

Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco

Maria Laura Mota Gomes ¹
 Gilliatt Hanois Falbo Neto ²
 Cláudia Henriques Viana ³
 Maria Arleide da Silva ⁴

Epidemiologic clinical profile of female children and adolescents victims of violence assisted in a Women's Support Service, Recife, Pernambuco

¹⁻⁴ Grupo Estudos da Violência. Diretoria de Pesquisa. Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira - IMIP. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-550

Abstract

Objectives: to describe the epidemiological and clinical profile of female children and adolescents establishing victims' biological and socio-demographic characteristics, types of violence and intimidation, inflicted wounds and aggressor's profile.

Methods: a cross sectional study based on data from records of 170 patients assisted at the Women Support Service of Agamenon Magalhães Hospital, Recife, Pernambuco, from June 2001 to December, 2002.

Results: the median age was 16 years old. The majority of the victims were mulattoes (65.3%) and single (95.9%). One hundred and thirteen subjects did not finish elementary school. For 31,2% family income was under one minimum wage. Sexual aggression represented 64.7% with the genital region being the most injured in 54.4% of the cases. Bruises and haematomas were present in 23,8% of the cases. Seventeen were pregnant at the time of aggression. Perpetrators were unknown (31.7%) and used physical force (79.8%) as a mean of intimidation. Age, income and schooling were not informed and 34.2% had signs of alcohol consumption at the time of aggression.

Conclusions: the subjects of this study were poor, mulattoes, illiterate adolescent girls. The victims of sexual violence suffered genital lesions and did not know their aggressors, who used physical force for intimidation.

Key words *Violence, Pediatrics, Adolescent, Child, Epidemiology*

Resumo

Objetivos: descrever o perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes em um serviço determinando características biológicas e sócio-demográficas, tipos de violência, formas de intimidação, lesões, existência de gravidez e perfil dos agressores.

Métodos: estudo tipo corte transversal, de 170 prontuários das vítimas de violência de 0 a 19 anos atendidas no Serviço de Apoio à Mulher do Hospital Agamenon Magalhães em Recife, Pernambuco, de junho de 2001 a dezembro de 2002.

Resultados: a mediana de idade foi 16 anos. A maioria era parda e solteira. Cento e treze não concluíram o ensino fundamental e a renda familiar foi de até um salário mínimo (31,2%). A agressão sexual representou 64,7%, a principal região lesada foi a genital. Equimoses/hematomas corresponderam a 23,8% das lesões. Dezesete vítimas estavam grávidas à época da agressão. 31,7% dos agressores eram desconhecidos e utilizaram a força física (79,8%) como a principal forma de intimidação. Idade, renda e grau de escolaridade da maioria deles eram desconhecidos. Os agressores demonstravam sinais de consumo de álcool no momento da violência (34,2%).

Conclusões: as vítimas eram pardas, de baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico. Muitas sofreram lesões genitais. Seus agressores eram desconhecidos, utilizando força física para intimidação.

Palavras-chave *Violência, Pediatria, Adolescente, Criança, Epidemiologia*

Introdução

A violência representa atualmente um dos mais graves problemas mundiais. O impacto das causas externas (homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e outras injúrias) na mortalidade não constitui um fenômeno localizado, encontra-se presente nas grandes metrópoles do mundo, em países desenvolvidos ou não, e assume características de epidemia, constituindo um problema de saúde pública.¹

Historicamente, os efeitos da violência se fazem sentir, principalmente, em grupos sociais mais vulneráveis (como crianças, adolescentes e mulheres) pertencentes a estratos sociais menos favorecidos, mas o que não significa que as camadas mais privilegiadas não sejam por eles afetadas.²

A violência contra a mulher é reconhecida pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1993, como:

[...] qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha possibilidade de resultar em prejuízo físico, sexual ou psicológico - ou ainda, sofrimento para as mulheres - incluindo também a ameaça a tais atos, a coerção à liberdade e a privação desta, ocorrendo tanto em público quanto na vida privada. (WHO; 1997:4).³

