo/CIS/SERMAP/SMS/PMSP. Dados atualizados em 17/03/2026.

Tabela 7: Nascidos vivos de parturientes residentes na região norte do município de São Paulo segundo raça/cor da mãe, e supervisão técnica de residência nos anos de 2023 e 2024.

Supervisão T. Saúde residência	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Não informado	Total
-----------------------------------	--------	-------	---------	-------	----------	------------------	-------

TOTAL	21.298	5.439	223	22.122	108	17	49.207
Casa Verde/Cachoeirinha	2.900	823	27	2.980	26	1	6.757
Freguesia do Ó/Brasilândia	3.383	1.157	16	4.216	14	1	8.787
Perus	1.350	452	10	2.030	5	4	3.851
Pirituba	4.529	1.150	30	4.499	38	6	10.252
Santana/Jaçanã	6.057	1.264	98	4.971	12	4	12.406
Vila Maria/Vila Guilherme	3.079	593	42	3.426	13	1	7.154

Fonte: SINASC/CEInfo/CIS/SERMAP/SMS/PMSP. Dados atualizados em 17/03/2026.

Ao compararmos as duas tabelas podemos verificar que os dados da região estão de acordo com a literatura. Segundo o anuário do Fórum Nacional de Segurança Pública de 2025, cerca de 60% das mulheres estupradas tinham menos de 13 anos. Quando observamos os dados referentes ao número de parturientes de qualquer idade de acordo com raça/cor vemos que as parturientes negras (somatório de pretas e pardas) correspondem a 56% do total, porém ao avaliar os dados das parturientes entre 10 e 14 anos na região, observamos que 68% são negras. (FBSP, 2024)

De acordo com o censo de 2022, a composição racial do município de São Paulo é de 54,3% de pessoas brancas, 33,4% pessoas pardas, 10,1% de pessoas pretas (43,5% negros) e 2,1% de pessoas amarelas. De acordo com o ISA Capital (Inquérito de Saúde do Município de São Paulo) a população autodeclarada branca na região norte é 47,2% (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2024) Sendo assim, embora os negros não componham a maior parcela populacional da região, é o grupo que apresenta maior representação proporcional de gestantes em idade precoce.

5.3. Captação Precoce de gestantes

A captação precoce de gestantes (realização da primeira consulta de pré-natal até a 12ª semana de gestação) é um indicador de qualidade no pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde por meio da nota técnica nº 13/2022 da Secretaria de Atenção primária à Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A prefeitura de São Paulo, através do programa Mãe Paulistana tem apresentado muito sucesso na captação precoce de gestantes que utilizam a rede pública municipal. Segundo dados do programa, no ano de 2023 104.859 gestantes foram acompanhadas na rede pública municipal, sendo que 86.178 (82%) iniciaram o pré-natal precocemente. A região norte apresentou índices muito semelhantes, em que das 21.177 gestantes acompanhadas na rede municipal, 17.029 (80%) iniciou o pré-natal até 12 semanas de gestação. (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2025).

Esse sucesso no diagnóstico precoce ocorreu também no grupo de parturientes entre 10 e 14 anos. No município, grande maioria (375 casos – 71%) teve a primeira consulta de pré-natal realizada até o 3º mês de gestação. Especificamente na região norte, nos anos de 2023 e 2024 tivemos 61% das gestantes de 10 a 14 anos iniciando o pré-natal com até 12 semana de gestação.

Tabela 8: Nascidos vivos de parturientes residentes na região norte do município de São Paulo de acordo com o mês de início do pré-natal segundo faixa etária da mãe nos anos de 2023 e 2024

Faixa etária mãe	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	Sétimo	Oitavo	Nono	Ignorado	Total
TOTAL	11.854	23.645	7.457	2.683	1.525	816	460	278	103	386	49.207
10 a 14	18	37	27	10	7	13	3	3	1	2	121
15 a 19	529	1.715	695	299	199	118	52	33	10	48	3.698
20 a 24	2.228	5.153	1.833	728	440	245	137	76	40	101	10.981
25 a 29	3.043	6.355	1.927	691	371	202	134	72	21	100	12.916
30 a 34	2.978	5.293	1.528	488	265	148	75	42	21	68	10.906
35 a 39	2.300	3.829	1.068	326	172	67	39	40	8	51	7.900
40 a 44	701	1.194	356	133	64	22	20	10	2	15	2.517
45 a 49	49	67	23	8	6	1	-	2	-	1	157
50 a 54	8	2	-	-	1	-	-	-	-	-	11

Fonte: SINASC/CEInfo/CIS/SERMAP/SMS/PMSP. Dados atualizados em 17/03/2026.

E aqui podemos fazer alguns questionamentos: considerando que legalmente que toda gestação de pessoas menores de 14 anos é decorrente de um estupro, quantas dessas meninas foram informadas da possibilidade de realização de aborto legal ainda em idade gestacional precoce? A manutenção dessa gestação foi uma escolha individual ou o serviço de acolhimento (no caso do município de São Paulo são as Unidades Básicas de Saúde -UBS's) que são responsáveis pela abertura do pré-natal não estão atuando de forma adequada?

5.4. Situação conjugal das parturientes

Casamento infantil é uma triste realidade para muitas meninas no nosso país, sendo o Brasil líder dessa prática na América Latina com mais de 3 milhões de casos. Definido como uma união formal ou informal em que uma das pessoas possua idade menor que 18 anos. Entretanto, mesmo com autorização judicial para legalização de união com pessoa com menos de 18 anos, o Código Penal (Artigo 217-A) sempre considerou estupro a conjunção carnal ou ato libidinoso com menores de 14 anos. Segundo estudo que avaliou a Pesquisa Nacional de Saúde, cerca de 3,9% dos adolescentes pesquisados viviam em situação de casamento infantil, destes 1,8% eram menores de 14 anos. (CARDOSO, 2022).

É muito frequente associarmos a imagem da megalópole pela qual São Paulo faz parte, com modernidade e cultura de vanguarda, entretanto, nem sempre essa é a realidade das pessoas que vivem na cidade. Assim, de acordo com os dados levantados, São Paulo também apresentou números preocupantes em relação aos casamentos infantis, dos 527 recém-nascidos de mães entre

10 e 14 anos, que nasceram nos anos de 2023 e 2024, 29 foram oficialmente registrados como resultado de uma união estável. Isso representa uma pequena parcela, em que 5,5% das parturientes entre 10 e 14 anos foram consideradas casadas/união estável. A região norte conta com índices muito semelhantes, sendo encontrados cerca de 5% das gestantes entre 10 e 14 anos em situação de união estável no período. Segue abaixo tabela ilustrando esse aspecto:

Tabela 9: Nascidos vivos de parturientes residentes na região norte do município de São Paulo por situação conjugal segundo a faixa etária da mãe nos anos de 2023 e 2024.

Faixa etária mãe	Solteira	Casada	Viúva	Separada judic/divorciada	União estável	Ignorado	Total
TOTAL	23.984	15.152	57	863	9.132	19	49.207
10 a 14	115	-	-	-	6	-	121
15 a 19	2.928	129	1	2	635	3	3.698
20 a 24	6.983	1.420	4	42	2.531	1	10.981
25 a 29	6.509	3.684	8	158	2.555	2	12.916
30 a 34	4.148	4.640	13	266	1.832	7	10.906
35 a 39	2.457	3.988	19	264	1.167	5	7.900
40 a 44	793	1.215	12	121	375	1	2.517
45 a 49	49	67	-	10	31	-	157
50 a 54	2	9	-	-	-	-	11

Fonte: SINASC/CEInfo/CIS/SERMAP/SMS/PMSP. Dados atualizados em 17/03/2026.

No Brasil, assim como em toda América Latina, as evidências mostram que casamentos infantis são, em sua maioria, informais e considerados consensuais, envolvendo diferentes níveis de agência por parte das meninas o que pode invisibilizar possíveis violências ou abusos por parte das vítimas, agressores e a sociedade em geral. (TAYLOR A., LAURO G., SEGUNDO M., GREENE M., 2015)

Dos 527 nascidos vivos no período, apenas 29 foram registrados com as mães em situação de união estável, sendo o restante de mães solo.

Em relação à questão do casamento infantil, sabemos que existem divergências e alguns grupos discutem o tema sob uma perspectiva que não engloba a violência como fator presente no processo, mas como uma possível forma de emancipação, por isso em virtude da complexidade do tema, opto por não discutir o tópico nesse momento.

5.5. Partos Prematuros e de Termo

A prematuridade é um grande problema de saúde pública e é uma das principais causas de mortalidade infantil abaixo de 5 anos. A gestação na adolescência, devido às suas especificidades biológicas e sociais pode ser considerada como fator de risco para o parto prematuro. (MARTINS, 2011/ ASSIS, 2021), portanto a assistência pré-natal de qualidade é um fator extremamente importante para redução da prematuridade. (GADELHA,2023)

Avaliando sob a ótica da qualidade de pré-natal mediante o desfecho da prematuridade, podemos pensar inicialmente que, pelo menos entre as adolescentes de 10 a 14 anos esse serviço está sendo bem realizado, já que a maioria dos partos ocorreu após as 37 semanas de gestação.

No entanto, sob o ponto de vista da violência sexual, esse dado torna-se um grande problema, pois pode ser reflexo da falta de acesso adequado aos serviços de aborto legal. Segue abaixo tabela com os dados relacionados:

Tabela 10: Nascidos vivos de parturientes residentes na região norte do município de São Paulo de acordo com a duração da gestação segundo faixa etária da mãe nos anos de 2023 e 2024.

