

VIOÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE 2007 REALIZADAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

SEXUAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND TEENAGERS: AN ANALYSIS OF THE CASES REPORTED IN 2007 BY THE PUBLIC HEALTH SERVICES IN THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL

Ana Luiza Trois de Miranda

Assistente Social. Especialista em Supervisão em Serviço Social e em Políticas de Desenvolvimento Sustentável e Questões de Gênero. Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria Estadual da Saúde RS

Maristela Costa de Oliveira

Assistente Social. Especialista em Violência Doméstica. Mestre em Educação
Doutora pela Universidade Pablo de Olavide-Sevilha

Docente do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Metodista - IPA
Seção de Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Estadual da Saúde RS

Correspondência

Rua Domingos Crescêncio 132, sala 307
Porto Alegre – RS – CEP 90.510-090
E-mail: analuiza-miranda@saude.rs.gov.br
E-mail: maristela-oliveira@saude.rs.gov.br

RESUMO

O presente artigo, através de um estudo descritivo, analisa os dados referentes à violência sexual contra crianças e adolescentes a partir das notificações realizadas ao longo do ano de 2007 pelos diferentes tipos de serviços de saúde do Estado. Em 2007 foram realizadas 13556 notificações por 109 unidades de saúde, destas 2887 foram situações de acidentes e violência com menores de 19 anos (32,3%). Constata-se que a ocorrência de violência sexual é mais frequente com o sexo feminino, sendo predominante nas faixas etárias de 05 a 09 e de 15 a 19 anos, entretanto há ocorrência desse tipo de violência em todas as faixas etárias e com ambos os sexos. Como agressor da violência sexual este estudo aponta o vizinho em posição semelhante a do padrasto seguido pelo pai, aspecto que evidencia a família como unidade social estratégica para o desenvolvimento infanto-juvenil que pode também se constituir como um espaço de risco para a violência. Portanto é importante sua inclusão em programas de atendimento socioeducativo, incluindo assistência social e a educação. Faz-se necessário um trabalho institucional de monitoramento e acompanhamento do processo de notificação, de suporte aos profissionais no que se refere à identificação e atendimento dos casos de violência sexual, seus encaminhamentos bem como nos cuidados em relação à qualidade e ao papel da notificação, que deve ser realizada, inclusive nos casos de suspeita. Com essa análise, ainda que parcial, é possível dar início a um mapeamento sobre os municípios que estão notificando, e suas respectivas unidades de saúde o que possibilita a identificação de demandas e recursos existentes em cada local.

PALAVRAS-CHAVE

Violência sexual. Criança . Adolescente. Notificação. Vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

By means of a descriptive study, this paper analyses the data relating to sexual violence against children and teenagers obtained from cases reported in 2007 by different types of public health services in our state. Among the 13,556 cases reported in this year by 109 public health units, 2,287 referred to accidents and violence against young people aged 19 years or less (32,3%). Although our analysis shows that sexual violence occurs more frequently among female age groups ranging from five to nine and 15 to 19 years old, there are also occurrences of this type of violence in all age and sex groups. This study indicates a family's adult neighbor, a stepfather as well as the father of the victim himself as the main sexual aggressors; this fact is clear evidence that the family itself represents both a strategic social unit for the development of children and teenagers and an area of risk for violence. So it is important to aim at their inclusion in social educative programs that really offer not only social assistance but also education. Such a task demands i) an institutional work towards monitoring and following up report procedures, ii) an action that provides support to the professionals concerned with the identification and handling of cases of sexual violence, and iii) an action concerning aspects related to the quality and the role of the report, which must be given also in cases of suspicion. Our analysis, albeit partial, makes it possible to start a mapping over the reporting municipalities and their respective health units which in turn allows for the identification of each site's demands and available resources.

KEY WORDS

Sexual violence. Child. Adolescent. Notice. Epidemiologic surveillance.

INTRODUÇÃO

No mundo todo, a situação de saúde tem sofrido crescente impacto decorrente dos agravos de causas externas, denominados de acidentes e violências.

No Rio Grande do Sul as causas externas vêm, desde os anos oitenta, ocupando a quarta posição na mortalidade proporcional por grupos de causa, conforme o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Núcleo de Informação em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde – SES.