Calcula-se que uma em cada quatro mulheres será agredida pelo menos uma vez durante a sua vida.⁴ Dentre tantas, a forma mais comum de violência contra a mulher é a doméstica ou a familiar. Segundo estimativas do Banco Mundial, uma mulher tem maior probabilidade de ser espancada, violada ou assassinada pelo seu parceiro atual ou anterior que por um estranho.³

Apesar da frequência com que as mulheres são agredidas, raramente a agressão é identificada. Isto porque muitas vezes elas não procuram atendimento médico, ou porque os médicos estão desavisados sobre a prevalência da violência contra a mulher e simplesmente não a pesquisam.⁵

Já a violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória humana desde os mais antigos registros. Inumeráveis são as formas pelas quais se expressa, adaptando-se às especificidades culturais e às possibilidades de cada momento histórico. Entretanto, o conhecimento atual a respeito da violência ainda está em processo de construção, em função da complexidade do tema.⁶

Alguns fatores contribuem para a falta de um conhecimento sistematizado sobre a violência contra crianças e adolescentes, como a falta de notificação destas questões em registros médico-hospitalares e ambulatoriais e o envolvimento da família, principalmente no caso de violência doméstica.² Essa afir-

mativa se justifica, pois grande parte dos agressores desses sujeitos sociais é conhecida sendo, não raro, membros da própria família, conforme achados de estudo em nossa⁷ e em outras realidades.⁸

A Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁹ reafirma a infância e a adolescência brasileiras como períodos propícios à violência, e aponta o domicílio como local frequente para a ocorrência de agressões físicas nessa faixa etária. Desafortunadamente, as crianças e adolescentes não estão apenas submetidos à violência doméstica. Outras formas de violência lhes são dirigidas como à saída de casa para a rua,¹⁰ o uso de drogas,¹¹ e prostituição infantil e juvenil.¹² Dados de 1988 mostram que cerca de 200.000 crianças e adolescentes declararam terem sofrido agressão física, o total de 1 milhão de queixosos.⁹ Em 80% dos casos, os agressores dos infanto-juvenis eram parentes e conhecidos. Entre as meninas, a agressão se deu na própria residência em 35% dos casos, enquanto nos meninos, esse fato não ocorre em 19%.⁶

Além disso há os homicídios, que constituem juntamente com os acidentes de trânsito, uma das principais causas de mortes violentas neste grupo etário. Ademais, no Brasil a mortalidade por causas externas entre crianças e adolescentes vem crescendo nas últimas décadas.¹³

Barros *et al.*,¹ analisando o comportamento da mortalidade por causa externas de crianças e adolescentes do Recife, de 1979 a 1995, constataram um aumento, em quase cinco vezes, dos homicídios na sua participação percentual em mortes violentas, entre o início e o fim da série. Nesse mesmo estudo observaram, também, um aumento de 17,4% na mortalidade por causas externas no sexo feminino, apesar de a prevalência ser maior no sexo masculino, com uma relação de seis homens para uma mulher de 0 a 19 anos.

Constituindo-se a violência contra a mulher e, conseqüentemente contra as meninas e adolescentes um grande problema de saúde pública, estudos descritivos são importantes para determinar as características das vítimas, na tentativa de qualificar os serviços de saúde para um melhor diagnóstico com um atendimento adequado e humanizado, além de possibilitar medidas de prevenção.

Métodos

Realizou-se um estudo descritivo, tipo corte transversal, por meio da análise dos prontuários das vítimas de violência de 0 a 19 anos atendidas no Serviço de Apoio à Mulher (SAM) do Hospital Agamenon Magalhães da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, no período de junho de 2001 a dezembro de 2002.

Os prontuários foram selecionados a partir do registro geral de atendimento do SAM, e as seguintes classes de variáveis foram estudadas: características biológicas, características sócio-demográficas, tipos de violência e lesões sofridas, existência de gravidez no momento da agressão, formas de intimidação sofridas, perfil do agressor.