Faixa etária mãe	< 22 semanas	22-27 semanas	28-31 semanas	32-36 semanas	37-41 semanas	42 semanas e +	Ignorado	Total
TOTAL	15	335	479	4.801	43.348	214	15	49.207
10 a 14	-	1	3	14	103	-	-	121
15 a 19	2	26	45	337	3.275	13	-	3.698
20 a 24	2	75	98	925	9.805	71	5	10.981
25 a 29	4	80	119	1.082	11.570	56	5	12.916
30 a 34	4	84	97	1.128	9.549	40	4	10.906
35 a 39	2	48	78	939	6.802	30	1	7.900
40 a 44	1	20	36	337	2.119	4	-	2.517
45 a 49	-	1	3	35	118	-	-	157
50 a 54	-	-	-	4	7	-	-	11

Fonte: SINASC/CEInfo/CIS/SERMAP/SMS/PMSP. Dados atualizados em 17/03/2026.

5.6. As notificações de violência sexual no município no ano de 2023

Assim como na Segurança Pública, a violência sexual também é subnotificada na área da saúde. Os motivos para esse descompasso são diversos e complexos; podem envolver questões como a dificuldade de reconhecimento da violência por parte da vítima, medo dos profissionais de saúde em notificar o ocorrido, impasse da família em denunciar uma pessoa próxima, rede de serviços deficientes etc. Taquette evidenciou a baixa notificação de estupros de vulneráveis no Brasil que é 2,9 vezes menor que as gestações em menores de 14 anos (TAQUETTE,2021).

Segundo o anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública de 2024, o Brasil vem registrando nos últimos anos crescimento contínuo dos registros de estupro de vulneráveis com aumento de 91,5% nos últimos 13 anos.

No ano de 2023, o número de casos de violência sexual no município de São Paulo está registrado abaixo:

Tabela 11: Número de notificações de violência sexual de pessoas residentes na região norte por faixa etária e supervisão técnica de saúde nos anos de 2023 e 2024.

STS(Res)	<1 Ano	1-4	5-9	10- 14	15- 19	20- 34	35- 49	50- 64	65- 79	80 e+	Total
TOTAL	15	186	244	276	202	358	142	32	9	2	1.466
CASA VERDE/CACHOEIRINHA	-	14	16	23	19	36	13	-	-	-	121
FREGUESIA DO Ó/BRASILÂNDIA	4	27	35	35	30	62	29	9	4	1	236
PERUS	-	14	26	33	16	25	6	3	-	-	123
PIRITUBA	6	51	69	70	46	54	17	3	3	-	319
SANTANA/JAÇANÃ	4	50	58	53	48	78	30	10	1	-	332
VILA MARIA/VILA GUILHERME	-	25	33	51	29	50	13	4	1	-	206

Fonte: *SINAN NET - COVISA - SMS/SP Atualizado em 07/04/2026.*

Segundo a pesquisa PeNSE (Pesquisa Nacional de Saúde do escolar) de 2019, 8% das meninas entre 13 e 17 anos que já tiveram relações sexuais, engravidaram (BRASIL, 2019). Sendo assim, ao realizar um cálculo simples baseado na quantidade de nascidos vivos de mães entre 10 e 14 anos chegamos a um número aproximado de 3.475 meninas estupradas somente no ano de 2023 na cidade de São Paulo, lembrando que não estão computadas nessa estimativa, aquelas que passaram pelo processo de aborto.

Entretanto, o cenário de iniciação sexual precoce no Brasil é mais intenso nos meninos. Os resultados evidenciados na PeNSE de 2024 mostraram uma maior taxa de iniciação sexual para os meninos em relação às meninas (34,1% contra 26,8%), assim como um maior percentual deles que iniciaram a vida sexual com 13 anos ou menos (45,8% contra 25,4%), corroboram as interpretações de que tais comportamentos estão mais relacionados aos fatores socioculturais do que um aspecto de maturação biológica. (BRASIL, 2024)

5.7. O cenário do aborto legal nos equipamentos hospitalares municipais

Historicamente, sabemos que o acesso ao aborto legal é bastante limitado em nosso país. Mesmo nas capitais, em que se espera melhor funcionamento dos serviços da rede, as usuárias dos serviços públicos de saúde ainda enfrentam muitas dificuldades para ter esse direito respeitado.

Abaixo, segue uma tabela com a quantidade de abortos legais realizados na cidade de São Paulo:

Tabela 12: Número de notificações de violência sexual com realização do aborto previsto em lei, sexo feminino na faixa etária dos 0 aos 59 anos de acordo com coordenadoria e supervisão técnica de residência da vítima no ano de 2023

CRS/STS residência

Aborto previsto em lei

CRS OESTE

Sim	Não	Não se aplica	Ignorado/Em branco	Total

BUTANTA	6	119	70	12	207
LAPA/PINHEIROS	3	104	25	10	142
Total	9	223	95	22	349
CRS NORTE					
FREGUESIA/BRASILANDIA	12	117	72	14	215
PERUS	5	56	24	10	95
PIRITUBA	10	145	92	22	269
SANTANA/JACANACASA	9	183	76	16	284
VERDE/CACHOEIRINHAA	6	77	27	5	115
VILA MARIA/VILAGUILHERME	7	95	29	10	141
Total	49	673	320	77	1119
CRS LESTE					
GUAIANASES	2	117	73	11	203
ITAQUERA	6	173	80	33	292
CIDADE TIRADENTES	3	150	52	4	209
ERMELINO	3	48	37	1	89
MATARAZZO					
ITAIM PAULISTA	9	186	130	34	359
SAO MATEUS	10	120	85	17	232
SAO MIGUEL	4	148	85	23	260
Total	37	942	542	123	1644
CRS SUDESTE					
IPIRANGA	2	109	49	12	172
MOOCA/ARICANDUVAA	13	156	51	15	235
PENHA	6	122	67	11	206
VILA	8	81	30	4	123
MARIANA/JABAQUARAA					
VILA	3	131	73	15	222
PRUDENTE/SAPOPEMBA					
Total	32	599	270	57	958
CRS SUL					
PARELHEIROS	0	81	72	6	159
CAMPO LIMPO	4	267	153	17	441
CAPELA DO SOCORRO	5	177	119	20	321
MBOI MIRIM	8	258	151	27	444

SANTO AMARO/CIDADE ADEMAR	11	186	71	11	279
Total	28	969	566	81	1644
CRS CENTRO SE	8	100	28	12	148
SANTA CECILIA	1	59	9	7	76
Total	9	159	37	19	224
DA não classificado	0	0	0	0	0
Em branco	17	316	178	55	566
Total geral	181	3881	2008	434	6504

Fonte: Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - NDANT/DVE/COVISA/SEABEVS; SinanNet. Dados extraídos em 17/04/2024

Conforme observamos nas duas últimas tabelas, o número de notificações de violência sexual foi de 7.545 pessoas, e o número de abortos realizados nos equipamentos de saúde municipais foi de apenas 164 procedimentos, o que representa apenas 2% das notificações. É importante lembrar, que o fechamento do serviço legal do Hospital e Maternidade Municipal de Vila Nova Cachoeirinha ocorreu em dezembro de 2023 gerando ainda mais impacto nessa estatística para os anos posteriores.

Tabela 13: Número de internações para realização de curetagem uterina pós abortamento ou parto em adolescentes de 10 a 14 anos no município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 desagregados por raça/cor.

Raça/cor	2023	2024	Total
TOTAL	18	15	33
Branca	7	3	10
Preta	2	1	3
Parda	8	10	18
Amarela	-	1	1
Sem informação	1	-	1

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/Sistema de Informação Hospitalar – SIH

Tabela 14: AIH's pagas pelo procedimento de AMIU (aspiração manual intrauterina) pós aborto em adolescentes de 10 a 14 anos no Município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 com desagregação por raça/cor

Raça/cor	2023	2024	Total
TOTAL	9	12	21
Branca	5	5	10
Preta	1	1	2
Parda	3	6	9

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/Sistema de Informação Hospitalar – SIH

Tabela 15: AIH's pagas pelo procedimento de curetagem uterina pós abortamento ou parto em adolescentes de 10 a 14 anos no município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 desagregados por coordenadoria regional de saúde

CRS	2023	2024	Total
TOTAL	18	15	33
CENTRO	1	2	3
LESTE	5	3	8
NORTE	1	2	3
OESTE	2	1	3
SUDESTE	4	1	5
SUL	5	6	11

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/Sistema de Informação Hospitalar – SIH

Tabela 16: AIH's pagas pelo procedimento de AMIU (aspiração manual intrauterina) pós aborto em adolescentes de 10 a 14 anos no município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 desagregados por coordenadoria regional de saúde

CRS	2023	2024	Total
TOTAL	9	12	21
CENTRO	6	8	14
NORTE	2	2	4
SUDESTE	1	2	3

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/Sistema de Informação Hospitalar – SIH

Como é possível observar, o número de internações hospitalares para realização de curetagem e/ou AMIU é muito baixo, fazendo um contraste com os números referentes aos partos de meninas entre 10 e 14 anos e de notificações realizadas. Na região norte, especificamente houve apenas 3 internações para realização de curetagem uterina nos anos de 2023 e 2024 e 4 internações para realização de AMIU nos mesmos anos. O que observamos, portanto é que no mesmo período 7 adolescentes de 10 a 14 anos tiveram acesso e realizaram o procedimento de aborto enquanto outras 527 tornaram-se mães. Ou seja, na região norte, cada adolescente que conseguiu interromper a gestação legalmente, outras 75 seguiram até o parto. Uma diferença de 98,67% que desperta o olhar para diversas questões relacionadas a vulnerabilidade dessas meninas, entre elas o acesso aos direitos reprodutivos.

