



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO DE REVISÃO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Violência sexual contra crianças: gestação e o acesso ao aborto legal no Distrito Federal

Sexual violence against children: pregnancy and access to legal abortion in the Distrito Federal

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1851

ARK: 57118/JRG.v8i18.1851

Recebido: 16/01/2025 | Aceito: 29/01/2025 | Publicado *on-line*: 31/01/2025

Larissa Vitória Maciel Monte¹

<https://orcid.org/0009-0004-3572-4284>

<http://lattes.cnpq.br/5510793631482686>

Escola de Saúde Pública, Distrito Federal, Brasil

E-mail: larissavit.maciел@gmail.com

Alexandra de Souza Trivelino²

<https://orcid.org/0000-0001-7001-6778>

<http://lattes.cnpq.br/8007512024546123>

Secretaria de Estado de Saúde e Escola de Saúde Pública, Distrito Federal, Brasil

E-mail: trivelino@yahoo.com.br

Lígia Maria Carlos Aguiar³

<https://orcid.org/0000-0002-8924-3652>

<http://lattes.cnpq.br/0249508216510186>

Secretaria de Estado de Saúde, Distrito Federal, Brasil

E-mail: ligia9maria@gmail.com



Resumo

Este estudo analisou o acesso de crianças gestantes ao Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei (PIGL) do Distrito Federal no período de 2021 a 2023. Mediante um estudo retrospectivo, descritivo, desenvolvido por meio de uma pesquisa de análise quantitativa e mediante revisão de literatura e análise de dados secundários, obteve-se como resultado a confirmação de que o acesso de crianças ao Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei no Distrito Federal não acompanha as estatísticas de notificação de estupro e de nascidos vivos de parturientes nesta faixa etária. Como resultado, observou-se que 34 crianças acessaram o PIGL no período estudado, em contraponto, houve 292 partos de meninas da mesma idade e 975 estupros registrados. A pesquisa ainda demonstrou que é necessário discutir a ampliação do acesso de meninas gestantes de uma situação de violência sexual às informações sobre seus direitos, de forma a promover o direito de acesso à informação, bem como uma maior divulgação do Programa e capacitação dos profissionais de saúde e dos que atuam na rede de proteção à infância.

Palavras-chave: Violência Sexual. Saúde da Criança. Aborto. Direitos Sexuais e Reprodutivos.

¹ Assistente Social pela UnB e Residente no Programa Multiprofissional em Saúde da Criança pela Escola de Saúde Pública do DF.

² Assistente Social, Mestre em Política Social pela UnB, atua no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL) da SES/DF e na Coordenação de Atenção Psicossocial na Universidade de Brasília.

³ Enfermeira (ESCS- DF), Mestre em Saúde Coletiva pela UnB, atua no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL) da SES/DF.

Abstract

This study analyzed the access of pregnant children to the Pregnancy Interruption Program Predicted by Law (PIGL) of the Federal District in the period from 2021 to 2023. Through a retrospective, descriptive study, developed through quantitative analysis research, through a literature review and analysis of secondary data, the result was confirmation that children's access to the Pregnancy Interruption Program provided for by law in the Federal District does not follow the statistics of rape and live births of women in this age group. As a result, it was observed that 34 children accessed the PIGL during the studied period, in contrast, there were 292 births of girls of the same age and 975 recorded rapes. The research also demonstrated that it is necessary to discuss the expansion of access for pregnant girls in a situation of sexual violence to information about their rights, in order to promote the right of access to information, as well as greater dissemination of the Program and training of health professionals. health and those who work in the child protection network.

Keywords: *Sexual Violence. Child Health. Abortion. Sexual and Reproductive Rights.*

1. Introdução

A violência é um fenômeno multifacetado que atinge diversas pessoas em todo o País e que possui raízes nas estruturas sociais, econômicas, políticas e culturais, baseada em uma relação de desigualdade e poder. Conforme Minayo (2006), a violência não é uma, é múltipla e se apresenta ora como manifestação da dinâmica e trajetória de uma sociedade, ora como fenômeno específico que se destaca e influencia essa mesma dinâmica social, interferindo fortemente na saúde. A violência também é resultante das relações, da comunicação e dos conflitos de poder. Entre as formas mais categóricas de violência no Brasil, que pode-se chamar estrutural e “estruturante” pelo seu grau de enraizamento, estão os níveis elevados de desigualdade social, de gênero e racial que persistem historicamente e de onde se desdramatizam outras expressões, como a violência sexual (Minayo, 2006). De acordo com a Lei Maria da Penha (2006):

a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; (Brasil, 2006)

Ao analisar eventos violentos, entende-se que se referem a lutas pelo poder, conflitos de autoridade e domínio, posse e anulação do outro ou de seus bens. (Minayo, 2006) Sob a perspectiva do conceito amplo de saúde trazido pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (Brasil, 1990), que alarga a análise para além da ausência de doenças, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Ministério da Saúde, 2005) define que a violência é considerada um agravo na saúde.

No que tange às crianças e adolescentes, conforme Faleiros, antes do século XX, as crianças eram vistas como adultos em miniatura, sem o devido reconhecimento acerca da responsabilidade do Estado e da família em protegê-las de qualquer forma de exploração e negligência, como é entendido nos dias de hoje, em decorrência do desenvolvimento dos estudos que proporcionaram o entendimento desse público de

acordo com suas especificidades. Desse modo, antes da Constituição Federal de 1988, nos primeiros anos da República, a questão “criança e adolescente” era considerada apenas uma questão de higiene pública e de ordem social, sem levar em conta as especificidades de um ser em desenvolvimento (Faleiros, 2005).

Hoje, com o desenvolvimento dos aparatos legais que resguardam crianças e adolescentes, é possível entender sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Além disso, como assinalado em Faleiros e Faleiros (2001), é preciso enxergar através da ótica que leva em conta o contexto desigual, machista e autoritário que caracteriza a sociedade brasileira, partindo do pressuposto de que as relações de poder se definem como uma relação em que a força é exercida, de forma desigual, com o objetivo de se manter em suas diferentes formas.

No que tange à violência sexual contra crianças e adolescentes, pode-se dizer que é conceituada como “a violação dos direitos sexuais, no sentido de abusar ou explorar do corpo e da sexualidade de crianças e adolescentes, podendo ser classificado em abuso sexual (extra ou intrafamiliar) ou exploração sexual”(Brasil, 1990). Também pode ser definida como todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, utilizá-los para obter satisfação sexual, independentemente se é uma relação hétero ou homossexual, cujos agressores geralmente estão em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que o da vítima (Ministério da Saúde, 2006).

Nesse sentido, entre os crimes contra a dignidade sexual, o estupro é tipificado pelo Código Penal (Brasil, 1940) como o 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. Ainda na mesma legislação, o artigo 217 define que a conjunção carnal ou a prática de outro ato libidinoso com pessoas menores de 14 anos configura “estupro de vulnerável”, sendo a gestação decorrente deste crime passível de interrupção legal.

