



ORIGINAL

INDICADORES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PRATICADA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

INDICATORS OF DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS

Dalva ROSSI¹
João Luiz PINTO e SILVA²

RESUMO

Objetivo

Avaliar os conhecimentos dos profissionais da saúde do setor público de Campinas, São Paulo, acerca dos sinais que indicam a ocorrência da violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes.

Métodos

A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2002, com profissionais de formação superior, além de auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam no setor público de saúde da cidade de Campinas. Foram distribuídos 3 004 questionários preparados e pré-testados pelos autores, juntamente com os consentimentos livre e esclarecidos. Foram respondidos 594 questionários perfazendo o total de 19,8%.

Resultados

Os resultados apresentados pelos profissionais sugerem a existência de predisposição para identificar as situações de vulnerabilidade em que se encontram as crianças e adolescentes.

¹ Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. R. Alexander Fleming, 101, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Barão Geraldo, 13083-000, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: D. ROSSI. E-mail: <dalva.r@terra.com.br>.

² Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

Conclusão

Os profissionais da saúde entrevistados souberam detectar os sinais indicadores da ocorrência da violência doméstica ou de uma suspeita em qualquer um dos seus tipos.

Termos de indexação: defesa da criança e do adolescente; notificação de abuso, violência doméstica.

ABSTRACT

Objective

To evaluate the knowledge of the public sector healthcare workers in Campinas regarding the warning signs that indicate the occurrence of domestic violence (DV) against children and adolescents.

Methods

This study was carried out between August and December 2002 and included university level staff, as well as auxiliary nurses and nursing technicians working in the public sector in the city of Campinas. A questionnaire was prepared and pre-tested by the authors, and 3.004 copies were distributed, together with informed consent forms. A total of 594 questionnaires (19.8%) were completed and returned.

Results

The results presented by the health workers suggest that there is a predisposition towards identifying children and adolescents in vulnerable situations.

Conclusion

Healthcare workers interviewed in this study were capable of detecting signs that indicate the occurrence or the suspicion of domestic violence of any kind.

Indexing terms: child advocacy; mandatory reporting; domestic violence.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica, fenômeno social de grande importância, envolve uma série de delicadas situações que geram dificuldades em sua interpretação e prevenção. Com frequência, por acontecer no âmbito familiar, tem sua existência acobertada pelos habituais agentes desencadeadores, tornando-se difícil de ser percebida e, quando detectada, raramente é denunciada.

Muitos aspectos da violência são, eventualmente, levantados pelos profissionais, entretanto não são entendidos ou levados em consideração pela família como um problema.

Para Azevedo & Guerra¹ violência doméstica, é:

... todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

É um fenômeno muitas vezes camuflado e envolvido pelo silêncio da própria família, que impõe barreiras ou dificuldades à detecção, registro, notificação e tratamento.

De acordo com Guerra² existem quatro tipos de violência doméstica reconhecidos: violência

sexual, violência física, violência psicológica e negligência.

A violência sexual (VS) é identificada por Azevedo & Guerra³ como: "todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa".

Para Monteiro Filho & Phebo⁴ os maus-tratos físicos ou a violência física (VF) são vistos como:

... uso da força física intencional, não acidental, ou atos de omissão intencionais, não acidentais, praticados por parte dos pais ou responsáveis pela criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes.

Para a violência psicológica (VP) também existem várias definições, diferentes na terminologia, mas similares nos conteúdos. Guerra² definiu:

... tortura psicológica ocorre quando um adulto constantemente deprecia a criança, bloqueia seus esforços de auto-aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental. Ameaças de abandono que também podem tornar uma criança medrosa e ansiosa, representando formas de sofrimento psicológico.

Já a negligência (N), outro tipo de violência doméstica, não menos importante, é definida como:

... uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocional de uma criança ou adolescente. Configura-se quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos etc., e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle².

Pesquisadores da área da criança e adolescente enfatizam a importância de cuidados especializados direcionados à essa faixa etária, seja nos aspectos físicos ou psicossociais.

As leis já proporcionam às crianças e aos adolescentes o respaldo jurídico nos casos de serem vítimas de qualquer tipo de violência, em especial a doméstica.

O artigo 5º do Estatuto da Criança e do Adolescente⁵ garante:

.... Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

A Constituição Federal de 1988 Brasil no artigo 227, diz:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão⁶.

No parágrafo 4º do mesmo artigo: "A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente".