Outro aspecto importante a ser visto é a diferença no tipo de acesso ao procedimento de aborto. A AMIU (aspiração manual intrauterina) é considerada o procedimento preferencial para o esvaziamento uterino pós-aborto, por apresentar menor risco de complicações em comparação à curetagem tradicional. No entanto, sua aplicação é limitada a gestações mais precoces (OMS, 2022)

Ao verificar os dados de 2023 e 2024 sob a lente da raça/cor das pacientes, nota-se uma disparidade preocupante: das 33 curetagens realizadas, 10 foram em mulheres brancas; das 21 AMIUs, também 10 foram em mulheres brancas.

Ou seja, embora representem uma parcela menor da população atendida, mulheres brancas tiveram acesso igual ao método mais seguro. Isso significa que elas tiveram aproximadamente 2,5 vezes mais chances de receber AMIU do que mulheres negras — uma diferença que escancara o viés racial na oferta de cuidados mais seguros.

Ao comparar a quantidade de adolescentes que foram acompanhadas pelo Programa Mãe Paulistana e o número de nascidos vivos podemos verificar uma grande discrepância de dados, especialmente em algumas supervisões específicas, conforme os dados abaixo relacionados:

Tabela 17: Comparação do número de gestantes acompanhadas pelo programa Mãe Paulistana e o número de nascidos vivos na região norte do município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024

<i>SUPERVISÃO</i>	<i>MP</i> <i>2023</i>	<i>NV</i> <i>2023</i>	<i>DIFERENÇA</i>	<i>MP</i> <i>2024</i>	<i>NV</i> <i>2024</i>	<i>DIFERENÇA</i>
<i>PIRITUBA</i>	16	13	3	16	12	4
<i>PERUS</i>	11	0	11	12	7	5
<i>BRASILÂNDIA</i>	21	0	21	20	10	10
<i>CASA VERDE</i>	21	23	-2	11	7	4
<i>VILA MARIA</i>	12	11	1	3	6	-3
<i>SANTANA</i>	14	13	1	15	18	-3
<i>TOTAL</i>	95	60	35	77	60	17

Fonte: SINASC/CEInfo/CIS/SERMAP/SMS/PMSP. Dados atualizados em 16/05/2025. Relatório BI- Mãe paulistana

Somente pela avaliação dos dados secundários apresentados não é se pode afirmar quais as causas das diferenças apresentadas, mas uma das possibilidades são os abortamentos que devem ter ocorrido nos casos em que a diferença foi positiva. Nos resultados em que a diferença foi negativa, a explicação pode ser devido ao acompanhamento de pré natal dessas gestantes ter sido feito no sistema de saúde suplementar. Segundo dados do ISA Capital, aproximadamente 30% da população acima de 10 anos da região norte utiliza convênio. (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2024)

Sendo assim, chama a atenção, por exemplo das supervisões de Perus e Fó/Brasilândia que no ano de 2023 não registraram nenhum nascido vivo e no ano seguinte foram computados nas duas regiões 17 partos de adolescentes nessa faixa etária. Uma causa possível para essa diferença pode ser devido à suspensão do serviço de assistência ao aborto legal do hospital e maternidade Vila Nova Cachoeirinha que ocorreu no final do ano de 2023. Além disso, essas supervisões ficam muito próximas do município de Caieiras o que poderia facilitar a peregrinação de gestantes para serviços de saúde mais distantes de seu domicílio.

Ademais, é importante também observar que os registros hospitalares de procedimentos como curetagem ou AMIU (Aspiração Manual Intrauterina) são muito baixos, levantando o questionamento sobre a falta de registros adequados de procedimento ou que esses procedimentos possam estar sendo realizados em ambientes não hospitalares no município.

Tabela 18: Número de notificações de violência sexual contra meninas de 10 a 14 anos no município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024 separados por STS e Coordenadoria.

<i>COORD/STS Notificante</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>	<i>Total</i>
COORDENADORIA NORTE	110	147	257
<i>STS CASA VERDE/CACHOEIRINHA</i>	13	10	23
<i>STS FREGUESIA DO O/BRASILANDIA</i>	15	17	32
<i>STS VILA MARIA/VILA GUILHERME</i>	21	32	53
<i>STS PERUS</i>	13	24	37
<i>STS PIRITUBA</i>	25	32	57
<i>STS SANTANA/JACANA</i>	23	32	55
COORDENADORIA OESTE	41	45	86
<i>STS BUTANTA</i>	13	22	35
<i>STS LAPA/PINHEIROS</i>	28	23	51
COORDENADORIA CENTRO	677	640	1317
<i>STS SANTA CECILIA</i>	673	632	1305
<i>STS SE</i>	4	8	12
COORDENADORIA LESTE	256	281	537
<i>STS ERMELINO MATARAZZO</i>	14	9	23
<i>STS SAO MIGUEL</i>	27	20	47
<i>STS GUAIANASES</i>	11	30	41
<i>STS ITAIM PAULISTA</i>	90	73	163
<i>STS ITAQUERA</i>	29	26	55
<i>STS SAO MATEUS</i>	20	35	55
<i>STS CIDADE TIRADENTES</i>	65	88	153
COORDENADORIA SUDESTE	88	138	226
<i>STS</i>			
<i>MOOCA/ARICANDUVA/FORMOSA/CAR</i>			
<i>RAO</i>	17	27	44
<i>STS IPIRANGA</i>	21	34	55
<i>STS VILA MARIANA/JABAQUARA</i>	10	16	26
<i>STS PENHA</i>	18	19	37
<i>STS VILA PRUDENTE/SAPOPEMBA</i>	22	42	64
COORDENADORIA SUL	253	216	469
<i>STS SANTO AMARO/CIDADE ADEMAR</i>	44	34	78
<i>STS CAMPO LIMPO</i>	72	47	119
<i>STS CAPELA DO SOCORRO</i>	46	42	88
<i>STS M BOI MIRIM</i>	66	67	133
<i>STS PARELHEIROS</i>	25	26	51
Total	1425	1467	2892

Fonte: Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - NDANT/DVE/COVISA/SEABEVS; SinanNet. Dados extraídos em 12/06/2025

Tabela 19: Quantidade de Boletins de Ocorrência realizados nos anos de 2023 e 2024, separados de acordo com o mês de registro em delegacia de polícia, no município de São Paulo em decorrência da denúncia de estupro de vulnerável (somatória dos casos de tentativa de estupro e estupro consumado)

<i>Mês</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>
<i>Janeiro</i>	155	174
<i>Fevereiro</i>	199	153
<i>Março</i>	203	169
<i>Maio</i>	173	172
<i>Junho</i>	162	177
<i>Julho</i>	135	176
<i>Agosto</i>	206	184
<i>Setembro</i>	196	200
<i>Outubro</i>	177	214
<i>Novembro</i>	200	186
<i>Dezembro</i>	181	155
<i>TOTAL</i>	2154	2162

Fonte: Site da Secretaria da Segurança Pública de São Paulo(www.ssp.sp.gov.br)

Tabela 20: Notificação de violência sexual em pessoas portadoras de transtorno ou deficiência no Município de São Paulo nos anos de 2023 e 2024

<i>Mês da Ocorrência</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>	<i>Total</i>
<i>TOTAL</i>	510	529	1.039
<i>Janeiro</i>	74	68	142
<i>Fevereiro</i>	38	40	78
<i>Março</i>	31	32	63
<i>Abril</i>	40	37	77
<i>Maio</i>	53	43	96
<i>Junho</i>	40	53	93
<i>Julho</i>	47	29	76
<i>Agosto</i>	34	46	80
<i>Setembro</i>	38	43	81
<i>Outubro</i>	44	41	85
<i>Novembro</i>	39	45	84
<i>Dezembro</i>	32	52	84

Fonte: SINAN NET - COVISA - SMS/SP. Atualizado em 07/10/2025.

Ao comparar os dados de notificação de violência contra meninas entre 10 e 14 anos e a quantidade de boletins de ocorrência gerados nas delegacias de polícia, observamos que os equipamentos de segurança pública registraram em 2023, 729 casos a mais de estupro de vulnerável (ou tentativa) do que os equipamentos de saúde e no ano de 2024 foram 695 casos a mais registrados. Esses números correspondem a uma diferença de 51% e 47% a mais de registros nas delegacias quando comparadas com as UBS's respectivamente.

Um dos questionamentos possíveis ao se comparar esses dados é a probabilidade de estarmos avaliando grupos diferentes, uma vez que a classificação de estupro de vulnerável engloba mais categorias de pessoas que as adolescentes entre 10 e 14 anos. Entretanto, ainda que ocorra alteração nos critérios de pesquisa e se avalie a violência sexual em pessoas com deficiência ou transtorno de qualquer tipo e em qualquer faixa etária, ainda sim encontramos maior número de boletins de ocorrência do que notificações elaboradas nos serviços de saúde.

Isso acaba sendo um contraponto com diversos estudos que indicam a subnotificação de casos devido dificuldades com serviços de segurança pública.

Embora a atenção primária seja o principal ponto de contato com as vítimas de violência sexual, a visualização dessa interação por parte do gestor e de toda sociedade, que deveria ocorrer por meio da notificação fica prejudicada e pode comprometer parcialmente o processo de cuidado, que de certa forma fica esvaziado e consequentemente reduz a força na direção da construção ou cobrança de Políticas Públicas efetivas no cuidado com as mulheres.

