



NOTE PREVIEW ARTICLE

YOUNG ADULT VICTIMS OF SEXUAL ABUSE IN CHILDHOOD OR ADOLESCENCE – CASES STUDY FROM THE PERSPECTIVE OF HUMAN DEVELOPMENT BIOECOLOGY

JOVENS ADULTAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA OU ADOLESCÊNCIA – ESTUDO DE CASOS NA PERSPECTIVA DA BIOECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

ADULTAS JOVENES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA – ESTUDIO DE CASOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL BIOECOLOGÍA DEL DESARROLLO HUMANO

Renata de Miranda Correia¹, Deocleciano Lino Oliveira², Inez Maria Tenório³, Ednaldo Cavalcante de Araújo⁴, Elizabeth Cordeiro Fernandes (Betinha)⁵

ABSTRACT

Objective: to understand the constructs and attitudes of young adults who suffered sexual violence in infancy or adolescence, being analyzed the context of its environment. **Method:** this research, descriptive and study of cases type, in depth. Theoretical references will be: the definition of sexual violence of the World Health Organization and the Ecological Theory of Human Development. Female young with ages between 20 and 25 years will participate, enrolled in a Unit of the Family Health Program of Olinda, Pernambuco, that have suffered sexual violence in infancy or adolescence. The data will be collected by semi-structured interview and participative observation, approaching the situation where the event (or events) occurred, the attitudes of the victim and its family, the feelings of the victim for herself and for the aggressor, the current situation in the family and social life. The answers will be recorded, transcribed and the content analysis will follow the thematic modality. **Expected results:** we expect to contribute with another look for this problem of world public health, identifying factors that enforce or weaken the resilience of people who suffered the breaking from the body, soul and life. **Conclusion:** the most studies on sexual violence priorizes the victim and has little or no approach on the environment. **Descriptors:** sexual abuse; social support; resilience; bioecology's theory of the human development.

RESUMO

Objetivo: compreender os construtos e as atitudes de adultas jovens que sofreram vitimação sexual na infância ou adolescência, analisando o contexto do seu ambiente. **Método:** pesquisa descritiva e do tipo estudo de casos. Serão utilizados como referencial teórico: a definição de violência sexual da Organização Mundial de Saúde e a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano. Participarão jovens do sexo feminino entre 20 a 25 anos, inscritas em uma Unidade do Programa Saúde da Família de Olinda, Pernambuco, que tenham sofrido violência sexual na infância ou adolescência. Os dados serão coletados por entrevista semi-estruturada e observação participante, abordando a situação em que ocorreu o evento (ou eventos), as atitudes da vítima e de sua família, os sentimentos da vítima para consigo e para o agressor, a situação atual na vida familiar e social. As respostas serão gravadas, transcritas na íntegra e a análise de conteúdo seguirá a modalidade temática. **Resultados esperados:** espera-se contribuir com outro olhar para esse problema de saúde pública mundial, identificando-se fatores que empoderam ou enfraquecem a resiliência de pessoas que sofreram a violação do corpo, da alma e da vida. **Conclusão:** a maioria dos estudos sobre violência sexual prioriza a vítima e tem pouco ou nenhum enfoque no ambiente. **Descritores:** abuso sexual; rede de apoio social; resiliência humana; teoria da bioecologia do desenvolvimento humano.

RESUMEN

Objetivo: entiendan los constructos y actitudes de adultas jóvenes que habían sufrido al vitimación sexual en infancia o adolescencia, siendo analizado el contexto de su ambiente. **Método:** estudio descriptivo y del tipo de estudio de casos en los que se utilizará como marco teórico: la definición de la Organización Mundial de la Salud de violencia sexual y la Teoría de Ecología del Desarrollo Humano. Las mujeres que participan serán jóvenes de entre 20 y 25 años, inscritos en una unidad del Programa de Salud Familiar de Olinda, que han sufrido violencia sexual en la infancia o la adolescencia. Los datos serán recogidos por entrevistas semi-estructuradas y observación participante, frente a la situación en la que el evento (o eventos) ocurrió, las actitudes de la víctima y su familia, los sentimientos de la víctima para ella y para el agresor, la situación actual en la vida familiar y social. Las respuestas se registran, transcritas textualmente y el análisis el contenido seguirá la modalidad temática. **Resultados esperados:** se espera que contribuya otra mirada a este problema de salud pública mundial, la identificación de factores que permiten o debilitar la resistencia de las personas que sufrieron la violación de cuerpo, alma y vida. **Conclusión:** la mayoría de los estudios se centra en la violencia sexual y la víctima tiene poca o ninguna atención en el medio ambiente. **Descritores:** abuso sexual; la red de apoyo social; la resistencia humana; la teoría de la bio-ecología del desarrollo humano.