Os tipos de agressões sofridas: a) físicas: qualquer tipo de violência contra o corpo físico, excetuando-se as agressões sexuais; b) sexuais: todas as formas de violência sexual e d) moral: ofensas, ameaças ou outras agressões, porém sem a configuração de violência física ou sexual. Essa variável foi categorizada de acordo com a forma encontrada no prontuário e descrita no protocolo de atendimento do serviço. Os tipos de agressões sofridas não são excludentes, podendo a mesma vítima ter sofrido uma ou mais formas de agressão.

Localização das lesões

Foram consideradas as principais áreas do corpo atingidas pelas agressões e agrupadas da seguinte forma:

- Cabeça
- Pescoço
- Face
- Tórax
- Abdome
- Região Genital
- Membros Superiores
- Membros Inferiores
- Outras

Vale ressaltar que a mesma vítima pode apresentar uma ou mais áreas atingidas

Tipos de lesão

Foram compilados segundo o exame médico e agrupados em:

- Escoriações
- Hematomas/equimoses
- Ferimentos de pele e tecido celular subcutâneo

- Fraturas
- Queimaduras
- Outros

Pode-se encontrar mais de um tipo de lesão na mesma vítima

Existência de gravidez no momento da agressão - a presença de gestação foi confirmada por exame laboratorial ou clínico no momento do atendimento após a agressão sofrida.

Formas de intimidações sofridas

Foram compilados os instrumentos utilizados pelos agressores para intimidar a vítima:

- Arma branca - qualquer objeto utilizado para agredir fisicamente a mulher
- Arma de fogo
- Força física
- Ameaças
- Outros

Grau de conhecimento do agressor

Foi classificado em:

- Desconhecido
- Parceiro íntimo - cônjuge legal, companheiro, noivo, namorado ou amante
- Ex-parceiro íntimo
- Parente ou agregado - pais, irmãos, primos, filhos, tios, sogros, cunhados, etc.
- Rival - amante ou cônjuge do parceiro íntimo
- Outros - Qualquer agressor que não se enquadre em um dos descritos acima

Para pesquisa da literatura sobre o tema foram consultadas as seguintes bases: MEDLINE, LILACS e SCIELO, selecionando-se os artigos em texto completo referidos no estudo.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP) tendo obtido a sua aprovação.

Resultados

A mediana de idade das crianças e adolescentes do sexo feminino atendidas no SAM foi de 16 anos com um mínimo de três e um máximo de 19 anos. A distribuição das crianças e adolescentes atendidas no SAM encontra-se descrita na Figura 1.

Das 170 crianças e adolescentes atendidas pelo SAM 111 (65,3%) foram descritas como pardas, 47

Figura 1

Distribuição das crianças e adolescentes do sexo feminino atendidas no Serviço de Apoio à Mulher segundo a faixa etária. Recife, Pernambuco