A SES/RS implantou em 2001 um sistema de vigilância epidemiológica, em hospitais sentinela para acidentes e violências a partir de dados não apenas de mortalidade, mas também de morbidade.

Em 2004, a SES/RS editou a Portaria SES/RS de nº 40 de 2004 (RIO GRANDE DO SUL, 2004) tornando compulsória e universal a notificação das situações de violência contra crianças e adolescentes, para todos os serviços de saúde. Ampliou o sistema de informação existente com a adoção do formulário Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência – RINAV para a realização da notificação.

O RINAV está disponível em duas versões, uma on-line que contempla as situações de violência e acidentes, usadas pelas emergências dos hospitais sentinela e outra impressa, distribuída às unidades de saúde através das Secretarias Municipais de Saúde – SMS com campos referentes apenas às situações de violência.

A Portaria SES/RS de nº 244 de 2008, (RIO GRANDE DO SUL, 2008) complementou a portaria anterior, tornando compulsória e universal para todos os serviços de saúde a notificação de todos os casos de suspeita ou de confirmação de violência contra todas as pessoas, independentemente do

sexo, orientação sexual, raça/etnia, classe social e fase do ciclo de vida.

As ações referentes ao sistema de vigilância dos Acidentes e Violências (RIO GRANDE DO SUL, 2005) passam a ser de responsabilidade do Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – NVDANT, criado em 2006. No organograma do Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS, o NVDANT integra a Divisão de Vigilância Epidemiológica. Entre suas atribuições está a implantação da notificação universal e compulsória das situações de violência.

Em 2006, com a assessoria dos núcleos de DANTs das Coordenadorias Regionais de Saúde – CRSs e do NVDANTs, os serviços de vigilância das SMS iniciaram a fase de sensibilização das SMS para a implantação da notificação das situações de violência atendidas em toda a rede municipal. Hospitais sentinela e Unidades Básicas de Saúde – UBS entraram no sistema como fontes notificadoras.

O presente artigo tem como propósito conhecer o panorama das unidades notificadoras a partir da universalização da notificação, com recorte na violência sexual contra criança e adolescente dada a complexidade do fenômeno, cuja intervenção requer a adequada visibilidade. O conceito de criança e adolescente para fins deste estudo segue as definições da Organização Mundial da Saúde que considera a faixa etária de zero a dezoito anos.

OBJETIVO

Analisar, a partir de um estudo descritivo, os dados referentes à violência sexual contra crianças e adolescente, utilizando como fonte de dados as notificações do RINAV realizadas ao longo do ano de 2007 pe-

los diferentes tipos de serviços de saúde do Estado.

METODOLOGIA

Considerando que no ano de 2006 as UBS iniciaram as notificações a partir do último quadrimestre, 2007 é um marco no processo de implantação da notificação universal das situações de violência, pois, ao longo dos 12 meses, as fontes notificadoras passaram a ser tanto hospitais como unidades básicas.

Para esse trabalho, foram analisados os dados sobre violência sexual praticada contra crianças e adolescentes notificados nos RINAVs no ano de 2007.

Por violência sexual entende-se:

Ato ou jogo sexual praticado por pessoa em condição de superioridade (física, psicológica ou financeira), em relação hetero ou homossexual, com ou sem contato físico, com o objetivo de obter excitação sexual, práticas eróticas, pornográficas e/ou ganhos financeiros (RIO GRANDE DO SUL, 2007).

Procurou-se também identificar violência sexual nos casos notificados como suspeita de maus tratos, visto que no formulário, há um campo denominado de *suspeita de maus tratos*, para as situações onde os sinais indicam alerta, mas não há posicionamento conclusivo ou declaração expressa da violência (RIO GRANDE DO SUL, 2007, p. 8).

Os dados foram acessados com o uso do Sistema de Análise de Negócios – SAN, *software* de gerenciamento desenvolvido pela Companhia de Processamento de Dados do Estado do Rio Grande do Sul - PROCERGS.

Na análise dos dados destacou-se a faixa etária, o sexo, a relação com o agressor e os encaminhamentos realizados, por entender que são variáveis relevantes para o conhecimento

da realidade que envolve crianças/adolescentes em risco ou em situação de violência.