De acordo com o 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024), no Brasil corre 1 estupro a cada 6 minutos, contabilizando 83.988 vítimas de estupro e estupro de vulnerável, sendo 88,2% das vítimas de estupro eram do sexo feminino, enquanto os estupros de vulneráveis representaram 76% dos casos, de modo geral, demonstrando a predominância desse crime contra crianças e adolescentes. No ano de 2021, dentre as vítimas de 0 a 17 anos, 48,7% tinham entre 10 e 14 anos de idade e, em 2022, esse percentual subiu para 58%. Além disso, conforme Informe Epidemiológico do Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências - NEPAV (SES/DF 2021), no Distrito Federal, apenas no ano de 2021, foram notificados 233 casos de estupro de pessoas do sexo feminino com idade entre 10 e 14 anos, sendo este o tipo de violência sexual mais frequente entre os casos notificados de violência sexual em todas as faixas etárias. As demais violências sexuais são o assédio sexual, a pornografia infantil e a exploração sexual.

Sabe-se que uma violência na infância pode interferir em todos os campos da vida do indivíduo, podendo repercutir em uma reprodução da violência, no afastamento familiar, no sofrimento psicológico, dentre outros (MPDFT, 2015). Nesse sentido, acredita-se que a gestação proveniente da violência sexual contra crianças é um agravo da violência e pode estar conjugada a outros tipos de violência que cerceem os direitos das mesmas.

Em contraste, no Brasil existem diversas leis que resguardam os direitos de crianças e adolescentes, a exemplo do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) que, em seu artigo 4º, define:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (Brasil, 1990)

Ainda visando à proteção integral das crianças, o art. 5º do ECA (Brasil, 1990) afirma que: “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.” Desse modo, é possível afirmar que a alta incidência de tal crime no Distrito Federal fere de forma direta e indireta os direitos mencionados.

No que cerne aos direitos que abrangem a proteção das crianças e adolescentes, relacionando-se com a questão da gestação nessa fase da vida, deve-se considerar que o artigo 128 do Código Penal (Brasil, 1940) define que não se pune o aborto praticado por médico nos casos em que não há outro meio de salvar a vida da gestante, quando há gravidez resultante de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Nesse sentido, a Resolução nº 1, de 1996, do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF, 1996), aprovou a criação do Serviço Multiprofissional de Assistência Integral à Mulher, para realização de aborto, nos casos previstos em lei, no então Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), atualmente denominado Hospital Materno Infantil de Brasília Dr. Antônio Lisboa (HMIB).

O serviço de referência no Distrito Federal está localizado, portanto, unicamente no HMIB, sendo o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL) um serviço especializado, responsável por acolher pessoas que estão gestantes em decorrência de uma violência sexual. Este serviço presta acolhimento às referidas vítimas, oferecendo atendimento multidisciplinar e interprofissional, contando com equipe composta por assistente social, enfermeira, médicas e psicóloga. Os demais permissivos dispostos no Código Penal Brasileiro e na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54/2012 (STF, 2012), quais sejam risco de vida à pessoa gestante e anencefalia, respectivamente, são executados por outros setores do nosocômio.

No PIGL, a assistência é prestada sob a perspectiva da garantia de direitos humanos e de direitos sexuais e reprodutivos. Desse modo, são orientadas as alternativas legais diante de uma gestação decorrente de violência sexual: o direito de prosseguir com a gestação para entrega legal à adoção ou para vinculação à família, ou a interrupção. (Brasil, 2012). Posto que, conforme legislação, relações sexuais com crianças e adolescentes de até 14 anos são consideradas estupro de vulnerável, todas as gestantes com até 14 anos atendem aos critérios legais para interrupção gestacional.

Apesar de a interrupção não ser uma obrigatoriedade, é importante que a criança e seus responsáveis legais sejam direcionados ao Programa, pois acessar o serviço de atendimento em saúde para essa finalidade não significa necessariamente interromper a gestação, mas usufruir do direito de escolha, a partir da ciência acerca de todas as opções legais diante de uma gestação decorrente de violência sexual. Assim, é possível que a sobrevivente da violência sexual e seus responsáveis acessem as informações necessárias para fundamentar uma decisão autônoma e consciente. Desse modo, a chegada ao PIGL pode ser considerada como uma

oportunidade para obter informação qualificada acerca desse direito, com vistas ao exercício da autonomia - conforme os preceitos da bioética em saúde.

Posto isso, entende-se a relevância da análise do fenômeno da violência sexual contra meninas no DF, a quantidade de partos relacionados a essa violência e o acesso das crianças gestantes ao PIGL, levando em conta o perfil sociodemográfico e socioeconômico, com vistas a avaliar a garantia dos direitos dessa população em um contexto de sobrevivência à reconhecida violência a qual tenham sido submetidas, com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos, no direito à proteção integral e, conseqüentemente na promoção da saúde, evidenciando a importância de um sistema de garantia de direitos bem estabelecido.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, de tipo retrospectivo descritivo, cuja descrição foi pautada na análise de dados epidemiológicos do Distrito Federal, referentes ao número de nascidos vivos de parturientes entre 10 e 14 anos; às notificações de estupro contra crianças entre 10 e 14 anos; e da estatística interna do PIGL, abrangendo a mesma faixa etária, referentes aos anos de 2021 a 2023.

Para tratar sobre este público, vale ressaltar que existem divergências quanto à definição da idade exata para a conceituação de “criança”. De acordo com o ECA (Brasil 1990), é considerada criança a pessoa com até doze anos de idade incompletos. Conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC (Brasil, 2015), considera-se criança a pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos e, para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, contempla crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos. Considerando a pauta da violência sexual e sua definição pelo Código Penal⁹, que tipifica o estupro de vulnerável como “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos” a definição de criança nesta pesquisa foi considerada como o indivíduo de até 14 anos. Já o mínimo de idade analisado, 10 (dez) anos, foi definido com base na idade reprodutiva mínima estabelecida pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2004), tendo em vista que o público alvo são gestantes na faixa etária em questão.

A presente pesquisa se desenvolveu obedecendo as seguintes etapas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 78093624.9.0000.5553): solicitação dos dados necessários via Lei de Acesso à Informação (LAI); coleta de dados por meio de verificação dos dados epidemiológicos disponibilizados publicamente ou fornecidos pela estatística interna do serviço, tabulação dos dados, análise dos dados, discussão e conclusão dos resultados.

A participação na pesquisa ocorreu de forma indireta, compreendendo dados secundários acerca de crianças de 10 a 14 anos de idade no período indicado. A base de dados para coleta foi a estatística interna do PIGL, utilizada pelo fato do único sistema disponível para extração de dados consolidados ser o sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF), por meio dos boletins e informes epidemiológicos do NEPAV.

Além da estatística interna do cenário de estudo, foram analisados dados públicos, disponíveis em meios institucionais de divulgação da SES/DF ou disponibilizados por meio da Lei de Acesso à Informação. Os dados analisados foram: número de nascidos vivos de genitoras com idade entre 10 e 14 anos, por meio dos dados da sala de situação do sítio eletrônico Infosaúde do Distrito Federal, da SES DF; quantidade de notificações de estupro entre crianças de 10 a 14 anos de idade, solicitados por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI) nº 12.527 e acessados

através de Boletim Epidemiológico publicado pelo NEPAV - SES (DF); o número de crianças que acessaram o PIGL e seus perfis sociodemográfico e socioeconômico foram examinados através da estatística interna do serviço. Tal estatística consiste em uma planilha elaborada e implantada pela equipe do PIGL, a partir de 2020, dada a ausência de um espaço oficial nos bancos de dados institucionais, sendo alimentada com todos os atendimentos do serviço, contendo tais variáveis das pessoas que acessam o serviço: idade; raça/cor; região administrativa; renda familiar aproximada e desfecho.