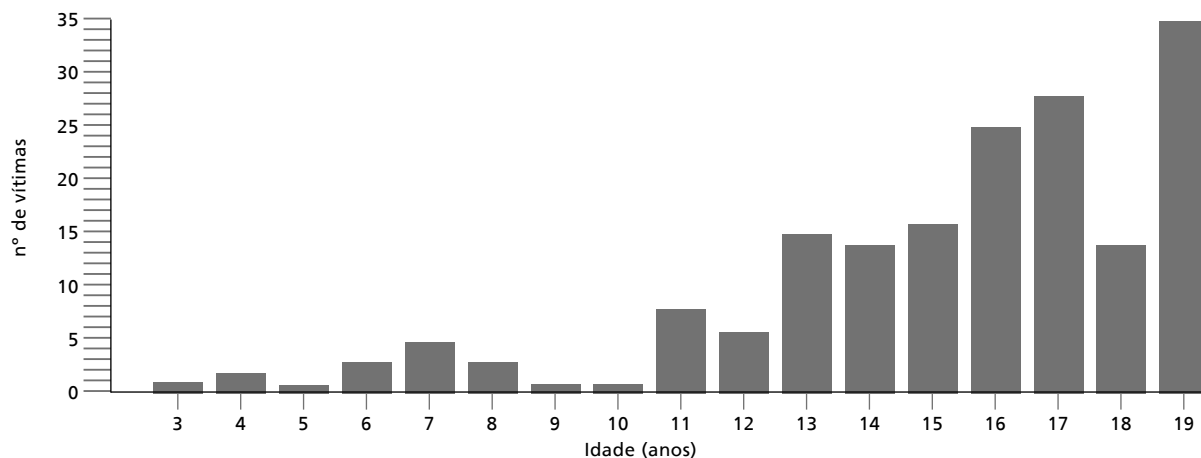


Tabela 1

Distribuição das crianças e adolescentes do sexo feminino atendidas no Serviço de Apoio à Mulher do Hospital Agamenon Magalhães, segundo o estado civil, escolaridade e renda familiar. Recife, Pernambuco.

Variáveis	N	%
Estado civil		
Solteira	163	95,9
Casada	1	0,6
Desquitada/Divorciada	0	0,0
União Consensual	5	2,9
Viúva	0	0,0
Sem Informação	1	0,6
Total	170	100,0
Escolaridade		
Analfabeta	19	11,2
Fundamental	113	66,5
Incompleto	12	7,1
Completo	22	12,9
Médio	1	0,6
Incompleto	3	1,7
Total	170	100,0
Renda da família		
Até 1 sm	53	31,2
1 a 2 sm	38	22,4
2 a 5 sm	29	17,1
> 5 sm	13	7,6
Sem informação	37	21,8
Total	170	100,0

sm = salário mínimo

Tabela 2

Principais tipos de agressões sofridas pelas usuárias do Serviço de Apoio à Mulher do Hospital Hagamenon Magalhães. Recife, Pernambuco.

Tipo de agressão	N	%
Física	77	45,3
Sexual	110	64,7
Moral	6	3,5

As variáveis não são mutuamente excludentes, podendo a mesma vítima ter sofrido mais de um tipo de agressão.

Tabela 3

Localização das lesões.

Localização	N	%
Região genital	80	54,4
Outros	28	19,0
Face	27	18,4
Sem informação	23	15,0
Membros superiores	22	13,5
Membros inferiores	17	11,6
Cabeça	8	5,4
Pescoço	7	4,8
Tórax	4	2,7
Abdome	4	2,7

As variáveis não são mutuamente excludentes, podendo a mesma vítima ter apresentado mais de um local lesionado.

Tabela 4

Formas de intimidação.

Intimidação	N	%
Arma		
Branca	29	15,8
De fogo	29	15,8
Força física	146	79,8
Ameaças	82	44,8
Outros	8	4,4
Sem Informação	16	8,0

As variáveis não são mutuamente excludentes, podendo a mesma vítima ter sofrido mais de um tipo de intimidação.

Tabela 5

Distribuição por grau de conhecimento do agressor.

Agressor	N	%
Desconhecido	63	31,7
Parceiro Íntimo	16	8,0
Ex-parceiro Íntimo	2	1,0
Parente	22	11,1
Rival	2	1
Vizinho	36	18,1
Outros	47	23,6
Sem Informação	11	5,5
Total	199	100,0

Tabela 6

Uso de álcool pelo agressor.

Agressor	N	%
Sim	68	34,2
Não	81	40,7
Desconhecido	21	10,6
Sem Informação	29	14,6
Total	199	100

(27,6%) como as brancas 5,3 como negras e de 1,8% não havia informação. Conforme a Tabela 1 a maioria das vítimas (95,9%) declarou-se solteira no momento do atendimento e a escolaridade em 113 casos (66,5%) era o fundamental incompleto. A renda familiar foi de até um salário mínimo em 31,2% das vítimas, de um a dois em 22,4%; ou seja, mais da metade das vítimas (53,6%) possuem uma renda familiar inferior a dois salários mínimos.