¹Enfermeira. Especializanda em Abordagem Psicossocial de Grupo em Situação de Risco pela Faculdade de Filosofia de Recife. E-mail: betlui@hotmail.com.br; ²Bacharel em Enfermagem pela UFPE. E-mail: betlui@hotmail.com.br; ³Professora Mestra do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. E-mail: betlui@hotmail.com.br; ⁴Enfermeiro. Professor Pós-doutor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE. E-mail: ednenjp@gmail.com; ⁵Médica Pediatra. Professora do Departamento de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Doutoranda e membro do Grupo de Estudo sobre Violência do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, Brasil. E-mail: betlui@hotmail.com.br

INTRODUÇÃO

Dentre os diversos tipos de violência, a sexual vem impactando e despertando a sociedade para um antigo problema, considerado prioridade na Saúde Pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1993, pois ameaça o desenvolvimento do sujeito, afeta a qualidade de vida e desgasta o tecido social.¹ No entanto, tudo isso não é suficiente para descrever a crueza da experiência, pois não traduz, em profundidade, as dores e danos para as vítimas e suas famílias.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) abuso sexual infanto-juvenil é o envolvimento de crianças ou adolescentes em atividades sexuais para as quais não são capazes de dar consentimento informado. Nessa perspectiva, existe sempre uma relação de desigualdade hierárquica em que o ofensor é, em geral, alguém que a vítima conhece: familiares ou adultos em cargos de confiança (treinadores esportivos, religiosos, policiais, professores, empregadores, e até profissionais da Saúde), ou mesmo pessoas desconhecidas.²

A vitimação sexual inclui desde toques e carícias, intercurso vaginal por coerção ou sedução de menores, atos libidinosos, relação sexual oral ou anal; exibicionismo, voyeurismo; propostas de contrato sexual, inserção no mercado do sexo, incluindo a pornografia infantil e a prostituição, que são definidos, respectivamente, como estupro, sedução de menor, atentado violento ao pudor, assédio e exploração sexual. Quando existe laço familiar entre as pessoas envolvidas constitui o incesto, e as relações de caráter sexual entre adulto e criança ou adolescente, recaem no campo da pedofilia.³

Apesar da subnotificação, as pesquisas revelam que os atos violentos, incluindo os sexuais, prevalecem em todos os continentes, atingindo as diversas culturas, classes sociais, níveis de escolaridade, faixas de renda e todas as origens étnicas.⁴

No final da década de 90, A OMS estimava que o estupro e a violência doméstica eram responsáveis por cerca de 5% a 16% dos anos saudáveis perdidos na vida de mulheres em idade reprodutiva.⁵ Em 2002, Andrews e colaboradores apontavam que 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos abaixo de 18 anos foram forçados a manter relações sexuais ou outras formas desse tipo de violência, envolvendo contato físico.⁶

No início da década de 90, inquéritos realizados em 21 países, incluindo Estados

Unidos e Canadá, apontaram que 7% a 36% das mulheres e 3% a 29% dos homens relataram ter sido vítimas de violência sexual na infância, sendo que a proporção de meninas foi de 1,5 a 3 vezes mais alta que dos meninos. Na maioria dos casos, o abuso foi intrafamiliar, confirmando que esse tipo de violência é um problema internacional.⁷