Com relação à informação sobre o agressor, o formulário apresenta dois campos que serão combinados entre si no momento da pesquisa aos dados notificados. O primeiro campo é sobre o sexo do agressor, as opções são: masculino, feminino, ambos (contempla as situações onde há mais de um agressor e não são do mesmo sexo) ou desconhecido. O segundo campo solicita a informação sobre a relação da vítima com o seu agressor. O RINAV apresenta doze opções: 1-Cônjuge (designa relação afetivo-sexual com a vítima, inclui namorado(a), marido/esposa, companheiro(a), parceiro(a) sexual); 2-Vizinho(a); 3-Pai/mãe; 4-Filho(a); 5-Padrasto/Madrasta; 6-Irmão(ã); 7-Tio(a); 8-Avô(ó); 9-Agente institucional; 10-Desconhecidos; 11- Colega, 12- Outros (quando a relação não inclui nenhuma das opções anteriores).

Para conhecer quem seriam os “outros”, opção assinalada em 20% das notificações, realizou-se a leitura de todos os formulários onde esta foi a escolha, para a identificação da relação da criança/adolescente com o agressor.

Há no formulário um campo aberto para o relato descritivo de todos os aspectos relevantes ao caso, que trazem detalhamento e individualizam a situação. Os relatos que continham informações suficientes permitiram identificar o agressor como alguém conhecido da vítima, porém sua relação com a mesma não está contemplada nas opções enumeradas no formulário.

A análise dos encaminhamentos realizados é restrita considerando que há um leque de opções no formulário (campo fechado), onde apenas uma pode ser registrada no banco de dados. Situação que não exclui a possibilidade de mais de um encaminhamento em alguns casos.

RESULTADOS

Os dados analisados são parciais, dadas algumas dificuldades no que se refere à tecnologia da informação no sistema de saúde, dentre elas as limitações encontradas pelas SMS, assim como pelos hospitais sentinela na atualização da digitação e consequente inserção da informação no banco de dados dos RINAVs.

Em 2007 foram realizadas 13556 notificações por 109 unidades de saúde, destas 2887 foram situações de acidentes e violência com menores de 19 anos (32,3%).

Do total de notificações de violências sexuais (154), 79% foram praticadas contra pessoas menores de 19 anos (122).

A tabela abaixo apresenta as notificações distribuídas pelas unidades notificadoras dos respectivos municípios de atendimento, distinguindo unidade hospitalar dos demais serviços de saúde. Destaca-se que entre os serviços cadastrados e já notificando não há nenhum centro de referência para o atendimento às vítimas de violência sexual.

A tabela 1 distingue, entre os os serviços de saúde, os hospitais, que somam 12 e os

Tabela 1 - Total de notificações de violência sexual com crianças e adolescentes realizadas por município e tipo de serviço de saúde, RS 2007

Município	Hospitais	Demais serviços	Total de notificações
1- Triunfo	0	7	7
2- São Leopoldo	0	7	7
3- Caxias do Sul	24	34	58
4- Uruguaiana	4	1	5
5- Lajeado	1	0	1
6- Passo Fundo	10	0	10
7- Esteio	1	0	1
8- Santa Maria	1	0	1
9- Rolante	3	0	3
10- Garibaldi	0	1	1
11- Cambará do Sul	0	1	1
12- Santana do Livramento	3	0	3
13- Tenente Portela	0	6	6
14- Rio Grande	2	0	2
15- Alvorada	0	1	1
16- Guaíba	0	9	9
17- Farroupilha	0	1	1
18- Imbé	0	1	1
19- Mostardas	1	0	1
20- Tenente Portela	0	1	1
21- Cambará do Sul	0	1	1
22- Pelotas	1	0	1
Total	51	71	122

Fonte: RINAV/SIST/SES/RS 2008

demais serviços (Unidade Básica de Saúde - UBS, a Estratégia de Saúde da Família, os Centros de Saúde) que totalizam 31 unidades. Das 501 unidades cadastradas em todo Estado no período estudado apenas 85 notificaram situações de violências.