O principal tipo de agressão sofrida pelas vítimas

foi a sexual, presente em 110 (64,7%) casos; 77 (45,3%) pacientes foram vítimas de agressão física e, apenas, 6 (3,5%) relataram agressão moral (Tabela 2).

Oitenta (54,4%) usuárias das 170 registradas apresentaram lesões na região genital e 27 (18,4%) na face. Em vinte e oito (19%) vítimas as lesões tinham outras localizações e não foram especificadas (Tabela 3).

Dezessete (10%) crianças e adolescentes tiveram a gravidez confirmada no momento do atendimento.

Na maioria dos casos, 146 (79,8%), os agressores utilizaram a força física como forma de intimidar as vítimas (Tabela 4).

O agressor era desconhecido da vítima em 63 (31,7%) dos casos. Dentre os conhecidos, destacam-se os vizinhos que foram apontados em 36 (18,1%) dos casos (Tabela 5).

Oitenta e uma (40,7%) vítimas não referiram uso de álcool pelo agressor, o fizeram, no entanto 68 (34,2%) (Tabela 6).

Discussão

A maior prevalência de violência contra vítimas entre 10 e 19 anos está de acordo com os indicadores de morbidade e fatores de risco do DATASUS. Segundo esse órgão, as internações hospitalares das crianças e adolescentes do sexo feminino por causas externas, no ano de 2003, decorrentes de agressão foram mais freqüentes na faixa etária dos 10 aos 19 anos foram duas vezes maior que entre 0 e 9 anos.¹⁴

Diferentemente do resultado do presente estudo em relação à cor da pele, nos Estados Unidos há uma predominância da cor branca entre as mulheres violentadas.^{15,16}

A baixa renda familiar das vítimas e dos agressores está de acordo com os dados do FIBGE para a nossa região. Portanto, pode-se inferir que esse nível de renda é um reflexo do perfil socioeconômico da população estudada. Segundo Minayo,¹⁷ a origem dos maus tratos contra as crianças e adolescentes brasileiros está na violência estrutural, representada pela extrema desigualdade social, exclusão e privação da cidadania a qual está sujeita a grande maioria da população, vivendo em condições de pobreza e miséria. no entanto, a violência atinge todas as faixas etárias, classes sociais e pessoas de ambos os sexos.

Ainda com relação à renda das pacientes e agressores, o nosso estudo aponta uma associação entre pobreza e violência. No entanto devemos levar em consideração que a baixa renda encontrada também

pode ser explicada pelas características da população atendida no SAM, visto que trata-se de um equipamento público de saúde freqüentado por pacientes de baixo nível socioeconômico. Ademais, o serviço está localizado em bairro populoso do Recife e onde se encontra uma grande desigualdade social.

No quesito tipo de agressão, os achados do estudo superaram os da literatura. Um estudo realizado por Finkelhor,¹⁸ em diferentes países estima a existência do episódio de abuso sexual em torno de 20% entre as mulheres. Já em um estudo feito em escolas estaduais em São Gonçalo, Rio de Janeiro,¹⁹ a agressão física foi aproximadamente sete vezes mais prevalente que a sexual. Este último estudo, no entanto, não abrange apenas crianças e adolescentes do sexo feminino. É importante ressaltar que a prevalência de violência sexual vai depender da definição utilizada, do local, dos sujeitos da pesquisa e dos métodos de avaliação. Ademais neste estudo a agressão física também esteve presente de forma significativa e a ocorrência de uma agressão não exclui a existência de outra. De fato a agressão moral e a física podem estar inseridas na violência sexual.