Por sua vez, a análise de dados foi realizada com o auxílio do Microsoft Excel Office. Os dados de identificação não foram acessados, a fim de garantir o anonimato e o sigilo dos dados das pacientes, sendo analisado apenas o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos eventos analisados: violência sexual, gestação decorrente de violência e acesso ao PIGL.

Como parte da análise do perfil sociodemográfico, está a distribuição territorial das sobreviventes de violência sexual atendidas pelo PIGL no referido período. Desta forma, considerou-se que o DF é regionalizado em sete regiões de saúde: Região Central (Plano Piloto- Asa Norte, Asa Sul, Vila Telebrasília, Vila Planalto e Noroeste - ; Lago Norte, Lago Sul Cruzeiro, Sudoeste/ Octogonal e Varjão) Região Centro Sul (Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento-SIA, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento-SCIA); Região Oeste (Ceilândia, Sol Nascente/ Pôr do Sol, Brazlândia); Região Sudoeste (Taguatinga, Águas Claras, Arniqueiras, Vicente Pires, Samambaia e Recanto das Emas); Região Norte (Sobradinho I, Sobradinho II, Fercal e Planaltina); Região Leste (Paranoá, Jardim Botânico, Itapoã e São Sebastião); Região Sul (Gama e Santa Maria). (Sousa, 2022) (Gottems et al, 2017).

Com base na epistemologia do materialismo histórico e dialético, os dados foram objeto de reflexão na etapa de análise, correlacionando-os à luz do sistema de garantia de direitos, do princípio do acesso à saúde pública e dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado. A análise crítica foi realizada com base na teoria do "materialismo histórico-dialético", formulada por Marx, em relação à realidade. Compreende-se que a ideia de realidade é dinâmica, não estática, e em movimento de contradição. Marx parte do ideal da materialidade da existência humana e acredita que há um contínuo e incessante processo de construção e desconstrução, elucidando a visão crítica (Netto, 2011).

Desse modo, para utilizar esse método, é importante compreender que vivemos em uma sociedade cujas relações sociais são estruturadas por um modo de produzir e reproduzir a vida forjados no patriarcado-racismo-capitalismo, caracterizado por arranjo histórico econômico desigual. Nesse sentido, a construção histórica dos fenômenos e sua relação com o sistema de produção e reprodução torna-se um fator relevante para a análise de questões sociais. Destarte, a teoria em questão será utilizada como intermédio para a compreensão e apreensão da realidade. "Assim, a teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador – é o real reproduzido e interpretado no plano ideal." (Netto, 2011). Portanto, fundamentar a análise crítica com base em tal teoria, trazendo à luz quantitativos passíveis de comparação, possibilitou reflexões acerca do objetivo do estudo.

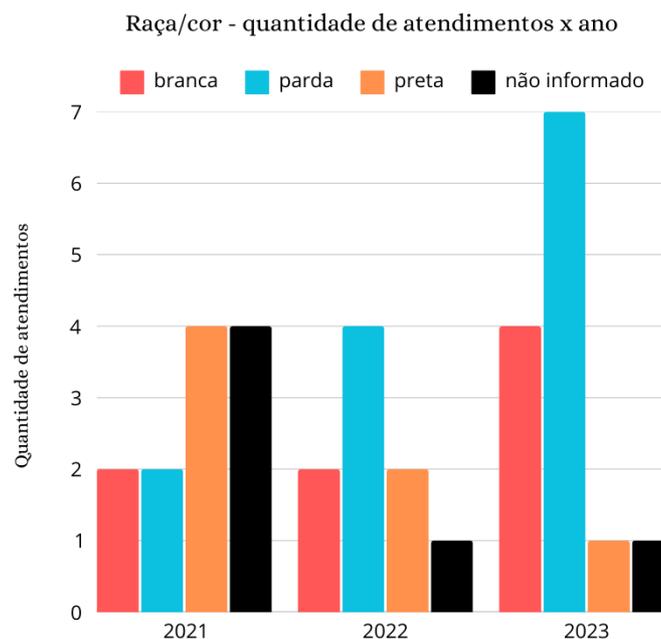
3. Resultados

Conforme Informativos Epidemiológicos de Violência Interpessoal e Autoprovocada publicados pelo NEPAV (SES/DF, 2021) no ano de 2021 e dados disponibilizados via Lei de Acesso à Informação (Brasil, 2011) acerca dos anos de 2022 e 2023, o NEPAV recebeu notificação de 975 (novecentos e setenta e cinco) casos de estupro na faixa etária adotada para fins desta pesquisa. Entre 2021 e 2023, o número de nascidos vivos de genitoras residentes no DF com idade entre 10 e 14 anos foi de 292 (duzentos e noventa e dois), sendo 109 (cento e nove) no ano de 2021, 84 (oitenta e quatro) no ano de 2022 e 99 (noventa e nove) no ano de 2023, conforme dados da sala de situação do sítio eletrônico da SES DF (2025), enquanto 34 (trinta e quatro) meninas acessaram o PIGL no referido intervalo de tempo.

No período analisado, o PIGL não atendeu meninas nas idades de 10 e 11 anos. Foram acolhidas meninas nas idades de 12, 13 e 14 anos, havendo uma distribuição diferente de idade em cada ano, sem padrão. No ano de 2021, mais meninas de 12 anos chegaram ao programa, sendo 6 (seis) atendimentos de crianças de 12 anos, 5 (cinco) de 13 anos e 1 (um) de 14 anos. No ano de 2022, o padrão mudou para uma maioria de meninas com 13 anos, sendo 3 (três) crianças de 12 anos, 6 (seis) de 13 anos e 0 (zero) de 14 anos. Enquanto isso, em 2023, mais meninas com 14 anos conseguiram acesso ao programa, havendo 2 (dois) atendimentos de crianças de 12 anos, 4 (quatro) de 13 anos e 7 (sete) de 14 anos. Ao somar todos os anos, a idade de maior predominância a acessar o programa foi 13 anos, somando 15 (quinze) atendimentos (gráfico 1).

Ainda de acordo com o gráfico 1, em comparação aos 34 atendimentos realizados pelo programa para a faixa no período em questão e, conforme sala de situação em sítio do Infosáude do DF (SES/DF, 2025), outras 258 (duzentos e cinquenta e oito) meninas tinham o direito ao acolhimento especializado proporcionado pelo serviço, mas não acessaram, correspondendo a um acesso de 11,64%.