Outro estudo realizado pela OMS (2005) envolvendo países desenvolvidos e em desenvolvimento, revelou que entre 1% a 21% das mulheres afirmaram ter sofrido abuso sexual antes de completarem 15 anos, na maioria dos casos por parte de parentes do sexo masculino.⁸

No Brasil, a primeira denúncia de violência contra uma criança ocorreu em 1895 e entre 1906 e 1912 surgiram os primeiros projetos de lei sobre os direitos da criança com intervenção do Estado. No entanto, apenas em 1973 um caso foi estudado pela primeira vez.⁹

Em Recife, Pernambuco, a Delegacia de Apuração de Crimes Praticados contra Crianças e Adolescentes, ligada à Gerência da Polícia da Criança e Adolescente (GPCA), indica que, dos 68 casos de abuso sexual intrafamiliar registrados em 2000, o índice maior de estupro foi de pais (22), seguido por padrastos (21), tios (8), e igualdade de ocorrências com padrinhos, avô, tio-avô e professor (2); houve também registros com companheiro da avó, meio-irmão, marido ou ex-marido da tia, companheiro da prima, cunhado, além de comportamento amoral da genitora, que mantinha relações sexuais na frente dos filhos. (DPCA).¹⁰

Dentre as ocorrências de vida relacionadas ao comportamento sexual do ofensor, inúmeros estudos reportam a abuso sexual na própria infância, exposição a pornografia ou a ambientes extremamente erotizados antes dos dez anos de idade, crueldade ou atividades sexuais com animais, relacionamento com pais violentos ou ansiosos.¹¹ Esses comportamentos têm por base a transmissão transgeracional da violência, que se faz primordialmente por mecanismo de identificação com o agressor ou com a vítima, o que leva a repetir atitudes transgressoras ou vínculos psicopatológicos.¹²⁻³

As conseqüências de tais vivências são de várias ordens, incluindo os custos com tratamentos de saúde mental, serviços de emergência e judiciais.¹⁴ Muitas repercussões são incalculáveis: na qualidade de vida, pelo aparecimento de transtornos emocionais como ansiedade e quadros depressivos, alucinações, distúrbios de aprendizagem ou

psicossomáticos, comportamento agressivo, lesões auto-infligidas, tentativas de suicídio.¹⁵

Outras conseqüências de alto risco são tardias: comportamento anti-social, iniciação sexual prematura, múltiplos parceiros, gravidez inesperada, óbito fetal, doenças transmitidas sexualmente, incluindo o HIV/AIDS, futura violência com parceiros íntimos e abuso de substâncias, especialmente o álcool, e de transtornos alimentares.¹⁶⁻⁷

Apesar disso, pesquisas internacionais revelam que as mulheres agredidas física ou sexualmente utilizam menos os serviços de saúde do que as que não sofreram abuso.¹⁸

Existem fatores que tendem a proteger da violência, incluindo a sexual, e também facilitar a recuperação das vítimas, pois conseguem empoderar a resiliência individual e familiar, ou seja, fortalecer a capacidade de superar as adversidades, mantendo o sentido de continuidade de ser, com adaptação socialmente positiva e projetos de vida. Esses fatores incluem vínculos seguros entre a criança, adolescente e pais ou um parente adulto, relação carinhosa e de apoio, disciplina positiva, mas não violenta, bem como relações de apoio dos pares não envolvidos em abuso de substâncias ou comportamentos criminosos. Fatores inversos são de risco, por não promoverem empoderamento da resiliência e facilitarem a busca de alívio em comportamentos inadequados. Identificar os diversos fatores é imperioso para políticas públicas de prevenção e combate à violência.¹⁹

Nesse sentido, as pesquisas devem ser voltadas para modelos contextualizados, que abordem os indicadores de riscos, de proteção, os vínculos interpessoais e outros elementos que podem, inclusive, ocultar esse tipo de ocorrência.²⁰

Um desses referenciais teóricos é o modelo da Teoria da Bioecológica do Desenvolvimento Humano, pois integra o cotidiano do sujeito, ator de sua vida, com a família e o ambiente.²¹