Evidentemente, qualquer análise nesse sentido é precoce e imprecisa, mas gostaria de levantar algumas hipóteses: para tentar explicar essa discrepância nos dados de notificação:

1. Falha na comunicação entre equipamentos de saúde: a maior parte dos casos de violência sexual é atendida pelo Hospital da Mulher (Antigo Hospital Pérola Byington) que é referência no município e realiza o procedimento do aborto legal em idades gestacionais mais avançadas, eliminando uma barreira importante no cuidado integral à mulher vítima de violência. Por se tratar de equipamento sob gestão estadual, pode-se pensar na fragilidade da rede em relação à intersetorialidade e comunicação efetiva entre os serviços.
2. A invisibilidade da violência pelo profissional de saúde: Essa é uma hipótese que está atrelada a vários fatores importantes presentes nos processos de trabalho, construção de saberes coletivos e nas microesferas de poder estabelecidos nas unidades básicas de saúde. Profissionais de saúde podem apresentar dificuldades de conhecimento e reconhecimento da violência, assim como falta de conhecimento dos protocolos institucionais, desconhecimento da função da notificação, medo de represálias por parte do agressor, especialmente em territórios de alta vulnerabilidade e índices de violência, o estabelecimento de profissionais de referência em detrimento de articulações interinstitucionais (ANDRADE L.M., BUSTAMANTE V., 2024)
3. Falha na rede de atendimento intersetorial, uma vez que o atendimento não é feito em rede, as denúncias e atendimentos realizados em outros tipos de equipamentos públicos que não os de saúde podem não receber seguimento adequado como a profilaxia de IST's ou avaliação de saúde mental.

5. DISCUSSÃO

De certa forma, para aqueles que são bons observadores da nossa realidade, os resultados colhidos não trazem surpresas e estão de acordo com a literatura vigente. Inicialmente podemos destacar o distanciamento entre o que a legislação brasileira determina e o que é colocado em prática nas unidades básicas de saúde da região norte do município de São Paulo em relação às meninas de 10 a 14 anos que estejam gestantes. Conforme já foi colocando anteriormente, de acordo com artigo

217- A do Código Penal Brasileiro, toda relação sexual com menores de 14 anos é considerada estupro de vulnerável, independente do consentimento da vítima.

Entretanto, como podemos observar nos dados coletados, isso não visto na realidade da região norte, pois o número de notificações de violência é muito menor do que o número de partos dessas adolescentes, sem contar os possíveis abortos que possam ter ocorrido no período.

Sabemos que o tema da violência, sua abordagem e reconhecimento estão ausentes da carga horária de muitos cursos da área da saúde, deixando uma lacuna de conhecimento imensa para esses profissionais que estão em formação. Assim como a naturalização da violência dificulta no reconhecimento e ação em relação aos agressores e no caso das adolescentes menores de 14 anos essa invisibilidade é ainda pior, uma vez que na grande maioria das vezes o agressor é conhecido da vítima.

Obviamente, a manutenção da gestação não é determinada somente pela conduta dos profissionais de saúde, uma vez que no contexto social existem diversos determinantes que fazem com que a gestante e sua família considerem a gestação como parte de um processo natural e esperado. Entre os determinantes sociais mais importantes destacamos o racismo estrutural, misoginia e o sistema patriarcal além das questões socioeconômicas.

Um marcador importante da interação desses quatro fatores é a questão do casamento infantil. No ano de 2023, encontramos 17 registros de união estável nessa faixa etária e 15 em 2024. Embora seja um registro pequeno, legalmente ele sequer deveria existir, sugerindo a existência de uma certa normalização de sexualização precoce.

O casamento infantil é definido como uma união formal ou informal em que o casal ou uma das partes possua idade inferior a 18 anos (período que compreende a infância e adolescência). Os impactos negativos dessa prática são refletidos principalmente em mulheres, em seus filhos, suas famílias e pais, demonstrando consequências profundas, como: maiores riscos para a saúde dos envolvidos, violência doméstica, menor escolaridade, renda e autonomia, além de contribuir significativamente para a pobreza na escala coletiva. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2014, a prevalência de casamentos ou uniões estáveis em indivíduos menores de 14 anos (independente do gênero) foi de 1,8%. (CARDOSO AS, 2022)

Em nosso levantamento, a proporção de gestantes entre 10 e 14 anos que estavam em um relacionamento estável na região norte foi de cerca de 6% comparadas com aquelas da mesma faixa etária e correspondem a 0.013% quando comparamos com o total de gestantes do ano de 2023. Embora estejamos falando de uma realidade “proporcionalmente irrisória” quando comparamos com o número absoluto de gestantes no município,

A alteração do Código Civil Brasileiro pela Lei nº 13.811/2019, que passou a proibir absolutamente o casamento de menores de 16 anos, representa um avanço jurídico importante. No entanto, a prática persiste na forma de uniões informais, legitimadas muitas vezes por discursos morais, religiosos ou culturais principalmente no contexto de pobreza intensa. Essa legitimação, quando reforçada por profissionais de saúde e outros agentes públicos, configura uma forma de violência institucional, na medida em que o Estado falha em garantir os direitos dessas meninas e, em vez disso, contribui para sua exclusão, exploração e silenciamento. (VEIGA MVA, 2020).

À vista disso, ao encontrarmos em registros oficiais adolescentes entre 10 e 14 anos sendo consideradas em união estável, observamos a convivência do Estado e falha de processos de trabalho dos profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos nos atendimentos cotidianos a essas adolescentes.

O casamento infantil, portanto, não é apenas uma prática culturalmente tolerada no Brasil, mas uma violação sistemática de direitos, que deveria ser enfrentada com a mesma seriedade que qualquer outra forma de violência sexual.

Ao não identificar essas uniões como violência, os serviços de saúde deixam de acionar as redes de proteção, negligenciam a possibilidade de aborto legal, e reforçam um ciclo de exclusão e revitimização. Romper com essa lógica exige não apenas formação técnica dos profissionais, mas uma transformação ética, política e institucional baseada na equidade, nos direitos humanos e na justiça social.

Portanto, a aceitação social do casamento infantil, especialmente em determinados contextos socioculturais, também contribui para a invisibilidade da violência sexual. A tolerância — ainda que tácita — de uniões informais entre meninas e homens adultos é um reflexo de uma sociedade que não protege suas crianças, mas as submete a estruturas de opressão e dominação. Essa prática é tão naturalizada que encontramos em 2023, 17 casos registrados como união estável, o que demonstra mais uma vez o distanciamento não somente em relação ao que é preconizado por lei em termos de entendimento sobre violência sexual, mas também em relação às limitações de desenvolvimento cerebral típicas do período da adolescência em que ainda não há maturidade neurológica suficiente para discernir claramente as escolhas feitas e suas consequências.

Somente para reforçar esse ponto com outro dado, observamos que as equipes de saúde fizeram abertura do pré-natal da maioria das meninas abaixo de 14 anos iniciou o pré natal precocemente.

Assim, o itinerário dessas adolescentes nos serviços de saúde revela muito mais sobre os limites institucionais e ideológicos do que sobre a realidade de suas experiências. A ausência de notificação, o encaminhamento inadequado ou inexistente para os serviços de aborto legal, e a negligência na escuta qualificada reforçam a urgência de repensarmos os processos formativos, os protocolos de atendimento e as políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva de crianças e adolescentes.

Portanto, a análise dos itinerários terapêuticos dessas meninas não apenas denuncia a falência do sistema de proteção, mas também desafia os profissionais de saúde e gestores públicos a confrontarem seus próprios vieses e a se comprometerem com uma prática verdadeiramente ética, antirracista e feminista.

Falta de investimento na educação permanente e sensibilização dos profissionais sobre o tema da violência

É bastante comum que gestores enxerguem a educação permanente como ações pontuais que são propostas periodicamente aos trabalhadores, mas que nem sempre apresentam conexão

entre si ou proporcionam maior aprofundamento de temas que perpassam a realidade das equipes que atuam nas UBS's, incluindo os trabalhadores que compõem o NPV.

Resgatando mais uma vez o estudo realizado por Batista, Schraiber e d'Oliveira lembramos que a implementação das políticas públicas é atravessada por valores, crenças e pelo contexto sociopolítico, os quais influenciam decisões de gestão e podem tanto favorecer quanto bloquear a oferta de cuidado. Dessa forma, a capacidade de gestores de interferir positivamente nas práticas ao se aproximarem de processos de formação/sensibilização torna-se crucial para sustentar a institucionalização da educação permanente e a articulação da rede, uma vez que sem alinhamento gerencial e valorização política do tema, ações educativas isoladas não se sustentam. (BATISTA KBC et al, 2018).

Um outro aspecto importante nesse tópico é colocado por d'Oliveira ao colocar entre os desafios dos trabalhadores a priorização da produtividade nos contratos de gestão municipais, o que entra em choque direto com o conceito de atendimento de qualidade às pessoas vítimas de violência, as quais em geral, estão imersas em situações extremamente complexas e que requerem muita energia por parte do profissional de saúde que está realizando o atendimento. (d'OLIVEIRA AFPL et al, 2022)

Por fim, podemos citar o artigo de Stephanie Pereira que mostrou a necessidade a realização de capacitação conectadas com a organização do serviço, empenho da gestão, estabelecimento de fluxos e indicadores coerentes, espaço protegido para discussão de casos e manutenção da educação permanente como parte da rotina de trabalho e não como evento de curto prazo, faz com que a prática realmente seja um reflexo do que é passado na teoria. (PEREIRA S et al, 2024).

Racismo estrutural e a construção da "maturidade precoce" da menina negra

A questão racial aparece escancaradamente ao descrevermos o perfil das vítimas em que 66% delas são negras. O racismo estrutural contribui para a construção da imagem de que adolescentes negras sejam vistas precocemente de forma sensualizada facilitando a culpabilização e invisibilidade das vítimas. Assim, as vulnerabilidades dessas meninas deixam de ser reconhecidas comprometendo a oferta de cuidado integral e proteção social assegurada pela Constituição Federal de 1988.