O município de Caxias do Sul se destaca em número de unidades notificadoras e de notificações (47,5%), possivelmente pela particularidade de ser o pioneiro na implantação das notificações em dois hospitais do Observatório de Acidentes e Violências – OAV, quando em 2001 a SES/RS iniciou o monitoramento das causas externas com a notificação em hospitais sentinela para estes agravos. Merece especial destaque a mobilização de profissionais da CRS e da SMS, fato que se verifica desde a implantação da notificação até a discussão e articulação da rede de proteção às vítimas de violência no município.

A notificação da violência sexual contra crianças e adolescentes foi realizada por 43 serviços de saúde distribuídos em 22 municípios.

No mesmo período foram realizadas 129 notificações de *suspeita de maus tratos* com crianças e adolescentes destas, sete se referiam a suspeitas de violência sexual.

A Tabela 2 mostra a distribuição por faixa etária dos atendimentos efetivamente identificados como de situações de violência sexual.

Observa-se que a ocorrência de violência sexual é mais frequente com o sexo feminino (84,4%), do que com o sexo masculino (15,6%). Esse dado segue as mesmas indicações da literatura que aponta crianças e adolescentes do sexo feminino como o grupo que mais sofre maus-tratos. Estudo realizado pelo Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância - CRAMI concluiu que as crianças do sexo feminino são submetidas às situações de violência com mais frequência que as do sexo masculino, representando 60% das noti-

Tabela 2 - Distribuição das notificações de violência sexual com crianças e adolescente por faixa etária e sexo, 2007

Faixa etária	T	%	F	%	M	%
Menor de 1 ano	1	0,8	1	1	0	0
1 – 4	21	17,2	17	16,5	4	21
5 – 9	37	30,3	27	26,2	10	53
10 – 14	30	24,6	26	25,2	4	21
15 – 19	33	27	32	31,1	1	5
Total	122	100	103	100	19	100

Fonte: RINAV/SIST/SES/RS 2008

ficações; o sexo masculino apresenta o maior número de notificações para a negligência, razão aproximada de 1:2, na violência sexual, é o sexo feminino que apresenta maior índice de notificações, razão aproximada de 1:7. O estudo apresenta características gerais de famílias nas quais houve a ocorrência de violência doméstica contra a criança e avaliando. Foram entrevistadas 55 famílias e a forma de violência mais prevalente foi a física, presente em 58% dos casos, 60% das vítimas são do sexo feminino e a mãe é a agressora em 49% das situações analisadas (BRITO et al., 2004, p. 143).

Em relação aos dados analisados, as faixas etárias predominantes são de 05 a 09 anos, correspondendo a 30,3% (37) dos casos notificados e de 15 a 19 anos 27% (33). Importante salientar que há ocorrência desse tipo de violência em todas as faixas etárias e com ambos os sexos, motivo para o/a profissional não descartar a investigação e considerar situação de suspeita.

O Gráfico 1 mostra quem é o autor da violência sexual contra crianças e adolescentes. No gráfico aparece a distribuição percentual do agressor entre os tipos elencados no formulário. A letra H entre parênteses revela o sexo masculino do agressor, tanto do desconhecido como daquele que não se enquadrava nas alternativas apresentadas no formu-

Quem é o autor da violência sexual?