Porém, as leis, isoladamente, não garantem às crianças e aos adolescentes a preservação de seu estado físico e emocional. Nas suspeitas ou confirmações de violência, a observação deve ser feita de forma cuidadosa e os órgãos responsáveis devem ser acionados a fim de impedir que a esta se concretize e se perpetue, tendo como conseqüências seqüelas que dificilmente poderão ser eliminadas.

Os dados estatísticos demonstram a existência do fenômeno. Embora os números possam não retratar a realidade em sua amplitude, o que dificulta a sua análise a partir de uma adequada quantificação, é importante que sejam apresentados para que a sociedade constate a gravidade do problema, e possa refletir sobre alternativas de seu controle e de sua interrupção.

A realidade dos dados estatísticos demonstra que o fenômeno não ocorre somente nos países em desenvolvimento, mas atinge também cifras elevadas em países considerados de primeiro mundo. Estudos selecionados entre 1990-1998, pelo *Center for Health and Gender Equity* - Change Heise & Ellsberg⁷ confirmam a assertiva.

Sobre os dados da realidade brasileira, embora escassos, estudiosos do assunto não medem esforços para a sistematização das estatísticas.

Estudo realizado no Ambulatório de Pré-Natal de Adolescentes do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Rossi et al.⁸ detectaram que, no período de abril de 1989 a janeiro de 1993, de 665 adolescentes grávidas atendidas, onze foram vítimas de violência sexual. Destas, a maior frequência de violência ocorreu no âmbito familiar (sendo os responsáveis pelo abuso: um pai biológico, dois irmãos, três tios, três vizinhos, dois desconhecidos).

Ainda em Campinas, Santos⁹, a partir de estudos realizados em boletins de ocorrência da Delegacia de Defesa da Mulher registrados em 1993, encontrou 218 casos de violência sexual (estupro, atentado violento ao pudor). Destes, 135 foram praticados por pessoas conhecidas das vítimas, incluindo familiares.

Vargas¹⁰ investigou 911 boletins de ocorrência emitidos pela Delegacia de Defesa da Mulher na cidade de Campinas, no período de 1988 a 1992. O estudo revelou quatro tipos de crimes: estupro, tentativa de estupro, atentado violento ao pudor e sedução. A autora detectou nos documentos avaliados que a demanda maior de queixas de estupro por parte da vítima ou de seu representante legal era contra suspeitos conhecidos. Encontrou dados de relevância quanto ao relacionamento entre vítima e agressor, constando nos boletins de ocorrência: pais 20%, sem informações e conhecidos 16%, vizinhos e outros parentes 14%, marido 6%, padrasto 4%, agressor que atua no mesmo campo de trabalho da vítima 5%, namorado 3% e outros 2%.

Este estudo se propôs avaliar os níveis de conhecimentos dos profissionais da saúde do setor público de Campinas sobre os sinais identificadores da violência doméstica, condição absolutamente necessária para a condução da denúncia e interrupção deste processo.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada pelo estudo descritivo de corte transversal, no período de agosto a dezembro de 2002, com profissionais de formação superior, além de auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam no setor público de saúde da cidade de Campinas.

O método de estudo consistiu de aplicação de entrevistas estruturadas. Optou-se por questões fechadas, excluindo-se a opção nenhuma das alternativas (n.d.a), e deixando espaço ao final do questionário para que os sujeitos pudessem se manifestar. Foram incluídas apenas três questões abertas.

Os questionários preparados pelos autores e pré-testados foram entregues para 3 004 profissionais catalogados, que após terem concordado em participar assinaram um consentimento livre e esclarecido e, em seguida, responderam à pesquisa, devolvendo-os em urnas adequadas, em local predeterminado no próprio trabalho. Participaram desta pesquisa profissionais das seguintes Instituições: Hospital de Clínicas (HC), da Unicamp, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher CAISM-Unicamp, Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, 45 Centros de Saúde da cidade de Campinas e 22 serviços especializados.

Os sujeitos foram: assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional.

A metodologia de distribuição consistiu dos seguintes passos:

- Inicialmente foi realizado contato com os responsáveis pelas instituições participantes e com o coordenador dos Distritos Municipais dos Centros de Saúde, para informá-los sobre o objetivo da pesquisa e solicitar autorização para a sua realização nos respectivos serviços.

- Em um segundo momento, o contato foi realizado com os coordenadores dos Centros de Saúde, os diretores da Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Psicologia e médicos do HC, CAISM, e do Hospital Dr. Mário Gatti, com o objetivo de apresentar o projeto e solicitar o seu apoio e colaboração na divulgação para seus profissionais.

Em todos estes Serviços optou-se por submeter o questionário aos setores que atendem crianças e adolescentes.