O contato dessas crianças e adolescentes com alguma forma de violência sexual e exposição crônica a ela podem prejudicar o seu desenvolvimento psíquico e sexual. Estudos mostram que crianças e adolescentes sexualmente abusados desenvolvem transtornos de ansiedade, sintomas depressivos e agressivos,²⁰⁻²² apresentam problemas quanto ao seu papel e funcionamento sexual¹⁸ e dificuldades sérias em relacionamentos interpessoais.²³

A maior freqüência de lesões físicas em região genital, comparada com as outras regiões justifica-se pela alta incidência de violência sexual. No entanto, não se descarta a existência de outras regiões afetadas ou outros tipos de lesões visto que as variáveis não são excludentes. Em dois estudos realizados em São Paulo,^{24,25} ambos sobre violência sexual, também foi encontrada uma alta prevalência de lesões genitais.

A força física e a ameaça foram utilizadas pela maior parte dos agressores, respectivamente, como forma de intimidação. Isso se dá pela situação de fragilidade da vítima, pois crianças e adolescentes do sexo feminino fazem parte da categoria dominada e sujeita ao poder exercido pelo mais velho sobre o mais novo e do masculino sobre o feminino. Os resultados do presente estudo superam os números do estudo de violência sexual em adolescentes de Reis *et al.*²⁴ que constataram a utilização da força física e grave ameaça, como as principais formas de coerção à vítima. Em contraste com o nosso estudo, Ferreira²⁵ relata a predominância da grave ameaça

como forma de coerção usada contra vítimas adolescentes em detrimento da força física. Todavia, a comparação não é fidedigna, pois esses estudos isolaram os casos de violência sexual para avaliar as formas de agressão.

Os agressores, em quase um terço dos casos eram desconhecidos da paciente. Tais resultados vão de encontro ao estudo de violência sexual no Centro de Referência da Criança e do Adolescente e nos Conselhos Tutelares de Ribeirão Preto, São Paulo, no período de 1995 a 2000, no qual pais (34,2%) e padrastos (30,3%) foram os que mais agrediram, com os primeiros vitimizandando mais crianças (19,7%) e os segundos, adolescentes (17,1%). Outros componentes da família, tais como tios (11,5%) e irmãos (6,4%) também aparecem como agressores sexuais.²⁶ Ou seja, na maioria dos casos há um envolvimento de parentes. Entretanto, os dados podem estar subestimados porque o medo, a vergonha e a possível reincidência da agressão fazem com que a violência dentro dos lares, perpetrada por pessoas do círculo familiar, não raro, sejam omitidas.

A presença de gravidez no momento do atendimento chama a atenção por se tratar de um estudo de crianças e adolescentes e está de acordo com alguns estudos, que estimam que entre 4% e 17% das mulheres grávidas sejam vítimas de violência doméstica.²⁷

Ao contrário do que esperávamos encontrar, o uso do álcool pelo agressor não prevaleceu, mas também não foi inexpressivo. Esse resultado aproximou-se de um estudo realizado no Chile,²⁸ e superou em duas vezes ao encontrado em Ortega *et al.*,²⁹ no México. Todavia, os resultados do presente estudo podem estar subestimados, pois parte das vítimas, desconheciam o consumo de álcool ou não havia resposta no seu prontuário.

Por se tratar de um estudo descritivo, a partir de um banco de dados previamente elaborado, com busca em prontuário, houve limitações metodológicas no trabalho. Algumas variáveis apresentaram dados sem informação, os quais não puderam ser resgatados, pois não houve contato com as vítimas. A avaliação do perfil do agressor foi prejudicada, pois muitos dados eram desconhecidos pelas pacientes, dificultando a análise das variáveis.

Embora haja limitações, estudos deste tipo são valiosos não só para reconhecer as características das crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência, mas também para contribuir com a construção do conhecimento acerca de um tema extremamente complexo, por envolver questões culturais, sociais, temporais e individuais

Agradecimentos

Ao Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP pelo suporte e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPQ pela bolsa do Programa de Iniciação Científica.