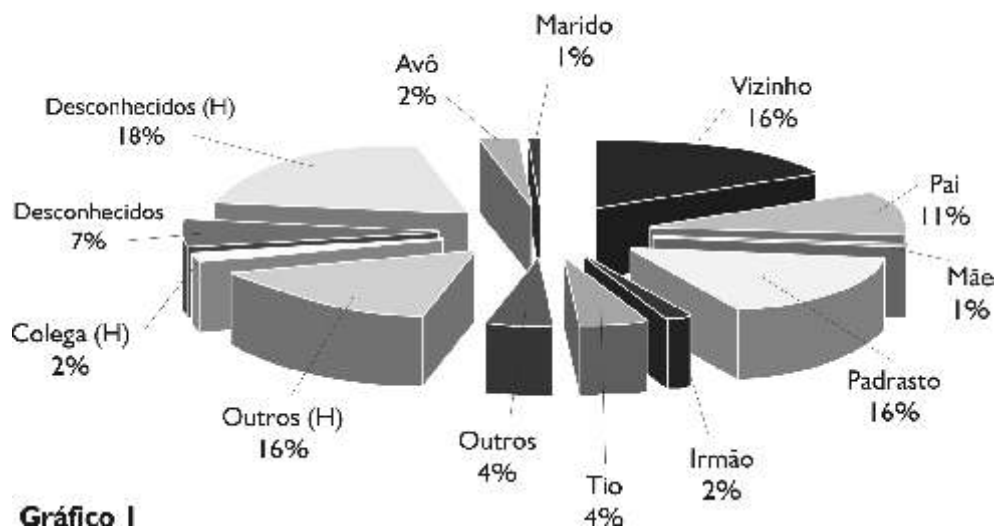


Gráfico I

lário e foi assinalado como “outros”. Quando as letras H (para homem) e M (para mulher) não aparecem é porque não houve a indicação do sexo do agressor.

Observa-se que a maioria dos agressores é conhecida, os desconhecidos correspondem a 25 % dos agressores e os “outros” (20%)

Tabela 3 - Distribuição das notificações conforme o sexo da vítima e sua relação com o agressor quando este é conhecido, 2007.

Relação com agressor	T	%	F	%	M	%
Marido	1	1,5	1	1,9	0	0
Vizinho	20	30,3	18	33	2	16,7
Pai	13	19,7	10	19	3	25
Mãe	1	1,5	1	1,9	0	0
Padraсто	19	28,8	16	30	3	25
Irmão	2	3	1	1,9	1	8,3
Tio	5	7,6	3	5,6	2	16,7
Avô	3	4,5	2	3,7	1	8,3
Colega (H)	2	3,0	2	3,7	0	0
TOTAL	66	100	54	100	12	100

Fonte: RINAV/SIST/SES/RS 2008

foram identificados como sendo primo, sobrinho amigo, familiar, empregado, prestador de serviço.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das notificações conforme o sexo da vítima e sua relação com o agressor quando este é conhecido e declarado nas alternativas apresentadas no formulário.

O agressor da violência sexual neste estudo aponta o vizinho (30,3%) em posição semelhante a do padraсто (28,8%) e seguido pelo pai (19,7%). Esse dado permite pensar que as famílias possam em alguma medida estar confiando à pessoas vizinhas os cuidados de seus filhos/as, que em muitas situações se transformam na rede de cuidadores, tendo em vista os arranjos sociais que as famílias constroem para criar condições para sua sobrevivência.

Entre os sexos há similaridades na distribuição proporcional do agressor, variando a frequência, de acordo com estes dados, para cada situação com meninos ocorrem 5,5 situações com sexo feminino.

Com relação aos encaminhamentos feitos a Tabela 4 mostra a distribuição das opções

Tabela 4 - Distribuição das notificações conforme o encaminhamento do atendimento, 2007

	T	%
Conselho Tutelar	70	57,4
Delegacias Especializadas	12	9,8
Centros de Referência	10	8,2
Delegacia de Polícia	8	6,6
Sem encaminhamento	8	6,6
Outros	7	5,7
Programas Assistenciais	5	4,1
Internação	2	1,6
Total	122	100

Fonte: RINAV/SIST/SES/RS 2008

assinaladas no formulário e registrada no banco de dados, não significa que tenha sido o único.

O fato dos Conselhos Tutelares apresentarem uma frequência aproximada de 57% dos encaminhamentos é indicativo da necessidade de sua intervenção e articulação com a saúde. Nessa discussão destaque deve ser dado aos 6,6% dos atendimentos que não tiveram encaminhamento.

DISCUSSÃO

O número de notificações realizadas pelos serviços de saúde não é expressivo quantitativamente em relação a dimensão que o problema tem e que vem sendo demonstrado na literatura e mídia. Bruschi et al. (2006) relata que em pesquisa constatou que mulheres vítimas de violência conjugal física procuraram mais a ajuda de pessoas do que de instituições e que o mesmo padrão também foi observado por outros estudos. Se as mulheres ainda consideram a violência conjugal um assunto que deve ser tratado no âmbito privado, mais reservadamente é abordada a violência sexual que sofrem, sendo esta um tabu bem maior para os homens

que a sofrem. No entanto, ressalta-se a importância que a inclusão das Unidades Básicas como fonte notificadoras e de atendimento têm, mesmo considerando que se está analisando a fase inicial no processo de notificação da violência.