A exploração sexual de mulheres negras é histórica em nosso país. O processo de escravização de africanos em massa criou e fortaleceu nosso racismo estrutural de forma avassaladora. Durante o período colonial, a mulher escravizada era considerada uma trabalhadora em tempo integral para seu proprietário, e apenas ocasionalmente, esposa, mãe e dona de casa realizando todo tipo de trabalho, desde tarefas pesadas a trabalhos domésticos, vivendo sob práticas violentas como o trabalho forçado, o açoite e o estupro como mais uma forma de dominação e poder praticados pelos senhores e seus algozes, também eram obrigadas a serviços sexuais, e desta maneira instrumentalizadas, desumanizadas, animalizadas, consideradas distante e bem longe da esfera humana de emoções e sentimentos. (PEREIRA, ASF e SOUZA, CF; 2025).

O fato de ainda termos como sociedade, muita dificuldade em discutir e refletir a respeito das consequências de um período tão longo de escravidão traz reflexos claros até os dias de hoje. Consequentemente, os estereótipos e violências que sofrem parte das mulheres negras desde a mais

tenra infância favorecem a manifestação de sentimento de autodesvalorização e de menos valia fazendo com que, por vezes, algumas jovens negras veem na hipersexualização, exploração e erotização de seus corpos, um modo de serem vistas, aplaudidas e exoticamente aceitas. (PEREIRA, ASF e SOUZA, CF; 2025)

Esse olhar de “menor valor” que pode vir da própria menina, associado à nossa tradição patriarcal e patrimonialista facilita o entendimento de meninas negras e socioeconomicamente vulneráveis de que o casamento ainda em idade muito precoce seja uma opção interessante e desejável. De acordo com estudos da pesquisadora Valeska Zanello, no Brasil, o tornar-se “mulher” ocorre através de dois dispositivos: amoroso e materno. O dispositivo amoroso aponta para um processo de subjetivação da relação das mulheres consigo mesmas, mediadas por um homem que as escolha. A autora utiliza como metáfora a “prateleira do amor”, em que cabe às mulheres o papel de produto à mostra para serem avaliadas e eventualmente escolhidas pelos homens. Essa prateleira não tem organização aleatória, as mulheres mais bem cotadas são aquelas que mais se aproximam de um ideal estético, historicamente construído: branco, loiro, magro e jovem. Ou seja, “o corpo ideal, idolatrado, é um corpo de classe (média e rica) e a jovialidade quase infantil faz parte dessa estética desejável. Quanto mais distante desse padrão, menor a possibilidade de ser escolhida na “prateleira do amor” e maior a chance de a mulher ser vista apenas pelo prisma da objetificação sexual. Mediada pelas relações de gênero (sexismo racializado ou racismo gendrado), sobra para as mulheres negras, em nosso país, os piores lugares na prateleira, enquanto “o afeto é resguardado para aquelas em melhores 'posições' (VEIGA, MVA; 2020)

Por outro lado, um outro ponto de observação importante é a questão do preenchimento do quesito raça/cor nos registros de cadastro dessas gestantes. O primeiro aspecto a ser observado é que mesmo com a Lei N° 16.129, DE 12 DE MARÇO DE 2015, ainda existiam registros de “não informado” nos cadastros das gestantes. Essa lei que determina a inclusão no âmbito do Município de São Paulo, do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação, avaliação, monitoramento, coleta de dados, censos e programas com o objetivo de identificar o perfil das pessoas, bem como de mapear e cadastrar o referido perfil com vistas ao direcionamento das políticas públicas voltadas a atender as necessidades desse segmento social. (SÃO PAULO, 2015)

Além do descumprimento da Lei por parte dos profissionais de saúde, também podemos observar o racismo estrutural se manifestando nas próprias usuárias, pois como determinado por Lei, a coleta dos dados é feita por autodeclaração:

" Parágrafo único. O preenchimento do campo denominado raça/cor deverá respeitar o critério da autodeclaração, conforme critérios de classificação utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ”.

Sendo assim, ao verificar o nome de gestantes que se autodeclararam amarelas, não observamos em nenhum caso nomes ou sobrenomes que sugerissem ascendência asiática, o que pode refletir a não compreensão por parte do usuário dos critérios utilizados pelo IBGE ou a não aceitação por parte de um grupo racial específico.

Em termos de saúde pública, esses dados trazem impacto importante pois o viés racial aqui colocado pode sugerir a adoção de políticas voltadas para redução de gestação precoce ou violência

sexual em um seguimento populacional em que a atuação governamental não seria tão necessária, nesse caso os asiáticos que correspondem apenas 2,1% da população segundo o Censo de 2022.

Entretanto, segundo os dados coletados do programa Mãe Paulistana, as gestantes de 10 a 14 anos que se autodeclararam amarelas correspondiam a 28% em 2023 e 16% em 2024.

Como podemos observar, houve uma diferença muito importante na proporção de gestantes amarelas de um ano para o outro, o que pode ser fruto de uma maior conscientização tanto da população a respeito dos critérios para o quesito raça/cor quanto ações da própria secretaria municipal de saúde visando melhor treinamento dos profissionais que preenchem os cadastros.

A micropolítica do cuidado em saúde e a não notificação da violência sexual contra meninas

A não notificação de casos de gravidez nessa faixa etária, observada em diferentes territórios, revela a existência de barreiras que extrapolam a ausência de conhecimento técnico ou falhas operacionais. Trata-se de processos subjetivos e relacionais, que podem ser analisados à luz da micropolítica do cuidado.

A micropolítica do cuidado em saúde refere-se às relações interpessoais e institucionais que se estabelecem no cotidiano do trabalho em saúde, e que moldam o modo como o cuidado é ofertado e recebido. No cotidiano das unidades básicas, as decisões dos profissionais não são tomadas apenas com base em protocolos, mas também a partir de valores morais, percepções individuais e julgamentos sobre a legitimidade das demandas apresentadas. Essa dinâmica se evidencia, por exemplo, quando a gravidez em meninas é interpretada como fruto de um namoro ou como algo “natural” no contexto da comunidade, e não como uma situação de violência sexual.

De acordo com Merhy, as práticas de saúde configuram atos produtivos que buscam modificar alguma coisa e produzir algo novo. São consideradas trabalho, pois buscam alterar um estado de coisas identificado como problema ou como potencial problema de saúde. (MERHY et al, 2020)

Sendo assim, o trabalho em saúde não se reduz à aplicação de tecnologias duras ou normas institucionais; ele envolve o encontro entre sujeitos, permeado por afetos, crenças e disputas de poder e está tensionado pelas ‘necessidades sociais’, interferidas pela estrutura produtiva da sociedade e pelos desejos e demandas de seus usuários diretos. Além disso, nos serviços de saúde, os atos de produção e consumo da saúde ocorrem ao mesmo tempo, com a singularidade de que o produto oferecido varia com a relação trabalhadores-usuários, pois as duas partes se afetam e se modificam, configurando uma relação de interseção. Nessa perspectiva, a decisão de notificar — ou não — um caso de violência sexual pode ser influenciado por fatores como o medo do profissional de se envolver em conflitos familiares, o receio de judicialização ou a ausência de respaldo da equipe e da gestão. A micropolítica se expressa, portanto, nas escolhas silenciosas, nos gestos não formalizados e na forma como os profissionais interpretam seu papel diante de situações limítrofes.

A ausência de espaços de discussão coletiva e a fragilidade das estratégias de educação permanente nas unidades de saúde agravam esse cenário. A discussão dos casos tende a ocorrer de forma individualizada e, muitas vezes, permeada por julgamentos morais. Assim, é possível afirmar que a não notificação da violência sexual contra meninas menores de 14 anos configura-se como uma expressão da micropolítica do cuidado nos serviços de saúde. Esse fenômeno não pode ser atribuído exclusivamente à negligência ou má fé dos profissionais, mas sim compreendido como parte de uma cultura institucional que naturaliza determinadas violências e dificulta o enfrentamento qualificado dessas situações. Tais constatações reforçam a necessidade de investimento em formação crítica, apoio matricial e construção de redes de cuidado intersetoriais que sustentem os profissionais em sua prática cotidiana.

Conservadorismo, Saúde Pública e Invisibilidade da Violência Sexual

A ascensão do conservadorismo no Brasil, especialmente após 2013, influenciou diretamente políticas públicas, com destaque para a saúde. A partir de 2019, com a eleição de um governo federal alinhado a pautas morais e religiosas, observou-se uma reconfiguração das prioridades institucionais. Nesse cenário, o programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979/2019, reformulando o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) com foco em indicadores mensuráveis. O Previne Brasil introduziu o pagamento por desempenho como um dos pilares do financiamento da APS (BRASIL, 2019)

O Previne Brasil consolidou uma mudança estrutural no repasse federal à APS que é a capitação ponderada (por cadastros efetivos e fatores de equidade), o pagamento por desempenho (com sete indicadores iniciando em 2020) e incentivos a ações estratégicas. Os indicadores de desempenho 2020–2022, definidos pela Portaria nº 3.222/2019 e detalhados em Nota Técnica do Ministério da Saúde, priorizam processos ligados a pré-natal, coleta de exame de citologia oncológica cervical, vacinação infantil e controle de hipertensão/diabetes — com monitoramento quadrimestral e agregação em um Indicador Sintético Final (ISF) para efeito financeiro municipal. (BRASIL, 2022)

Ao priorizar o pagamento por desempenho, o Programa Previne Brasil valorizou metas relacionadas aos processos de trabalho e como objetivo trazer mais eficiência ao SUS, porém esse modelo não contempla o trabalho feito em situações especiais como é o caso da violência sexual, cujo manejo longitudinal, confidencial e intersetorial tende a não se traduzir em indicadores que avaliem períodos curtos de tempo; por consequência, equipes pressionadas por metas poderiam rebaixar prioridade para casos complexos que não estavam contemplados no ISF.