Referências

- Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35:142-9.
- Souza ER, Assis SG. Mortalidade por violência em crianças e adolescentes do Município do Rio de Janeiro. *J Bras. Psiquiatr*. 1996; 45: 85-94.
- WHO (World Health Organization). Violence against women information pack: a priority health issue: 1997 [on line]. Available from: : http://www.who.int/frh-whd/VAW/infopack/English/VA_Winfopack.htm. [2005 27 out].
- Datner EM, Ferroggiaro AA. Violence during pregnancy. *Emerg Med Clin North Am*. 1999; 17: 645-55.
- Yeager K, Seid A.. Primary care and victims of domestic violence. *Prim Care: Clin Off Pract*. 2002; 29: 125-50.
- Assis SG. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectiva para o futuro. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10 (Supl 1): 126-13v
- Mello Jorge MHP, Latorre MRDO. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10 (Supl 1): 45-60.
- Justice B, Justice R.. *The abusing family*. New York: Human Science; 1976.
- FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Crianças e adolescentes: indicadores sociais*. Rio de Janeiro; 1989.
- Minayo MCS. *Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde: panorama ENSP*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1990.
- CEBRID (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas). *Departamento de Psicologia da Escola Paulista de Medicina. Abuso de drogas entre meninos e meninas de rua do Brasil*. São Paulo: Ave Maria; 1990.
- Gomes R. *O corpo na rua e o corpo da rua: a prostituição infantil feminina em questão [tese doutorado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 1994.
- Yunes J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Bol Ofic Sanit Panam*. 1993; 114: 302-16.
- Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia (CEPNAPI) TASUS: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Mortalidade proporcional por grupos de causas, 1999 [on line]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/> [2005 set 18]
- Eckert LO, Sugar N, Fine D. Characteristics of sexual assault in women a major psychiatric diagnosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186: 1284-91.
- Brokaw J, Gleason LF, Olson L, Crandall C, McLaughlin S, Sklar D. Injury prevention health status and intimate partner violence: a cross-sectional study. *Ann Emerg Med*. 2002; 39: 31-8.
- Minayo MCS. *Violência e saúde no Rio de Janeiro: algumas considerações*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
- Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1994;18: 409-17.
- Assis SG, Avanci JQ, Santos Nilton C, Malaquias JG, Oliveira RVCI. *Violência e representação social na adolescência no Brasil*. *Rev Panam Salud Publica*. 2004. 16: 43-51.
- Green A. Child sexual abuse: immediate and long-term effects and intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 1993; 32: 890-902.
- Hibbard R, Ingersoll G, Orr D. Behavioral risk, emotional risk, and child abuse among adolescents in a nonclinical setting. *Pediatrics*. 1990; 86: 896-901.
- Yama M, Tovey S, Fogas B. Childhood family environment and sexual abuse as predictors of anxiety and depression in adult women. *Am J Orthopsychiatr*. 1993; 36:136-146.
- Salzinger S, Feldman R, Hammer M, Rosário M. The effects of physical abuse on children's social relationship. *Child Dev*. 1993; 64: 169-87.
- Reis JN, Martin CCS, Ferriani MGC. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 465-73.
- Ferreira JD. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [tese doutorado]*. São Paulo: Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 2000.
- Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 456-64.
- Datner EM, Ferroggiaro AA. Violence during pregnancy. *Emerg Med Clin North Am*. 1999; 17: 645-55.

28. Vizcarra MB, Cortés J, Bustos L, Alarcón M, Muñoz S. Violencia conyugal en la ciudad de Temuco. Un estudio de prevalencia y factores asociados. *Rev Med Chile*. 2001; 129: 1405-12.
29. Ortega MAF, Terrés BEV, Bannak MED, Quintankla EG, Ramírez MPP, Ortega VS, Kirienko AD. La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta. *Rev Fac Med UNAM*. 2001; 44: 49-54.

Recebido em 5 de outubro de 2005
Versão final apresentada em 14 de abril de 2006
Aprovado em 20 de abril de 2006