Numa primeira análise, pode-se entender que os Hospitais deveriam dispor de maior estrutura física e de recursos humanos, tendo em vista a posição que ocupam no sistema de acordo com a complexidade das ações que caracterizam esse tipo de equipamento. Nesse sentido, dispõem de condições para atender os traumas oriundo de situações de violência desde a realização de diagnóstico clínico até os demais encaminhamentos de natureza psicológica, jurídica e social.

Assis e Constantino, (2003, p. 177) destacaram que

os tipos de maus tratos mais atendidos em cada serviço dependem de sua inserção hospitalar, ambulatorial ou organização não governamental. No primeiro caso costuma sobressair o abuso sexual. Nos demais, abuso físico e negligência alternam na proeminência do problema.

No entanto, apesar de serem dados preliminares, de um processo amplo e complexo, e portanto cedo para generalizações, parecem ser as UBS mais sensíveis para a vigilância da violência.

A partir dessa hipótese entende-se essencial e oportuno direcionar o olhar para o trabalho que está sendo realizado pelas UBS (SOUZA, 2008), suas dificuldades no dimensionamento da violência, sobretudo da violência doméstica e nos obstáculos para seu enfrentamento. Na área da saúde os profissionais têm sérias resistências quanto à oportunidade de se trabalhar com um problema desta natureza na rede pública de serviços, já sobrecarregada e requisitada para novas e complexas demandas, como nas situações de violência (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2003, p. 4).

Somando-se aos estudos para conhecimento da realidade das unidades básicas de saúde no que se refere ao atendimento das situações de violência é importante a realização de um trabalho constante de suporte aos profissionais, com respaldo institucional tanto no que se refere aos mecanismos de detecção e atendimento dos casos de violência sexual, aos seus encaminhamentos bem como nos cuidados em relação à qualidade e ao papel da notificação, que deve ser realizada, inclusive nos casos de suspeita.

Sabe-se que aos hospitais, comumente, chegam os casos cujos agravos, especialmente físicos, são visíveis quando da ocorrência de abuso sexual. No entanto todos os serviços devem observar determinadas condições para garantir um atendimento que contemple as diferentes dimensões (física, emocional, social, jurídica) que esse tipo de violência requer. Ressalta-se que “não há obrigatoriedade de organização de serviço específico para esse fim e a assistência pode ser incluída e integrada às demais ações habituais dos serviços” aqui (BRASIL, 2005, p. 10). Dadas as diferentes dimensões da violência sexual, cujas marcas nem sempre são físicas, as condições para um diagnóstico tendem a ser mais restritas independentemente da complexidade do serviço.

A violência sexual, conforme literatura, ocorre em geral no domicílio das vítimas ou em lugares considerados seguros, apresenta como agressores membros, senão da própria família, próximos física e afetivamente de suas vítimas. Em relação ao sexo feminino o padrasto e o pai são geralmente referenciados como figuras de risco potencial para esse tipo de violência para este segmento etário. Estas constatações enfatizam a necessidade de um olhar sensibilizado para a detecção da violência e, ao mesmo tempo, efetivo nos encaminhamentos necessários, pois a proximidade da vítima com seu agressor é indicativo de que a violên-

cia tanto seja repetida como ocorra em múltiplas formas.

O tratamento dispensado ao sexo feminino dentro do grupo familiar e nas demais instituições da sociedade reproduz de certa forma, a hierarquização de poder e subordinação da mulher às necessidades masculinas, condição essa fortalecida pelos distintos papéis conferidos aos homens e às mulheres no que se refere ao exercício da sexualidade e as tarefas de proteção social.