Para cada tipo de Violência Doméstica (VD) (física, sexual, psicológica e negligência) foi solicitado ao entrevistado que apontasse três sinais indicadores de sua ocorrência, suspeitada ou confirmada. Para categorizá-los dividiu-se em grandes grupos agregando os similares.

Os dados, obtidos através dos questionários respondidos pelos profissionais, foram introduzidos em um banco de dados elaborado através do programa DBASEWIN e apresentados em tabelas na forma de porcentagem e números absolutos.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do CAISM/Unicamp-CEP, e posteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM).

RESULTADOS

Foram devolvidos 50,0% dos 3 004 questionários distribuídos, sendo 594 (19,8%) respondidos e 906 (30,2%) em brancos.

Do total de 558 questionários respondidos que identificaram a profissão, os médicos e auxiliares de enfermagem formaram as categorias com maior número de profissionais e com maior índice de participação: 25,8 % e 24,2%, respectivamente. Já os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais formaram as categorias com menor número de profissionais representados, com menor índice de respostas, respectivamente, 1,6% e 2,3% (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos profissionais participantes.

Profissão	n	%
Assistente Social	44	7,9
Auxiliar de Enfermagem	135	24,2
Dentistas	33	5,9
Enfermeiros	107	19,2
Fisioterapeutas	9	1,6
Médicos	144	25,8
Psicólogos	25	4,5
Técnico de Enfermagem	48	8,6
Terapeuta Ocupacional	13	2,3
Total	558	100,0
Sem resposta	36	

Tabela 2. Sinais observados pelos participantes para a suspeita ou confirmação da violência doméstica.

Sinais	Violência			Negligência
	Física	Sexual	Psicológica	
Alteração de comportamento	252	406	689	131
Alteração de desenvolvimento	14	13	26	57
Choro	24	31	158	-
Dificuldades de comunicação	34	57	66	8
Dificuldades de relacionamento	29	13	38	24
Falta de higiene	9	-	-	286
Fraturas	96	-	-	2
Hematomas	421	45	6	9
Infecções	-	104	-	-
Lesões corporais físicas	255	-	-	24
Lesões vaginais	-	179	9	-
Maus-tratos físicos em geral	53	17	32	492
Medo	214	249	105	18
Queimaduras	91	2	-	5
Relato da criança ou adolescente	-	31	17	5
Outros	58	145	106	137
Ignorado	32	72	75	90
Não sabe	-	26	22	5

Os profissionais do sexo feminino predominaram nas respostas, compreendendo 84,5% de 557 participantes que responderam ao questionário.

A média de idade dos profissionais foi de 37,7, sendo a mínima de 20 anos e a máxima de 66 anos. A média do tempo de exercício na profissão foi de 12,5 anos e a do tempo de formado foi 12,7 anos.

Os resultados apresentados sugerem a existência de predisposição para identificar as situações de vulnerabilidade em que se encontram as crianças e adolescentes. Na VF, a evidência de alguns sinais que se destacaram pode facilitar o processo de reconhecimento como hematomas e lesões corporais, já a subjetividade de outros, como a ansiedade, pode apenas, sugerir sua existência (Tabela 2).

Na VS, a alteração de comportamento, que inclui repúdio ao toque, atitudes erotizadas e medo foram os resultados apontados com maior frequência, dados importantes observados em vista das dificuldades de percepção desse tipo de violência sem um contato mais próximo com a vítima.

Os aspectos que predominaram na violência psicológica indicaram dificuldades para confirmar a sua existência sem o acompanhamento mais prolongado da situação. Diante disso a alteração de comportamento concentra o maior número de sinais, que envolveu irritabilidade, timidez e outros.

Quanto a negligência a tendência foi indicar sinais relacionados à aparência ou condições de higiene. Estes, no entanto, nem sempre são os mais eficientes para identificar este tipo de violência. Houve preocupação com os maus-tratos físicos que envolvem, além da higiene, o descuido com as roupas, alimentação inadequada, ansiedade, rebeldia, tristeza, além de outros citados.

DISCUSSÃO

A metodologia da pesquisa incluiu no estudo profissionais de formação superior, além de auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam no setor público de saúde da cidade de Campinas. Foram inseridas todas as categorias profissionais selecionadas

na realização do projeto e todos os profissionais incluídos foram considerados sujeitos do estudo.

A partir da entrega aos responsáveis, o seguimento dos formulários foi monitorado através de contato telefônico ou pessoal, para acompanhar o desenvolvimento do trabalho. Segundo Tenório¹¹, acompanhamento ou monitoração é a realização do controle durante o desenvolvimento das atividades e cuja principal função é procurar, dentro do rigor científico e sem interferência direta, detectar os possíveis desvios.