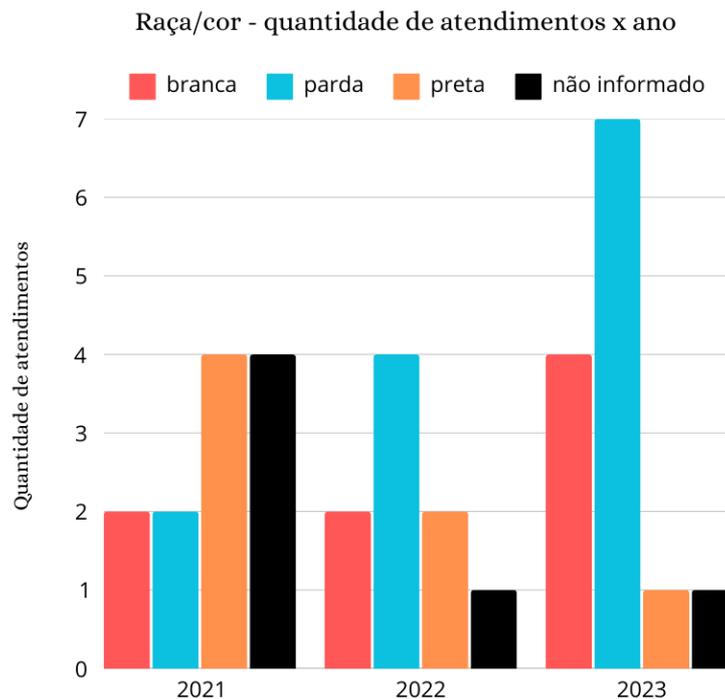
Gráfico 1 - Quantidade de atendimentos por idade em cada ano (2021 a 2023).



Fonte: estatística interna PIGL. Das autoras (2024).

Em relação ao perfil das pacientes acolhidas, no que se refere ao quesito raça/cor, no ano de 2021, foram atendidas 2 (duas) crianças autodeclaradas como “brancas”, enquanto outras 2 (duas) autodeclaradas como “pardas” e 4 (quatro) como “pretas”; 4 (quatro) não informaram. Em 2022, 2 (duas) crianças autodeclaradas como “brancas” acessaram o programa, 4 (quatro) “pardas” e 2 (duas) “pretas”, enquanto 1 (uma) não informou. Já no ano de 2023, 4 (quatro) se autodeclararam como da raça/cor “branca”, 7 (sete) como “pardas”, 1 (uma) como “preta” e 1 (uma) não informou. Desse modo, no somatório de todos os anos, a maioria das meninas que chegaram ao PIGL no período analisado se autodeclararam pardas, totalizando em 13 atendimentos (gráfico 2).

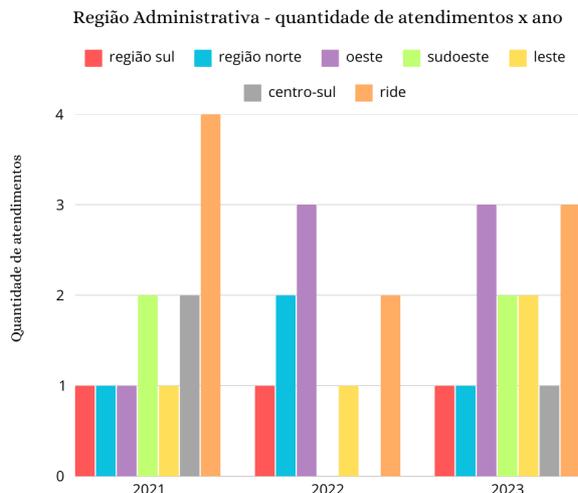
Gráfico 2 - Quantidade de atendimentos por raça/cor em cada ano (2021 a 2023).



Fonte: estatística interna PIGL. Das autoras (2024).

A quantidade de atendimento no ano de 2021 por região administrativa foi: 1 (um) da região sul; 1 (um) da região norte; 1 (um) da região oeste; 2 (dois) da região sudoeste; 1 (um) da região leste; 2 (dois) da região centro-sul e 4 (quatro) da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF). Já no ano de 2022, houve: 1 (um) atendimento da região sul; 2 (dois) da região norte; 3 (três) da região oeste; 0 (zero) da região sudoeste; 1 (um) da região leste; 0 (zero) da região centro-sul e 2 (dois) da RIDE-DF. Enquanto isso, no ano de 2023 foram: 1 (um) atendimento da região sul; 1 (um) da região norte; 3 (três) da região oeste; 2 (dois) da região sudoeste; 2 (dois) da região leste; 1 (um) da região centro-sul e 3 (três) da RIDE-DF. (gráfico 3). Em 2021, a maioria dos casos foram da RIDE (4), enquanto em 2022 foi da região oeste (3) e em 2023, região oeste (3) e RIDE (3).

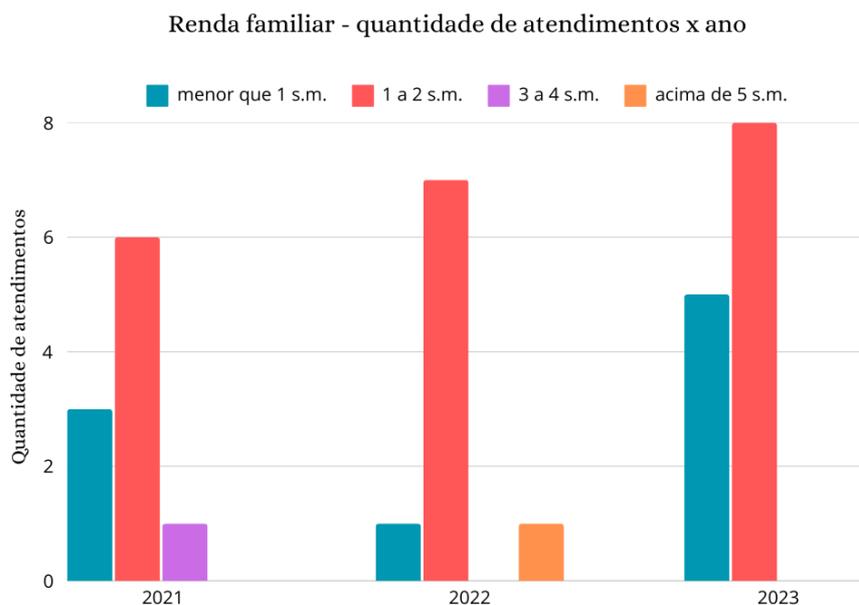
Gráfico 3 - Quantidade de atendimentos por região administrativa em cada ano (2021 a 2023).



Fonte: estatística interna PIGL. Das autoras (2024).