Como tentativa de corrigir parte do retrocesso, o Ministério da Saúde publicou em 2020 um Guia prático para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na APS, fortalecendo protocolos, mas sem inclusão (até aqui) de indicadores de desempenho correspondentes — o que mantém a dissonância entre a política técnica e o mecanismo financeiro. (BRASIL, 2020)

Para facilitar a compreensão do impacto que o modelo de financiamento tem no atendimento a pessoas vítimas de violência sexual segue a tabela abaixo:

Quadro1: Comparação entre as recomendações técnicas no atendimento às vítimas de violência sexual e os indicadores para financiamento do Programa Previne Brasil (2020-2023)

Etapa ou Componente do atendimento	Recomendação técnica	Indicadores do Previne Brasil	Implicações no atendimento	Sugestão de indicador
Busca ativa ou identificação de caso (confirmado ou suspeito)	Acolhimento em ambiente protegido, reconhecimento da gravidez em menores de 14 anos como estupro de vulnerável	Não há indicador específico de identificação de violências. Indicadores focam pré-natal (captação precoce, exames) e rastreios gerais	Sem indicador as consultas mais longas e complexas competem com metas de alto peso (ex.:citopatológico).	<i>Proporção de mulheres ≥ 15 anos e de adolescentes 10–14 anos com rastreio de violência documentado no último ano.</i>
Acolhimento e classificação de risco/vulnerabilidade	Acolhimento imediato, avaliação de risco iminente, plano de segurança.	Não possui indicador	Tempo clínico do atendimento não é levado em consideração	<i>Percentual de casos identificados com formulário de risco e plano de segurança registrado.</i>
Notificação compulsória e vigilância (SINAN/VIVA)	Notificar todos os casos de violência interpessoal/sexual; qualificar registros; retroalimentar equipe.	A notificação não integra o cálculo do desempenho do Previne.	A notificação não integra o cálculo do desempenho do Previne.	<i>Taxa de notificações de violência por 10 mil mulheres cadastradas</i>
Cuidados imediatos pós-violência	Protocolos de PEP/IST, vacinação, contracepção de emergência, encaminhamentos em tempo oportuno.	Não há indicador específico (pós-violência); há indicadores de pré-natal e vacinas infantis, não orientados a violência	Sem meta, risco de atraso na oferta e baixa padronização em UBS.	<i>Proporção de atendimentos por violência com oferta de PEP/CE conforme protocolo</i>
Encaminhamento para aborto legal (quando cabível) e rede especializada	Garantir informação e acesso ao aborto previsto em lei; fluxos pactuados com serviços de referência e proteção.	Ausência de indicador de encaminhamento efetivo para serviços de referência/aborto legal	Sem incentivo e com pressões morais/políticas, aumenta o risco de barreiras e peregrinação.	<i>Proporção de meninas < 14 anos com gravidez identificada encaminhadas e acolhidas pelo serviço de referência (integração com</i>

				regulação municipal)
Proteção social e intersectorialidade (Conselho Tutelar)	Articular rede e garantir proteção (medidas protetivas, abrigamento quando necessário)	Não mensurado pelo Previne	Menor priorização frente a metas clínicas que possuem indicadores	<i>Percentual de casos com registro de acionamento e retorno do órgão de proteção; tempo médio para primeira resposta da rede.</i>
Acompanhamento longitudinal (saúde mental, puerpério, reabilitação)	Seguimento psicossocial e clínico, prevenção de revitimização; apoio familiar/guardião.	Previne não mede adesão/continuidade de cuidado em violência; mede itens do pré-natal/puerpério apenas de forma indireta.	Incentivo às ações breves e pontuais	<i>Proporção de casos com ≥ 3 consultas de seguimento em 6 meses; proporção com plano terapêutico singular ativo.</i>
Matriciamento e apoio multiprofissional (eMulti, NPV ou equivalente)	Reuniões de caso, matriciamento e suporte técnico às eSF.	Não mensurado	Sem horas protegidas, diminui a capacidade de lidar com complexidade.	<i>Nº de reuniões de matriciamento/ mês envolvendo casos de violência; vincular incentivo às equipes multiprofissionais</i>
Capacitação permanente da equipe sobre as pautas relacionadas a violência	Treinamentos regulares, protocolos e supervisão clínica.	Não há indicador de formação.	Rotatividade alta e falta de capacitação crônica permanecem.	<i>Proporção de profissionais com capacitação certificada no último ano</i>
Qualidade do registro e confidencialidade	Campos estruturados, acesso restrito, sigilo e governança de dados.	Sem indicador específico de qualidade/confidencialidade.	Risco de sub-registro ; perda de dados para gestão.	<i>Completeness de campos essenciais e uso de perfis de acesso restrito; Feito através de auditorias amostrais.</i>

Gravidez <14 anos	Tratamento como violência sexual; início oportuno do cuidado; garantia de direitos e proteção.	Previne mede captação precoce e consultas do pré-natal, não a natureza violenta do evento nem encaminhamentos protetivos/legais.	Sem medição, risco de foco só no pré-natal “técnico”, adiando ou omitindo a via de proteção/justiça .	(a) <i>proporção de gestações <14 anos com notificação em até 7 dias</i> ; (b) <i>% com avaliação de risco e plano de proteção</i> ; (c) <i>% com oferta de opções e, quando cabível, encaminhament o para aborto legal</i> ; (d) <i>tempo até primeiro atendimento psicossocial</i> .
-------------------	--	--	---	---

O Programa Previne Brasil foi substituído por uma nova forma de financiamento da atenção primária por meio da Portaria 3.493 de 10 de abril de 2024. Esse novo modelo de financiamento federal visa compensar as distorções do Programa anterior, fortalece a Estratégia de Saúde da Família e através dos componentes de vínculo e qualidade visa trazer melhores desfechos em saúde para a população. (BRASIL, 2024). Entretanto, esse modelo ainda está em fase de implantação no município e ainda não é possível avaliar os impactos da mudança.

Além do modelo de financiamento, a quantidade de recursos voltados para Políticas que envolvem mulheres caiu muito no período estudo. O Plano Plurianual (PPA) de 2020-2023 executado pelo Governo Federal, trouxe menor transparência em relação às ações executadas pelos órgãos da Administração Pública Federal pois diferentemente dos planos precedentes, o PPA 2020-2023 não inclui programa específico voltado para esse público ou para o enfrentamento da desigualdade de gênero.

À época, o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH) organizou seu planejamento plurianual a partir de um único programa: Proteção à Vida, Fortalecimento da Família, Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. De acordo com o documento Balanço de Gestão 2019-2022 do MMFDH, o objetivo do programa é ampliar o acesso e o alcance das políticas de direitos, com foco no fortalecimento da família, por meio da melhoria da qualidade dos serviços de promoção e proteção da vida desde a concepção, da mulher, da família e dos direitos humanos para todos. (BRASIL, 2025)

A Secretaria de Políticas para as Mulheres, que recebia dotações próprias em anos anteriores a 2019, na condição de Unidade Orçamentária (UO), incorpora-se à administração direta quando da criação do MMFDH e deixa de ser UO. A especificação do montante destinado a cada recorte de política pública e de segmento beneficiado, como o das mulheres, é transferido, portanto, a outras classificações orçamentárias – notadamente Subfunção, Programa, Ação e Subtítulo. A classificação institucional perde esse condão. Além disso, a falta de integração do processo

orçamentário de políticas transversais com os órgãos responsáveis pelas políticas setoriais reduz a transparência orçamentária das ações sob responsabilidade de órgãos que contribuem para alcançar os objetivos da política para mulheres.

Apesar do crescimento contínuo de todas as formas de violência contra a mulher, o Governo Federal não cessou a redução dos recursos investidos no enfrentamento ao problema nos últimos exercícios. O Relatório A Mulher no Orçamento - 2022 aponta que, em 2022, ocorreu a menor alocação de recursos para essa finalidade. Além da reduzida alocação de recursos, verifica-se uma baixa execução orçamentária em relação aos valores autorizados. Em 2019 foram disponibilizados R\$60,35 milhões de orçamento e foram utilizados R\$27,50 milhões. Já em 2022, além da redução drástica de recursos alocados (R\$950 mil), nada foi gasto para (BRASIL,2025).

6. Considerações Finais

O avanço do conservadorismo político e social, associado às mudanças no financiamento da rede de Atenção Primária à Saúde no país, vem ampliando de maneira significativa as desigualdades relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos entre meninas em situação de alta vulnerabilidade social no município de São Paulo. Tal cenário se expressa, sobretudo, pela persistente dificuldade de acesso ao aborto legal, mesmo diante de um marco normativo claro e consolidado.

Correlacionadas às conjunturas políticas nacionais, observam-se ainda barreiras cotidianas impostas aos trabalhadores da saúde, como a dificuldade na efetiva operacionalização de protocolos já existentes, lacunas nos processos de educação permanente em saúde e fragilidades na articulação intersetorial. Esses desafios contribuem para a manutenção de práticas desiguais no cuidado e para a reprodução de formas sutis — porém persistentes — de violência institucional.

Diante desse contexto, entendemos que a notificação da violência sexual, realizada de forma sistemática e organizada nas Unidades Básicas de Saúde, pode constituir um importante disparador de mudanças estruturais necessárias no município. Para além de dar visibilidade a um fenômeno historicamente subnotificado, a notificação contribui para explicitar desigualdades existentes e se apresenta como ferramenta estratégica para subsidiar gestores no monitoramento e na avaliação das Políticas Públicas em vigor.

Nesse sentido, sugerimos, como ação concreta de aprimoramento da prática cotidiana, a inclusão obrigatória do número da ficha de notificação do SINAN no cadastro do sistema municipal de informação da Prefeitura de São Paulo (SIGA), já no momento da abertura do pré-natal de adolescentes entre 10 e 14 anos de idade.