Com relação às tarefas de proteção social, ainda predomina a concepção de que as famílias podem encarregar-se da maioria das funções relacionadas ao bem-estar de seus membros (BELINI; DEBASTIANI, 2007), mesmo que essas funções venham se tornando cada vez mais complexas, pela convivência cada vez mais frequente de várias gerações e, especialmente, pelas demandas cada vez mais especializadas que cada fase do ciclo vital requer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessas análises preliminares temos alguns elementos que podem contribuir para que em próximos estudos tenha-se a dimensão da violência sexual contra criança e adolescente como um fenômeno não totalmente desconhecido no âmbito do Estado. Nesse sentido, o fato de as meninas aparecerem como as principais vítimas da violência sexual mostra a importância da implantação de ações de promoção e de prevenção em saúde que incluam os diferentes espaços de inserção social e levem em consideração o recorte de gênero.

Ao mesmo tempo em que a família é a unidade social estratégica para o desenvolvimento infanto-juvenil pode também se constituir como um espaço de risco para a violência. Portanto é importante sua inclusão em programas de atendimento socioeducativo em todos os setores, incluindo assistência social e

a educação, para tratar de temas relacionados ao desenvolvimento infanto-juvenil e cuidados com a saúde física e mental de seus membros.

A predominância na faixa etária dos 15 aos 19 anos, o que expressa a necessidade de que se intensifiquem as ações em interface com as escolas, sobretudo enfocando a temática sobre saúde sexual e reprodutiva, que incluem necessariamente, discussões pertinentes à violência, gestação na adolescência, DST/AIDS e questões de gênero.

É fundamental estabelecer uma sistemática de monitoramento e acompanhamento do processo de notificação realizado pelas unidades de saúde a fim de identificar a evolução da notificação, as ações por ela desencadeadas e os aspectos a serem intensificados nas capacitações dos profissionais tanto relativos às questões teóricas, como os aspectos de suporte emocional e comprometimento ético dos profissionais.

Além de realizar a assistência requerida para cada situação é fundamental a ampliação e organização de serviços especializados ou de referência para esse agravo. O acesso à rede de serviços permite que a crianças e adolescentes recebam os cuidados de saúde, à profilaxia de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez não desejada quando indicada.

Contudo, apesar da relevância da saúde na rede de atendimento sabe-se que o acesso aos serviços de saúde, representa apenas uma parcela das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes desse tipo de violência. O compromisso com a criação de medidas efetivas é de todos os setores que possam dar visibilidade ao problema permitindo a implantação de programas que incluam a prevenção e a assistência das situações de violência.

Com essa análise, ainda que parcial, é possível dar início a um mapeamento sobre os

municípios que estão notificando, e suas respectivas unidades de saúde o que possibilita a identificação de demandas e recursos existentes em cada local.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade científica na década de 90. In: MINAYO, M.; SOUZA, E. (Org.) **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BELINI, M. I.; DEBASTIANI, C. Fortalecimento da Rede de empoderamento familiar. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 73-83, jan./jun. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, 2005.
- BRITO, A. M. M. et al. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção**. Rio Preto: CRAMI/Temas Livres. 31 de dezembro de 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a15v10n1.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 06 2008.
- BRUSCHI, A. et al. Violência conjugal: prevalência e ajuda. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 256-64, 2006.
- GROSSI, P.; WERBA, G. (Org.). **Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.
- MINAYO, M.; SOUZA, E. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003b.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Manual de preenchimento do RINAV: notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência**. Porto Alegre, CEVS. 2007.
- _____. Observatório de acidentes e violência. In:

_____. **A saúde da população do estado do Rio Grande do Sul**, 2005. Porto Alegre: CEVS, 2005. p.87- 94.

_____. Portaria nº40. Dispõe sobre a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 2004.

_____. Portaria nº 244. Complementa a portaria SES/RS 40/2004 ampliando a notificação compulsória de todos os casos de suspeita ou de confirmação de violência contra todas as pessoas, independentemente do sexo, orientação sexual, raça/etnia, classe social e fase do ciclo de vida. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 04 de jun. 2008, n. 105.

SOUZA, E. R. A violência como um problema de saúde pública da teoria à prática. In: SEMINÁRIO NACIONAL VIOLÊNCIA: UMA EPIDEMIA SILENCIOSA, 2008. Porto Alegre: CONASS, 2008.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Departamento de Medicina Preventiva. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica**. São Paulo, 2003.