Em relação à renda familiar, no ano de 2021 houve: 3 (três) atendimentos a crianças inseridas em famílias com renda menor que 1 salário mínimo; 6 (seis) com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos; 1 (uma) de 3 a 4 salários mínimos; 0 (zero) acima de 5 salários mínimos. Já em 2022 houve: 1 (uma) com renda familiar menor que 1 salário mínimo; 7 (sete) com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos; 0 (zero) de 3 a 4 salários mínimos; 1 (uma) acima de 5 salários mínimos. Enquanto isso, em 2023 houve: 5 (cinco) crianças com renda familiar menor que 1 salário mínimo; 8 (oito) com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos; 0 (zero) de 3 a 4 salários mínimos e 0 (zero) acima de 5 salários mínimos. No somatório de todos os anos, a maioria das vítimas atendidas possuem como renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, totalizando em 21 atendimentos. (gráfico 4)

Gráfico 4 - Quantidade de atendimentos por renda familiar em cada ano (2021 a 2023)

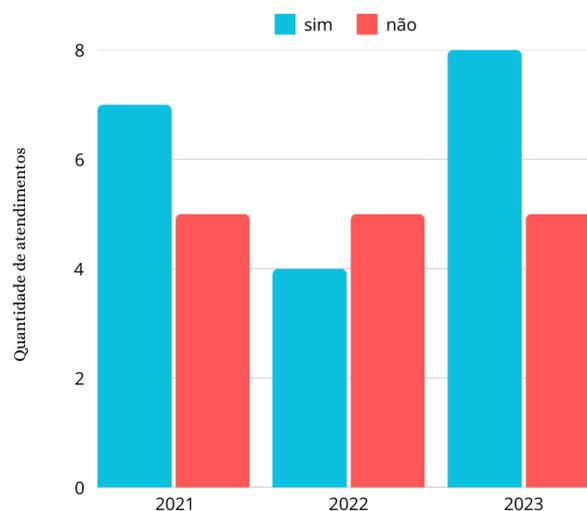


Fonte: estatística interna PIGL. Das autoras (2024).

No que tange o desfecho dos casos dos três anos, das 34 (trinta e quatro) meninas que passaram pelo programa, 19 realizaram a interrupção (55%). No ano de 2021 houve 7 (sete) atendimentos que tiveram como desfecho a interrupção gestacional e 5 (cinco) que seguiram com a gestação. No ano de 2022, 4 (quatro) decidiram pela interrupção, enquanto 5 (cinco) deram continuidade à gestação. Já no ano de 2023, 8 (oito) realizaram a interrupção e 5 (cinco), não (gráfico 5).

Gráfico 5 - Quantidade de atendimentos que seguiram ou não com a gestação em cada ano (2021 a 2023)

Desfecho (seguimento com interrupção gestacional) - quantidade x ano



Fonte: estatística interna PIGL. Das autoras (2024).

Traçando um perfil das pacientes atendidas, em 2021, houve mais meninas de 12 anos, autodeclaradas pretas, quantidade também equivalente ao número de pessoas que não declararam sua raça/cor, residentes da RIDE, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e, em sua maioria, interromperam a gestação.

No ano de 2022, os atendimentos se voltaram, em sua maioria, para meninas de 13 anos, autodeclaradas pardas, da região oeste do DF, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e a maioria não interrompeu a gestação.

Já no ano de 2023, os atendimentos foram, em sua maioria, a meninas de 14 anos, autodeclaradas pardas, da região oeste do DF e da RIDE, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e interromperam a gestação.

4. Discussão

A gestação em menores de idade é um problema complexo que exige uma resposta multifacetada envolvendo educação, saúde, proteção e direitos humanos. No que se refere à saúde reprodutiva, os contextos assimétricos de gênero tendem a ser restritivos para as mulheres e ainda mais adversos para menores de idade. Quando se fala em gênero, refere-se a espaços simbólicos, características e atributos sociais que refletem os comportamentos dos indivíduos de acordo com o sexo biológico (Martins, 2021).

A ênfase em certos atributos acaba oferecendo diferentes oportunidades nos diversos espaços sociais. Tais normas sociais impactam diretamente a saúde

reprodutiva, pois associam a masculinidade a uma sexualidade excessiva e à violência. Esse padrão contribui para o pensamento de que os homens têm o direito de controlar os corpos e a vida das mulheres, se assim desejarem, algo que se manifesta no dia a dia por meio de violência doméstica, feminicídio, assédio e entre outros (Martins, 2021).

Adiciona-se ao aspecto da formação sociocultural masculina a estruturação da sociedade com base na reprodução social da vida e do trabalho, que imputa ao gênero feminino o trabalho reprodutivo: tanto a reprodução biológica da classe trabalhadora quanto a execução dos cuidados sobre ela. Isto impera desde a formação humana inicial, partindo da infância, o que inclui a socialização de meninas para a reprodução e o cuidado, sob uma ótica de submissão ao gênero masculino e à sua socialização de domínio de violência. Assim, muitas vezes a sexualização precoce de meninas é naturalizada e incentivada, tornando a gestação decorrente de violência sexual nessa faixa etária um fenômeno objeto de julgamento sobre as meninas, não de cuidado e garantia de seus direitos a partir das políticas públicas (Federici, 2019).

No que tange à violência sexual nessa faixa etária, assim como os demais tipos de violência, configura-se como uma questão social que atinge crianças e adolescentes, sendo possível afirmar que o desenvolvimento físico e emocional pode ser afetado. As repercussões na saúde física, como maior risco materno intraparto, partos prematuros, evasão escolar e entre outros, podem gerar prejuízos nos âmbitos emocional, cognitivo, comportamental e social (Ferreira, 2023).

Dados do IPEA (Cerqueira e Coelho, 2014) indicam que 15% dos casos de estupro contra crianças podem resultar em gestação. Entre os resultados achados no Boletim Epidemiológico do NEPAV (SES/DF, 2021; SES/DF 2022; SES/DF 2023) está a quantidade de notificação de casos de estupro na faixa etária adotada, que corresponde a um número de 975 (novecentos e setenta e cinco). Considerando a estimativa do IPEA (Cerqueira e Coelho, 2014), seria esperado que houvesse 146 casos de gestação entre os 975 estupros ocorridos entre 2021 e 2023.

Já a quantidade real de parturientes do Distrito Federal nessa faixa etária corresponde a 292 (duzentos e noventa e duas) pessoas. Partindo do pressuposto de que a estimativa do IPEA (Cerqueira e Coelho, 2014) está correta e que 15% dos casos de estupro contra crianças geram gestações, a quantidade de notificações de estupro nessa faixa etária e período analisado seria de 1946 casos. Pode-se afirmar que a quantidade de notificações de estupro pelos serviços de saúde está no mínimo 50% aquém da realidade, revelando uma fragilidade da vigilância epidemiológica do DF no que tange a notificação de violência interpessoal e autoprovocada, com especificação da violência sexual por estupro, nessa faixa etária, mesmo que esta seja uma notificação compulsória que deve ser realizada por qualquer profissional de saúde (DODF, 2024). Este panorama materializa o debate acerca da subnotificação das situações de violência no âmbito da saúde.