Reconhecemos que se trata de uma medida potencialmente controversa, uma vez que poderá abarcar adolescentes que não se percebem como vítimas de violência e que vivenciam a gravidez de forma positiva. Contudo, ao retirar do profissional da linha de frente a decisão individual sobre a notificação, amplia-se a possibilidade de reduzir vieses decorrentes de julgamentos morais, falhas

formativas e insegurança institucional. Tal estratégia contribui para trazer à esfera do Estado — e da sociedade como um todo — a real dimensão do problema, evidenciando especialmente aquelas meninas que, por ausência de orientação, fragilidade normativa ou desigualdade social, permanecem revitimizadas e submetidas a ciclos persistentes de violência e pobreza, diante de um Estado que, ao não enxergar, também se omite de agir e garantir direitos constitucionalmente reconhecidos há mais de três décadas.

Este estudo buscou avaliar, a partir de dados secundários, o panorama da gestação em adolescentes de 10 a 14 anos em uma das regiões do município de São Paulo. Embora a região norte se mostre bastante representativa, não pode ser considerada como amostra única para a avaliação desse fenômeno em toda a cidade. Ainda assim, os resultados observados mostram-se compatíveis com aqueles descritos na literatura, especialmente no que se refere à expressiva subnotificação da violência sexual nessa faixa etária.

Ressaltamos que foram utilizados exclusivamente dados secundários, sujeitos a atualizações e eventuais ajustes pontuais, os quais, contudo, não teriam impacto significativo sobre as conclusões apresentadas. Destacamos também a ausência de dados provenientes do sistema de saúde suplementar, o que pode implicar sub-representação de segmentos populacionais menos vulneráveis. Ademais, limitações relacionadas a prazo e acessibilidade impediram a realização do linkage entre os bancos de dados do Programa Mãe Paulistana e do SINAN.

Como perspectiva para estudos futuros, consideramos fundamental a ampliação do diálogo com os profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, bem como a avaliação do impacto das ações de educação permanente ofertadas pela Secretaria Municipal de Saúde, especialmente por meio da Área Técnica da Pessoa em Situação de Violência, sobre o cotidiano de trabalho dos Núcleos de Prevenção à Violência.

Por fim, reconhecemos que a elaboração deste estudo reativou inquietações presentes desde os primeiros anos de formação profissional. Revisitar o tema da violência sexual a partir de um olhar mais amadurecido permitiu não apenas sistematizar evidências, mas também refletir sobre propostas de intervenção potencialmente capazes de produzir mudanças concretas. Ainda que este trabalho represente um recorte limitado diante da complexidade do problema, partimos da convicção de que tornar visível aquilo que historicamente se tentou silenciar é passo fundamental para transformar realidades e impactar, de forma efetiva, a vida de centenas — ou mesmo milhares — de meninas e mulheres no município de São Paulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, B.H.K et al. **A legislação sobre o Aborto nos Países da América Latina: uma Revisão Narrativa**. Comunicação em Ciências da Saúde, 2019.

ALMEIDA, R.; COSTA, F. **Adolescência e violência: o problema do reconhecimento**. GTIC Mal-estar na Cultura, n. 15, p. 23-35, 2022. Disponível em: <https://gticmalestar.org>. Acesso em: 30 set. 2025.

ALVES, H. R. **O estado de coisas inconstitucional no cenário de acesso ao aborto legal no Brasil**. NEGUEM, v. 32, n. 2, p. 436-458, 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/53152>. Acesso em: 1 ago. 2025.

ALVES, J. R.; BARBIERI, V. **Adolescence in contemporary society: an integrative literature review**. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 359-381, 2023. DOI: 10.33208/pc1980-5438v0035n02a07.

ANDRADE, B. G. et al. **Apoio social e resiliência: um olhar sobre a maternidade na adolescência**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 35, eAPE03341, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO03341.

ANDRADE, L.M.; BUSTAMANTE, V. **A construção do cuidado na assistência a mulheres em situação de violência doméstica**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 34, 2024.

AQUINO, N. M. R. D. et al. **Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes.** Revista de Saúde Pública, v. 43, n. 6, p. 954-960, 2009. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000068.

ARAUJO, M. F. **Violência e abuso sexual na família.** Psicologia em Estudo, v. 7, n. 2, p. 3-11, 2002.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

BATISTA, K. B. C.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. e00140017, 2018. p. 117-130.

Borgato, N. M.; Oliveira, M. C. F. A. **Quem são as mulheres que engravidam antes dos 20 anos no Brasil? Uma análise dos fatores associados à gravidez na adolescência.** In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, 5., 2012, Montevideo. Anais... Montevideo: ALAP, 2012. Disponível em: <https://files.alapop.org/congreso5/files/pdf/alap_2012_final458.pdf>. Acesso em: 22 de abril de 2025.

BRASIL. **Código Penal.** Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Rio de Janeiro, 1940.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília, DF: Senado Federal, 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília: SPM/PR, 2007. 24 p. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/8536/1/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas.** Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde.** Brasília: MS, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cenário da gravidez na adolescência e dados estratégicos para sua prevenção no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/cenario_gravidez_adolescencia_dados.pdf

BRASIL. Ministério da Educação. Por que adolescências no plural? *Perguntas Frequentes – Escola das adolescências*, 12 nov. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/acesso-a->

informacao/perguntas-frequentes/escola-das-adolescencias/escola-das-adolescencias/por-que-adolescencias-no-plural. Acesso em: 10 de abril de 2025

BRASIL. As Nações Unidas no Brasil. **Violência contra a mulher custa US\$ 1,5 trilhão ao mundo, alerta ONU no Dia Laranja.** As Nações Unidas no Brasil, 25 maio 2017. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/76647-viol%C3%Aancia-contramulher-custa-us-15-trilh%C3%A3o-ao-mundo-alerta-onu-no-dia-laranja>. Acesso em: 18 de abril de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 106 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.

Acesso em: 10 de outubro de 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 12/2022–SAPS/MS. **Dispõe sobre questões operacionais do Programa Previne Brasil.** Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-no-12-2022-saps-ms.pdf>.

Acesso em: 10 de outubro de 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493 de 10 de abril de 2024. Altera disposições relativas ao financiamento da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1. Brasília, DF, 11 abr.2024. Disponível em: https://cosemspi.org.br/wp-content/uploads/2024/04/PORTARIA-GM_MS-No-3.493-DE-10-DE-ABRIL-DE-2024-DOU-Imprensa-Nacional.pdf. Acesso em: 16 de outubro de 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Revisão de políticas públicas para equidade de gênero e direitos das mulheres.** Brasília, DF: TCU, 2023. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/publicacoes-institucionais/livro/revisao-de-politicas-publicas-para-equidade-de-genero-e-direitos-das-mulheres>. Acesso em: 20 de outubro de 2025.

CARDOSO, A. S. et al. **Casamento infantil no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 417-426, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022272.41692020.

CECAGNO, S. U. et al. **Fatores obstétricos relevantes na adolescência**. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 24, n. 3, p. 197-202, 2020.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da Violência 2023**. Brasília: IPEA; FBSP, 2023.

CRUZ, M. A. et al. **Repercussões do abuso sexual vivenciado na infância e adolescência**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1369-1380, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.02862019.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. **Violência: um problema global de saúde pública**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

DIAS, L. B.; PRATES, L. A.; CREMONESE, L. **PERFIL, FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 20, n. 1, 2021. DOI: 10.36925/sanare. v20i1.1555. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1555>. Acesso em: 30 de março de 2025.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. **National abortion survey – Brazil, 2021**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 6, p. 1601-1606, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023286.01892023.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L et al. **Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática**. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. e190164, 2020.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. **Notificação da violência infantil na Atenção Primária**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 83-92, 2018.

FAÚNDES, A.; DUARTE, G. A.; OSIS, M. J. D. **Conscientious objection or fear of social stigma**. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 123, p. S57-S59, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, M. C. O.; PORTO, L. A. **Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 3, p. 831-841, 2000.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da situação da população mundial 2022**. Genebra: UNFPA, 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF); FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil (2021–2023)**. [S.l.]: UNICEF Brasil, out. 2021. Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contras-adolescentes-no-brasil.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2025

GUIMARÃES, S. P., & CAMPOS, P. H. F. Norma social violenta: um estudo da representação social da violência em adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 2007. 188–196. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722007000200003>

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental: municípios das capitais: 2009/2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. 189 p. (Coordenação de População e Indicadores Sociais). ISBN 978-85-240-4538-7.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2024**. Rio de Janeiro: IBGE; 2026. 113 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102266.pdf>

MALTA, D. C. MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. *Interface-Comunicação, saúde, educação*, v. 14, p. 593-606, 2010.

MENDONÇA, C. S.; MACHADO, D. F.; ALMEIDA, M. A. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. **Violência na atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2247–2257, 2020.

MERHY, E.E. et al. **Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde**. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 70-83, 2020.

MORAES FILHO, O. B. **Aborto: classificação, diagnóstico e conduta**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2018. (Protocolo FEBRASGO – Obstetrícia, n. 21, Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

NJÁINE, K; GRÜDTNER DA SILVA, A. C. L.; RODRIGUES, A. M. M.; GOMES, R.; DELZIOVO, C. R. **Violência e perspectiva relacional de gênero**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Ministério da Saúde, 2014. 84 p. Disponível em: <https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Genero.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2025

NILSON, T. V. et al. **Gravidez não planejada no Brasil: estudo nacional em oito hospitais universitários**. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 57

Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004449>. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004449>. Acesso em 20 de maio de 2025.