A não devolução dos questionários respondidos pode sugerir alguns indicadores como: a não adesão, por parte dos coordenadores das unidades de saúde, à pesquisa, e por essa razão não incentivar os profissionais a responder aos questionários; a sobrecarga de trabalho, impossibilitando-os assumir mais uma atividade; o fato de não acreditar que sua contribuição seria relevante; e, simplesmente, o desejo de não participar, além do medo de ser identificado pelo agressor.

É necessário ressaltar que a saúde pode ser um dos espaços propícios para a percepção dos sinais de violência doméstica emitidos ou apresentados pelas crianças e adolescentes, e até por seus pais. O estudo chama a atenção para a necessidade dos profissionais perceberem esses sinais.

Quanto às respostas dos profissionais, observamos que o mesmo sinal pode ser atribuído para todos os tipos de violência, o que demonstra que diferenciá-los ainda é um processo complexo.

Nos resultados deste estudo, por exemplo, quando os profissionais indicaram os sinais da negligência, a falta de higiene aparece com grande destaque. Embora este possa realmente ser um sinal concreto, a negligência pode não apresentar sinais visíveis; as marcas da violência podem ser internas, resultantes de sofrimento a que está sendo submetida a criança ou o adolescente, por humilhação, ameaças, medos, chantagem e outros constrangimentos.

Os sinais apontados são compatíveis com os de autores que pesquisaram o assunto e já

estabeleceram que estes podem prevenir ou interromper uma violência instalada. Azevedo & Guerra¹², quando elencam os vários sinais, são incisivas ao afirmar que estes não são específicos indicadores da ocorrência de VD e devem ser contextualizados, pois isolados podem não ter qualquer significado. Monteiro Filho & Phepo⁴ afirmaram

... um sinal e/ou sintoma são motivos de alarme; um conjunto de sinais ou sintomas indica a possibilidade de maus-tratos. Raramente uma prova se apresenta sozinha. Para isso, temos que estar atentos e vigilantes para sinais de maus-tratos: eles indicam que é necessário agir rápido.

Drezett et al.¹³, em estudo com 617 vítimas que alegaram a ocorrência de violência sexual, regularmente matriculadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher, entre julho de 1994 e agosto de 1999, ressaltam que "A ocorrência de trauma extragenital foi observada em 60 adolescentes (11,0%), sendo o hematoma o achado de maior frequência (3,5%), seguido de escoriações diferentes extensões (3,1). Entre crianças, não observou-se a ocorrência de traumas genitais".

Sisley et al.¹⁴, em pesquisa com casais, constatam que crianças expostas à violência podem apresentar conseqüências como alteração de comportamento, pesadelos, depressão, agressividade, além de outras que poderão ocorrer a longo prazo. Argumentam que as crianças que vivenciam a violência doméstica podem até considerá-las normal no momento, não reconhecer ou admitir sua existência como tal, mas que no futuro poderão reproduzir essa violência, ou manifestar seqüelas de sua ocorrência.

Martin¹⁵ quando se refere às conseqüências da VD para as crianças enfoca que estas podem ocorrer de várias formas: crianças que vivenciaram e, portanto, foram expostas, crianças com traumas de violência experimentada, quando vêem suas mães sendo violentadas pelos pais ou parceiros e, conclui que estas apresentam dificuldades no comportamento emocional, com problemas de relacionamento com outras pessoas.

Sobre as conseqüências a longo prazo do abuso sexual sofrido pelas crianças, Rouyer¹⁶ afirmou que não há estudos retrospectivos comprobatórios e, que somente, os testemunhos freqüentes de adultos abusados e vítimas de incesto são elementos importantes que possibilitam dizer que os problemas ocorrem tardiamente.

Schraiber et al.¹⁷, em pesquisa com 2 645 mulheres em São Paulo e na Zona da Mata em Pernambuco, entre 15 e 49 anos, apontaram como conseqüências para os filhos entre cinco e 12 anos, sintomas como: chupar o dedo, enurese, pesadelos, timidez, agressividade. Para os filhos na mesma idade, relataram repetência escolar e na Zona da Mata abandono escolar, sintomas similares aos apontados pelos profissionais que participaram da pesquisa.

Sibert et al.¹⁸, estudando o abuso físico durante dois anos com crianças abaixo de 14 anos em Gales, no Reino Unido, verificaram que os abusos físicos eram seis vezes mais comuns em bebês e que o traumatismo craniano, com hemorragia, e fraturas são mais comuns em bebês abaixo de um ano de idade; portanto, as crianças começam a ser abusadas no primeiro ano de vida.