Fatores diversos podem contribuir para essa subnotificação, como a falta de compreensão acerca da idade em que se é considerado “estupro de vulnerável”, além da compreensão errônea de que existe relação sexual consentida quando ambos são menores de idade e o medo que os profissionais de saúde podem ter de sofrer retaliações dos ofensores. Muitas crianças também podem não ter chegado aos serviços de saúde quando a violência é perpetrada por parte de um membro da família, podendo haver um movimento de negação da violência, além da concentração dos serviços em capitais e grandes cidades. (Taquette et al., 2021)

Além disso, conforme o gráfico 1, das 292 meninas gestantes no período de 2021 a 2023, apenas 34 acessaram o PIGL, isso representa 11,64% das crianças

gestantes. Significa que quase 90% das meninas que engravidaram por violência sexual no período de 2021 a 2023 talvez não tiveram conhecimento sobre o seu direito sobre a interrupção gestacional. Esse baixo acesso pelas meninas ao serviço indica que a referência ao Programa ainda é defasada nesta faixa etária e, por se tratar de um agravo de saúde em decorrência da violência sexual, sob a premissa de proteção integral de crianças e adolescentes por parte da família, Estado e sociedade, esperava-se que boa parte dessas crianças fossem atendidas no PIGL, minimamente para fins de orientação.

Nesse sentido, tais resultados indicam a necessidade de refletir acerca de como tem se dado a abordagem intra e intersetorial da rede que atua em prol dos direitos da criança. No âmbito da saúde, entende-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) possui um papel primordial nessa articulação, pois é a principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, havendo contato longitudinal com a comunidade de referência, além de serem responsáveis por realizar pré natal e prestar outros cuidados à saúde das gestantes e sua rede de apoio (Brasil, 2017).

Além disso, existem outras unidades de atendimento que podem realizar o direcionamento ao PIGL e devem fazer a notificação compulsória, como Pronto Atendimento Pediátrico, uma vez que pode receber demandas agudas e identificar gestações; serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); setor de atenção ao pré natal de Alto Risco, pois pode receber encaminhamentos da APS que consideram a gestação na infância como caso de alto risco, mas podem não reconhecer o direito ao aborto legal; centros obstétricos e casa de parto normal, que podem assistir aos partos, mesmo já não sendo possível direcionar à interrupção, mas podem abordar a entrega legal e assistida à adoção e, sobretudo, notificar a situação de violência sexual (SES/DF, 2025).

No que tange à rede intersetorial e à importância de cumprir com a comunicação externa, assim como os serviços de saúde, o papel dos Conselhos Tutelares é fundamental. Considerando o dever de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, a rede de proteção de crianças e condutas frente aos casos de violência sexual devem ser de conhecimento dos Conselhos Tutelares (Sejus-DF, 2025), isso inclui o direcionamento ao acolhimento especializado proporcionado pelo PIGL nos casos de gestação, de acordo com os critérios legais. Da mesma maneira, a educação também é um setor sensível frente a esses casos, tanto atuando na identificação das situações de violência sexual e gestação na infância, quanto promovendo a educação de seu público acerca da saúde sexual e dos direitos reprodutivos. Isto facilita que o próprio infante identifique situações de risco e reconheça seus direitos - o que pode ser fortalecido, em articulação entre Saúde e Educação, pelo Programa Saúde na Escola - PSE (Inoue e Ristum, 2008).

A trajetória para a realização do aborto por estupro percorrida pelas sobreviventes é caracterizada como singular e permeada por obstáculos. O impacto emocional e a violência sofrida somam-se às reações psíquicas, comportamentais e entre outras, decorrentes do trauma. A desinformação, presente na sociedade e na rede de saúde e proteção, é considerada uma das principais barreiras identificadas, alongando os percursos das vítimas e postergando a realização do aborto (Ruschel, 2022). De modo geral, é importante que a sociedade, como um todo, atue em conjunto e cumpra o dever estabelecido pelo ECA (Brasil, 1990) de cuidar de maneira integral das crianças e adolescentes, uma vez que este processo envolve diversas dimensões que impactam o desenvolvimento saudável destas.

No que tange o perfil das pacientes acolhidas pelo PIGL entre 2021 e 2023, o gráfico 2 revela que, com o passar dos anos, mais meninas responderam ao tópico de autodeclaração racial, demonstrando um possível empenho da equipe em coletar esse dado, atendo-se à sua importância. Barros et al (Cavalcanti et al, 2007) afirmam que a falta de registros do quesito cor/raça nos serviços de saúde do Brasil dificultou a formulação de políticas públicas voltadas para a população negra, sendo este um desafio a ser superado diariamente.

O gráfico em questão ainda revela que maioria das meninas atendidas no total dos três anos analisados se autodeclararam como negras - pardas ou pretas (IBGE, 2006). Esse dado revela implicações importantes, especialmente quando analisado sob a ótica de questões sociais, de saúde pública e de desigualdade racial.

“As iniquidades em saúde são resultadas de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras.” (Brasil, 2017, p. 7). Populações mais vulneráveis, muitas vezes, enfrentam condições de vida mais precárias, maior vulnerabilidade a situações de violência sexual, e menor acesso à informação sobre direitos reprodutivos e contracepção. Desse modo, esse dado também pode ser um reflexo do racismo estrutural, marcado pela desigualdade e marginalização, impactando diretamente sobre a capacidade de acessar diversos recursos, como educação sexual, planejamento reprodutivo e segurança, o que pode contribuir para um maior número de gestações em decorrência de violência sexual, sobretudo para meninas negras.

A constatação de que as meninas negras são mais afetadas por essas questões sugere que ações afirmativas e políticas públicas direcionadas são necessárias para diminuir as iniquidades raciais na saúde reprodutiva, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, que tem como objetivo geral “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS.” (Brasil, 2017, p.32).

Conforme o gráfico 3, no ano de 2021, a maioria dos casos foram da RIDE (4 casos), enquanto em 2022, concentraram-se na região oeste (3 casos) e em 2023, região oeste (3 casos) e RIDE (3 casos) de forma igual.

A região Oeste, que compreende Ceilândia e Brazlândia, ocupa o 24º e 25º lugar, respectivamente, do total de 33 posições na colocação do Índice de Vulnerabilidade Social do DF por Região Administrativa em 2021 - último IVS-DF (IPEDF, 2024) publicado até o momento -, evidenciando a vulnerabilidade social que a maioria das pacientes atendidas vivenciam, levando em conta que esta é uma importante ferramenta para compreender a situação da população residente no Distrito Federal quanto ao acesso, à ausência ou à insuficiência de determinados recursos.

No que tange a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF), diante da necessidade de organização e planejamento integrado da região, constitui-se em um território sanitário e de referência para outras políticas públicas composto pelo DF e diversos municípios de Goiás e Minas Gerais. O maior objetivo da criação da Região foi o planejamento conjunto de serviços públicos comuns a esses entes federados, em especial infraestrutura e geração de empregos. No que tange à saúde, os Colegiados de Gestão da Saúde/RIDE (2025) afirmam que há carências nos três níveis de atenção de saúde da RIDE, sendo o DF o principal indutor e catalisador das expressivas taxas de incrementos populacionais nas regiões

que compõem o entorno do Distrito Federal, tornando-se necessário validar projetos que visam a melhor organização e articulação da saúde nesse conjunto.

É importante reiterar que o PIGL é o único serviço de aborto legal no DF, no âmbito público e privado, destinado ao atendimento de gestações decorrentes de violência sexual, e é o mais próximo localizado perto das regiões que compõem a RIDE, conforme mapa da RIDE-DF (Codeplan, 2018). Desse modo, na ausência de serviços equivalentes, o PIGL acaba por atender a maioria das questões de interrupção gestacional prevista em lei também dos referidos municípios. Localiza-se no plano piloto do DF, com isso, as meninas e mulheres residentes nas demais localidades precisam se deslocar por grandes distâncias para acessar os serviços de saúde aos quais têm direito, como o aborto legal, podendo representar uma barreira de acesso para essa população, sendo necessário pensar na ampliação e descentralização dessa oferta.