OLIVEIRA, A.P.G; CAVALCANTI, V.R.S. **Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas**. RevIsta. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 39-51, abr. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2. ed. Genebra: OMS, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe mundial sobre a violência e a saúde**. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **INSPIRE: Seven Strategies to ending violence against children**. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/55d8366c-91e9-4afd-8a05-538a0f08ad57/content> Acesso em: 18 de maio de 2025

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Violence against women**. Washington, DC: PAHO/WHO, 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 25 de maio de 2025.

PEIOERT, J. F.; MADDEN, T.; ALLSWORTH, J. E.; SECURA, G. M. **Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception**. Obstetrics & Gynecology, v. 120, n. 6, p. 1291–1297, dez. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000282/>. Acesso em: 17 de abril de 2025.

PENSO, M.A et al. **O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde**. Temas em Psicologia, v. 18, n. 1, p. 137-152, 2010.

PEREIRA A.S.F., SOUZA, C.F. **A mulher negra na perspectiva da representação da mulata do ziriguidum**. Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade. V.11, p.1-15, 2025

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Cartilha Violência Sexual**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/cartilhaviolencia.pdf>. Acesso em: 25 de julho de 2025

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Portaria SMS nº 383, de 27 de junho de 2022. Dispõe sobre a atuação dos profissionais que compõem os Núcleos de Prevenção da Violência (NPV) dos estabelecimentos de saúde vinculados à Secretaria Municipal da Saúde**.

São Paulo, 28 jun. 2022. Publicada no Diário Oficial da Cidade. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-383-de-27-de-junho-de-2022>. Acesso em: 26 de julho de 2025

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Primeiros resultados ISA Capital 2024** [Internet]. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2024. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/primeirosresultados2024> Acesso em: 10 de abril de 2026

RADFORD, L.; ALLNOCK, D.; HYNES, P. **Promising programmes to prevent and respond to child sexual abuse and exploitation**. [S.l.]: UNICEF, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/66741/file/Promising-programme-responses.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2025

RAMOS A.S, RABELO K.S. **A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NAS IMPLICAÇÕES DO ABUSO SEXUAL E PSICOLÓGICO E O DESAFIO NA DENÚNCIA DAS VÍTIMAS**. Revista FT, São Paulo, v. 29, n. 140, 22 nov. 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/a-violencia-domestica-nas-implicacoes-do-abuso-sexual-e-psicologico-e-o-desafio-na-denuncia-das-vitimas/>. Acesso em: 22 maio de 2025.

REDE NOSSA SÃO PAULO. **Mapa da desigualdade 2024**. São Paulo: Rede Nossa São Paulo, 2024. Disponível em: https://nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2025/02/Mapa-da-Desigualdade_2024.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2025.

RESOLUÇÃO CFM nº 2.378 de 21 de março de 2024. **Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 abr. 2024, p. 92.

RESOLUÇÃO CFM nº 2.232 de 16 de setembro de 2019. **Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 de jul.2019, p.113-4

RODGERS, Y. V. M.; Coast, E.; Lattof, S. R.; Poss, C.; Moore, B. **The macroeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the costs and outcomes**. *PLoS One*, San Francisco, v. 16, n. 5, e0250692, 6 maio 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0250692.

RUSCHEL, A. E. et al. **Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do aborto legal**. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, n. 10, e00105022, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT105022.

SILVA, A. C. **Linhas de cuidado em saúde: conceitos e organização dos fluxos assistenciais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/55d8366c-91e9-4afd-8a05-538a0f08ad57/content>. Acesso em: 18 de junho de 2025.

SILVA, E. B. da; PADOIN, S. M. de M.; VIANNA, L. A. C. **Mulheres em situação de violência: limites da assistência**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 249–258, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21202013>. Acesso em: 18 de maio de 2025

PEREIRA, S. et al. **Avaliação de intervenção para aprimorar a resposta da Atenção Primária à Saúde ao cuidado de casos de violência doméstica contra a mulher-São Paulo, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, p. e02982024, 2024.

TAQUETTE, S. R. et al. **The invisible magnitude of the rape of girls in Brazil**. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 103, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003439.

TAYLOR A., LAURO G., SEGUNDO M., GREENE M., Ela vai no meu barco. Resultados de pesquisa de estudo misto. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://promundo.org.br/wp-content/uploads/2025/06/Ela-vai-no-meu-barco-Casamento-na-infancia-e-Adolescencia-no-Brasil-PT.pdf>

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da população mundial 2022: vendo o invisível: em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional**. Nova York: UNFPA; Escritório do UNFPA no Brasil, 2022. 156 p. ISBN 978-65-87917-07-8. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2022-ptbr-web.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2025.

VEIGA, M. V. A.; LOYOLA, V. M. Z. **Escolher é ser escolhida: meninice, pobreza e casamento infantil no Brasil**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 36, e36nspe18, 2020.

VIGANO, S.M.M.; LAFFIN, M.H.L.F. **Mulheres, políticas públicas e combate à violência de gênero**. *História (São Paulo)*, v. 38, p. e2019054, 2019.

ANEXOS

1. PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO DEPARTAMENTO



Credenciamento: Decreto Federal Nº 52005, de 15/05/1963 - D.O.U. 16/05/1963
 Recredenciamento: Portaria MEC Nº 712, de 26/07/2018 - D.O.U. 27/07/2018

Parecer Nº 33/2025

São Paulo, 15 de outubro de 2025

Título do Projeto: "Gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos na região norte do município de São Paulo: uma descrição a partir de dados secundários de saúde"

Pesquisador principal: LIGIA SANTOS MASCARENHAS

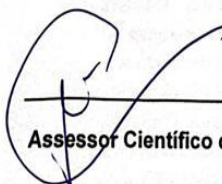
A Comissão Científica do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP - avaliou o projeto supracitado do ponto de vista científico e metodológico e apresenta a seguinte conclusão:

☒ **Aprovado**
☐ **Não aprovado.**

No caso de aprovação pela chefia departamental e se a pesquisa envolver qualquer uma das condições abaixo o projeto deve ser obrigatoriamente adequado às seguintes necessidades:

- ☐ Envolve biodiversidade brasileira, devendo ser registrado no SISGEN
- ☐ Envolve seres humanos, devendo ser submetido ao CEP
- ☐ Envolve animais transgênico, plasmídeos ou cultura celular primária, devendo ser submetido à Comissão Interna de Biossegurança
- ☐ Envolve alunos, professores ou funcionários da FCMSCSP, como indivíduos de pesquisa, devendo apresentar autorização da Diretoria de curso, ou Diretoria da Faculdade.

Considerações: *... não envolve nenhuma das situações anteriores.*


 Assessor Científico da Área


 Prof. Paulo Artur Malvasi
 Chefe do Depto. Saúde Coletiva
 FCMSCSP

2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA COORDENADORIA REGIONAL NORTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE

REMETENTE: Coordenadoria Regional de Saúde Norte	MEMO Nº: 036/2025 DIRETORIA	DATA: 07/07/2025
DESTINATÁRIO: SMS – Comitê de Ética em Pesquisa - CEP	ASSUNTO: "Violência sexual e gravidez na adolescência na região norte do município de São Paulo: uma descrição a partir dos dados de saúde", da pesquisadora, Ligia Santos Mascarenhas, para avaliação.	

Sr. Coordenador:

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado, "Violência sexual e gravidez na adolescência na região norte do município de São Paulo: uma descrição a partir dos dados de saúde", sob a responsabilidade da pesquisadora, Ligia Santos Mascarenhas, projeto de pesquisa do programa de mestrado profissional da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, na área de Saúde Coletiva, tendo com orientadora a Profa. Dra. Karina Barros Calife Batista.

Declaro ter ciência de que o presente projeto tem como objetivo, estimar o tamanho da subnotificação de casos de violência sexual entre adolescentes de 10 a 14 anos residentes na região norte do município de São Paulo e tentar inferir esses dados para estimar uma média em todo município. identificar, se o tipo de serviço de saúde ofertado para as adolescentes de 10 a 14 anos, que foram notificadas como vítimas de violência sexual, está de acordo com o que é preconizado pelas Diretrizes e Protocolos Municipais de atendimento.

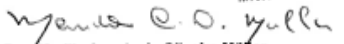
A metodologia de estudo é do tipo quantitativo retrospectivo descritivo em que serão avaliados, as informações do ano de 2024, registradas no SINAN (data da notificação, UF atendimento), município (atendimento), unidade de saúde com CNES (atendimento), data da ocorrência da violência, data nascimento, idade, sexo, raça/cor, escolaridade, número do CNS, UF residência, município de residência, distrito residência, bairro ocorrência, zona ocorrência, hora ocorrência, local ocorrência, motivação, tipo, meio, se violência sexual, qual tipo?, procedimento realizado, encaminhamento) com linkage entre informações do SIGA SAÚDE, SINASC e Mãe Paulistana, fornecidas por meio de solicitação para os setores responsáveis da Secretaria Municipal de Saúde.

A CRS – Norte será apenas a unidade territorial de estudo, compreendendo, portanto, os casos identificados de acordo com os objetivos propostos.

Contamos com a colaboração de todos para a realização da pesquisa e dos pesquisadores para a busca do agendamento dos procedimentos em conformidade com os trabalhos da unidade de saúde, e com as diretrizes éticas em pesquisa.

Dessa forma manifesto minha anuência, e emito essa declaração virtual, para ser inserida pelas pesquisadoras na Plataforma Brasil e subsequente apreciação no CEP da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Dra. Marília Arruda de O. Müller
Coordenadora Regional de Saúde Norte
Coordenadora Substituta
RF. 006.155-4



Dra. Marília Arruda de Oliveira Müller
Coordenadora Regional de Saúde Norte (Substituição)
SMS/CRS-Norte


Dr. Oziris Simões
Assessoria Técnica
CRS-Norte

MAOM/moss