Faúndes et al.¹⁹, em estudos com 1 838 mulheres entre 15 e 49 anos, residentes em cidades do interior do Estado de São Paulo, para verificar se haviam sofrido episódios de violência sexual e a relação destes com queixas ginecológicas e disfunções sexuais, constataram que 54,8% das entrevistadas relataram que não foram coagidas, mas alguma vez tiveram relações sexuais contra sua vontade, 23,0% disseram que alguma vez sofreram algum tipo de constrangimento e 7,15 relataram que foram forçadas. Os autores entendem que as condições de ocorrência não caracterizam estupro, mas são formas de violência, e consideram que o resultado de queixas e sintomas ginecológicos é resultante de persuasão e outros elementos que estão próximos ao estupro, o que vem ao encontro dos dados do presente estudo, que consideram disfunções sexuais como sinais indicadores da violência progressa.

É fundamental que a percepção do profissional de saúde não seja direcionada a marcas concretas de natureza física, mas especialmente àquelas que não estão visíveis. Indicar o medo de modo relevante para todos os tipos de VD, como fizeram todos os participantes, não os reduzindo apenas a um tipo especial de violência, é a comprovação tácita de que o olhar adequado é o que avança além dos limites da situação que se observa.

Há uma diversidade ampla e manifesta de sinais e sintomas, permeando os diferentes tipos de violência e pode-se perceber que os profissionais associaram de modo adequado o entrelaçamento deles como reveladores de violência suspeitada.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo MA, Guerra VNA. Pondo os pingos nos is. Telecurso de especialização. São Paulo: Laboratório de Estudos da Criança - LACRI, PSA; 1995c. Infância e Violência Doméstica.
2. Guerra VNA Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 3.ed. São Paulo: Cortez; 1998.
3. Azevedo MA, Guerra VNA. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu; 1989. p.25-47.
4. Monteiro Filho L, Phebo L, coordenadores. Maus-tratos contra crianças e adolescentes, proteção e prevenção: guia de orientação para educadores. 2.ed. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados;1997.
5. Campinas, SP. Lei 8069/90, março de 1994. Estatuto da Criança e do Adolescente. Edição especial para distribuição aos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e entidades classistas. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Campinas;1994. p.9.
6. Brasil. Constituição (1988). Artigo 227. Capítulo VII [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2005 [acesso em 25 out. 2005]. Disponível em: http://legis.senado.gov.br/con1988/CON1988_10.08.2005/index.htm
7. Heise L, Ellsberg M. Como acabar com a violência contra as mulheres. Pop Rep. 1999; 27(4):11.
8. Rossi D, Motta ML, Silva JLP. Gravidez entre adolescentes: resultados de violência sexual. Rev Ginecol Obstet.1994; 5(4):267-74.
9. Santos MFF. Violência sexual: contra a mulher cometida por agressor desconhecido da vítima. Campinas: Alínea; 1997.
10. Vargas JD. Familiares ou desconhecidos? A relação entre os protagonistas do estupro no fluxo do Sistema de Justiça Criminal. Rev Bras Ciênc Soc. 1999; 14(40):1-28.
11. Tenório FG. Gestão de Ongs. Principais funções gerencias. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2003. p.95-126.
12. Azevedo MA, Guerra VNA. Compartilhando a luta? O Papel dos profissionais. II Telecurso de especialização. São Paulo: Laboratório de Estudos da Criança - LACRI, IPUSP; 1995. Infância e Violência Doméstica.
13. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prietto ET Marques, J. Fernandes, C.F. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. J Pediatr. 2001; 77(5):413-9.
14. Sisley A, Jacobs LM, Poole G, Campbell S, Esposito T. Violence in America: a public health crisis-domestic violence. J Trauma.1999; 46(6):1105-12.
15. Martin S. Children exposed to domestic violence: psychological considerations tor health care Practitioners. Holist Nurs Pract. 2002; 16(3):7-15.
16. Rouyer M. As crianças vítimas, consequências a curto e médio prazo. In: Gabel M. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997. p.62-71.
17. Schraiber LB, D'oliveira AFPL, França Jr IF, Pinho AA. A violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública. 2002; 36(4):470-7.
18. Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJH. The incidence of severe physical child abuse in wales. Child Abuse Negl. 2002; (26): 267-76.
19. Faúndes A, Hardy H, Osis MJ, Duarte GO. Risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. RBGO. 2000; 22(3): 153-7.

Recebido para publicação em 26 de abril e aceito em dezembro de 2005.