As recomendações internacionais relacionadas aos direitos humanos estão no sentido de que a legislação seja adequada à garantia do acesso e à prevenção do aborto inseguro, reduzindo a morbimortalidade materna. (...) As evidências mostram que as barreiras de acesso à interrupção gestacional legal e segura impactam, principalmente, mulheres com transtornos cognitivos, adolescentes, mulheres jovens, mulheres que residem em locais com acesso limitado aos serviços, mulheres que precisam viajar para acessar a interrupção gestacional, mulheres com menor nível de educação formal, mulheres em vulnerabilidade socioeconômica. (OMS, 2022, p.28, Traduzido pelas autoras)

Quanto à renda, o gráfico 3 revela que a maioria das meninas atendidas no PIGL possui renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, revelando a vulnerabilidade socioeconômica que a maioria delas enfrenta. Sendo essa uma questão que também interfere na saúde e que é produto de uma sociedade capitalista e opressora, torna-se evidente a realidade de um país que tem como característica a desigualdade social.

“[...] Embora o discurso do capitalismo valorize a igualdade e reconheça formalmente que todos são iguais perante a lei, quando se verificam as condições de vida das pessoas, a ótica é a da desigualdade. A vivência da igualdade e liberdade em sua plenitude é exercida por um número cada vez menor de pessoas.” (Martins, 2021, p. 19)

Desse modo, é possível afirmar que, não obstante às barreiras estruturais e particulares da organização da rede de atenção à saúde e da rede intersetorial, ao oferecer um serviço gratuito e de qualidade que, em sua maioria, atende pessoas em vulnerabilidade socioeconômica, tendo como norte os princípios do SUS, o PIGL acaba por também promover a equidade preconizada em legislação.

O gráfico 5 revela que de 34 (trinta e quatro) meninas que passaram pelo programa, 19 realizaram a interrupção gestacional (55%), ou seja, pouco mais da metade, revelando que muitas das crianças e suas famílias ainda optam por manter a gestação. Ao gênero feminino atrelam-se características como passividade, entendimento, compaixão, emotividade e submissão. Desse modo, as mulheres são ensinadas desde a infância a serem compreensivas, perdoar e ter autocontrole, inclusive no que se refere a sua sexualidade. Trata-se de uma construção social que legitima as condutas abusivas e violentas do homem, mas se nega a responsabilizá-lo completamente por suas ações, nesse sentido, as mulheres são incentivadas a silenciar os abusos e violações. (Martins, 2021).

Além disso, quando se fala em criança, a maioria dessas violências - com incidência entre meninas de 10 e 14 anos de idade - ocorrem dentro das residências das próprias vítimas por agressores conhecidos (Unicef, 2021). Outro ponto a ser destacado é a dificuldade de falar sobre a violência sexual para a família ou para a rede de proteção à infância, o que pode atrapalhar o diagnóstico da gravidez em tempo oportuno e dificultar o aborto legal (Fonseca et al., 2022).

Quanto a isto, o Distrito Federal dispõe de outros serviços especializados para suporte biopsicossocial de vítimas de violência doméstica, intrafamiliar e sexual - os quais podem contribuir com o diálogo intrafamiliar acerca das situações de violência e com a articulação intra e intersetorial para atenção integral à saúde. Os Centros Especializados de Proteção e Assistência às pessoas em situação de Violência (CEPAV) são serviços presentes em todas as regiões administrativas do Distrito Federal, contando com atendimento multiprofissional.

Os CEPAV são serviços localizados na atenção ambulatorial especializada (AES) e, junto de outros serviços dos três níveis de atenção à saúde - incluindo as Unidades Básicas de Saúde, na APS, e o próprio PIGL - conformam a Rede de Atenção à pessoa em situação de Violência - RAV (DODF, 2023), uma rede temática de atenção à saúde pioneira no Distrito Federal, estruturada para atender as necessidades de saúde da população submetida às condições de violência.

Verifica-se, portanto, que a adequada execução das competências de cada serviço que compõe a RAV, nos respectivos níveis de atenção, em uma lógica de organização poliárquica dos serviços de saúde e estruturação da rede para atender satisfatoriamente as necessidades de saúde das pessoas em situação de violência, pode colaborar para a adequada abordagem às crianças vítimas de violência sexual, sobretudo aquelas em contexto de gestação decorrente deste crime.

5. Conclusão

Os resultados apresentados indicam a defasagem da faixa etária indicada no acesso ao PIGL, evidenciando que, apesar da legalidade do aborto em casos específicos, é, na prática, severamente restrito para grande parte das crianças gestantes - ainda que, por definição legal, essas gestações sejam prontamente definidas como decorrentes de violência sexual.

Ao traçar o perfil social da população alvo - negras, provenientes de regiões vulneráveis e vivendo em média com um salário mínimo -, é possível afirmar que questões de saúde reprodutiva também são agudizadas pelas expressões do capitalismo.

O acesso majoritário de pessoas marginalizadas reflete a intersecção de desigualdades históricas e contemporâneas, mas também revela que o Programa tem atingido pessoas que normalmente possuem frágil ou nulo acesso a direitos, as quais costumam vivenciar um cenário de barreiras econômicas, geográficas e sociais que dificultam a busca por serviços de saúde adequados, muitas vezes inexistentes ou inacessíveis em áreas periféricas e de vulnerabilidade social.

Nesse sentido, alguns fatores podem contribuir para esse acesso precarizado: a desinformação sobre os direitos reprodutivos, tanto por parte da sociedade, como da rede de proteção às crianças; as opressões estruturais, como o machismo, o racismo e os preconceitos de classe; a repercussão da socialização feminina sobre as imposições relacionadas à maternidade às meninas e mulheres a necessidade de aprofundamento dos estudos para compreender quais são as ações e abordagens dos serviços de saúde no atendimento de gestantes menores de 14 anos, como a compreensão da realização da abordagem dos direitos relacionados a uma gestação

decorrente de violência, como a interrupção gestacional, na perspectiva de promoção da autonomia e proteção às crianças e adolescentes, contribuindo com a garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos ou se estabelecem apenas os procedimentos protocolares, como a abertura de pré-natal.

Este estudo não teve a pretensão de esgotar o assunto, mas refletir sobre a temática a partir do ponto de vista do acesso e das interseccionalidades relacionadas a ele. O desafio é garantir que o acesso ao aborto legal deixe de ser um direito teórico para se tornar uma realidade acessível. Portanto, os resultados não apenas sublinham a importância da ampliação e efetivação das políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva, mas também ressaltam a necessidade urgente de uma abordagem interseccional que considere as desigualdades de raça, gênero, classe, faixa etária e território, com vistas à promoção da informação da sociedade, profissionais de saúde e toda a rede de proteção à criança, a fim de concretizar o direito à saúde para as crianças.

Referências

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal Brasileiro**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm Acesso em 7 de set de 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 24 de ago de 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm Acesso em 29 de set de 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990a. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 24 de ago de 2024.

Brasil. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em 29 de set de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: **norma técnica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em 2 de dez de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 25 ago de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017 p. 7 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf Acesso em 2 de fev de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em 1 de dez de 2024.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em 18 de nov de 2024.

CAVALCANTI, B. C; FERNANDES, C.S.; BARROS, R.R.A. Org. Kulé Kulé: **AFROAtitudes**. Maceió EDUFAL, 2007. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=tUexA0N203EC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 28 de dez de 2024.

CERQUEIRA D, COELHO D.S.C. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. IPEA. 2014. Disponível em

https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf. Acesso em 8 de ago de 2024.

CODEPLAN. **Ampliação da RIDE - Lei complementar nº 163 de 14/06/2018, Distâncias aproximadas do Plano Piloto - DF**. 2018. Disponível em: <<https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Mapa-Ride-atualizado-com-novos-munic%C3%ADpios-e-dist%C3%A2ncias.pdf>> Acesso em 1 de dez de 2024.

DISTRITO FEDERAL. Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF). **Resolução nº 01, de 30 de abril de 1996**. Autoriza a criação do Serviço Multiprofissional de Assistência Integral à Mulher, para realização de aborto, nos casos previstos em lei, no Hospital Regional da Asa Sul- HRAS. Brasília, DF: Diário Oficial do Distrito Federal, 1996.

DODF. **RESOLUÇÃO Nº 05, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2023**. 2024. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Portaria n. 508 2023 Lista Distrital de Notificacao Compulsoria de Doencas Agravos e Eventos de Sau de Publica+%281%29.pdf/f3143936-9c8e-4e82-dfb6-8293111fbed7?t=1718805232505](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Portaria_n.508_2023_Lista_Distrital_de_Notificacao_Compulsoria_de_Doencas_Agravos_e_Eventos_de_Sau_de_Publica+%281%29.pdf/f3143936-9c8e-4e82-dfb6-8293111fbed7?t=1718805232505). Acesso em 5 de dez de 2024.

DODF. SES DF. **PORTARIA Nº 108, DE 20 DE MARÇO DE 2023**. Disponível em: <<https://agenciabrasilia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2023/03/Portaria-1.pdf>> Acesso em 5 de jan de 2025.

FALEIROS, V.P. **Políticas para a Infância e Adolescência e Desenvolvimento. Políticas Sociais - acompanhamento e análise**. IPEA. 2005. Disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4569/1/bps_n.11_ENSAIO1_Vicente11.pdf Acesso em 12 de dez de 2024.

FALEIROS, Vicente de Paula e FALEIROS, Eva Teresinha Silveira (coords) (2001). **Circuitos e Curtos-Circuitos atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes**. São Paulo, Editora Verás.

FEDERICI, S. **O Ponto Zero da Revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. Tradução: Coletivo Sycorax. Editora Elefante. 2019.

FERREIRA, C. R. R. S. **Gravidez na Adolescência Decorrente da Violência Sexual**. (2023) Revista OWL. Disponível em: <https://revistaowl.com.br/index.php/owl/article/view/46/51> Acesso em 28 de nov de 2024.

FONSECA, R.; FORNARI, L.; ENGRY, E.; BORGES, W.; OLIVEIRA, M.; ELIAS, A.R. **Aborto Legal na Infância Retradado pela Imprensa Escrita Brasileira: Perspectivas para o Cuidado**. ev baiana enferm. 2022; 36:e47345. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/47345/34189>> Acesso em 5 de jan de 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024.

Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>. Acesso em 9 de set. de 2024.

GDF. Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências – NEPAV. **Informe Epidemiológico Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal**. 2021. Disponível em <https://www.saude.df.gov.br/informes-epidemiologicos-violencia>. Acesso em 24 ago de 2024.

GOTTENS, L. **A Regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro**. 2017. Disponível em https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/38783/ve_Leila_Gottens_etal_2017.pdf. Acesso em 2 de jan de 2025.

IBGE. **II Encontro Nacional de Produtores e Usuários de Informações Sociais, Econômicas e Territoriais**. 2006. Disponível em https://www.ibge.gov.br/confest_e_confega/pesquisa_trabalhos/arquivosPDF/M25502.pdf. Acesso em 28 de dez de 2024.

INOUE, S., RISTUM, M. **Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola**. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000100002>> Acesso em 22 de nov de 2024.

IPEDF. GDF. **Evolução do Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal (IVS-DF) 2018 - 2021**. Sumário Executivo. 2024. Disponível em: <<https://www.ipe.df.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/Sumario-Executivo-Evolucao-do-Indice-de-Vulnerabilidade-DF-2018-2021.pdf>> Acesso em 2 de jan de 2025.

MARTINS, A.C. Temas em Saúde. **Gravidez na Adolescência: entre fatos e estereótipos**. Editora Fiocruz.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. p. 132. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em 10 de ago. de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à saúde**. 2006. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_faz_mal.pdf Acesso em 11 set de 2024.

MPDFT. **Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: identificação e enfrentamento**. 2015. Disponível em https://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_violencia_contra_crianças_adolescentes_web.pdf. Acesso em 11 set de 2024.

NETTO, J. P. **Introdução ao método da teoria social**. (2011). UFRJ: Serviço Social, impressão eletrônica. Disponível em: <<https://www.pcb.org.br/portal/docs/int-metodo-teoria-social.pdf>> Acesso em: 30 de ago. de 2022.

OMS. **Abortion Care Guideline**. 2022. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. Acesso em 5 de jan de 2025.

RIDE DF. SUS. Projeto. 2025. Disponível em https://projetos.extras.ufg.br/ridesaude/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=61#introducao Acesso em 5 de jan de 2025.

RUSCHEL, A.; MACHADO, F.; GIUGLIANI, C.; KNAUTH, D. **Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal**. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT105022>> Acesso em 22 de dez de 2024.

SEJUS-DF. **Conselho Tutelar. O que é?** Disponível em: <https://conselhotutelar.sejus.df.gov.br/o-que-e/>. Acesso em 22 de nov de 2024.

SES/DF. 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/programas>. Acesso em 20 de dez de 2024.

SES/DF. INFOSAÚDE. **Sala de Situação**. Vigilância em Saúde. Número de Nascidos Vivos. Disponível em <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-nascidos-vivos-no-df/> Acesso em 28 de nov de 2024.

SOUSA, M.F. **Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos (Relatório final)**. Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – Brasília: Editora ECoS, 2022.

STF. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 Distrito Federal**. Disponível em <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf.%20Acesso%20em%208%20de%20nov%20de%20de%202024>.

TAQUETTE, S.R.; MONTEIRO, D.L.M; RODRIGUES N.C.P. RAMOS J.A.S. **A invisibilidade da magnitude do estupro de meninas no Brasil**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, Brasil, v. 55, p. 103, 2021. Disponível em DOI: [10.11606/s1518-8787.2021055003439](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003439). Acesso em 1 de dez de 2024.

UNICEF. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil**. 2021. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>> Acesso em 13 de dez de 2024.