Urie Bronfenbrenner, psicólogo russo, autor principal da Teoria, considera que “as características de uma pessoa, em certo momento da vida, são função conjunta das peculiaridades individuais e do ambiente ao longo do curso de sua vida”. Assim, ele propõe que o desenvolvimento humano seja focalizado pela interação de quatro núcleos inter-relacionados: processo - pessoa - contexto - tempo. O processo refere-se à interação recíproca, progressivamente mais complexa, do sujeito com as pessoas, objetos

e símbolos presentes no seu ambiente imediato, sendo o mecanismo principal do desenvolvimento.²¹

Tais processos, ditos proximais, podem produzir a competência, ou seja, a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidade (intelectual, físico, sócio-emocional, motivacional e artística) para conduzir o comportamento em variadas situações. Por outro lado, os processos também podem causar disfunções, que se manifestam nas dificuldades em manter o controle e a integração do comportamento, de forma tão mais intensa quanto mais desfavoráveis ou desorganizados sejam os ambientes.²¹

Pessoa - refere-se ao indivíduo enquanto ser que interage constantemente com seu contexto e é também produto dessa interação. Nessa perspectiva, o desenvolvimento humano ocorre por aproximações entre a pessoa e os diversos elementos do contexto, que se influenciam mutuamente, de forma dinâmica e não linear, alterando-se qualitativamente ao longo do tempo. Nessa interação, a pessoa constrói sentidos que determinam a ação singular nos diversos contextos de vida.²²

Contexto – é o ambiente em que o sujeito se insere e tem papel decisivo no seu desenvolvimento, tanto em termos físicos quanto sociais e culturais. A relação entre pessoa e ambiente é multidirecional, com os elementos mutuamente se influenciando, e a percepção que a pessoa tem desse ambiente e das experiências no mesmo, influencia a forma como ela se desenvolverá. Para Bronfenbrenner, o contexto é subdividido em espécies de camadas, da mais próxima à mais distante da área de atuação da pessoa.²²

Assim, o microsistema é o ambiente imediato, em que há importantes trocas afetivas, figuras de modelos relacionais e de poder. O indivíduo e a família nuclear formam este eixo central, sendo esta a fonte natural de maior impacto evolutivo, em que pais e irmãos, parentes, vizinhos e amigos circulam com frequência, proporcionando experimentos diários.²³

Este microsistema está envolto, por assim dizer, pelo mesossistema, representado por instâncias com as quais a família interage ativamente, quando presente: família extensiva, ambiente de moradia, escola, amigos, igreja, local de trabalho, segurança, violência urbana. O exossistema contém ambientes em que o indivíduo e a família não freqüentam diretamente, mas cuja forma de funcionamento os afeta diretamente -

políticas públicas, conselho tutelar, sistemas de Saúde, Justiça e rede de apoio social - que inclui desde familiares, outros cuidadores, professores, ou profissionais de instituições acolhedoras, que podem proporcionar reforço às estratégias de enfrentamento das situações de vida.²⁴ O sistema mais amplo, que inclui em todos os anteriores, é o macrosistema, que contém as ideologias, cultura, estado de paz ou guerra de um povo ou nação.²³

Tempo – o quarto elemento da Teoria traz o conceito de cronossistema ao modelo de pesquisa, focalizando as mudanças ou continuidades das ações no ambiente em que a pessoa vive, ao longo do tempo, o que implica no reconhecimento das mudanças constantes que perpassam os processos interacionais do ciclo vital.^{21,22}

A Teoria Bioecológica é, portanto, um modelo de interconexões sujeito-ambiente, enfatizando a perspectiva sócio-histórica contextual e temporal,²⁴ podendo ser representada como na Figura 1.²⁵

Considerando-se a importância da divulgação de informações sobre a repercussão da violência na saúde¹ decidiu-se empreender esta pesquisa, partindo-se do pressuposto de que o tipo da violência sexual – incestuosa ou extrafamiliar – a psicodinâmica do microsistema e a rede de assistência de que a vítima dispõe interferem nas ocorrências e nas repercussões das experiências vivenciadas.²³⁻⁴

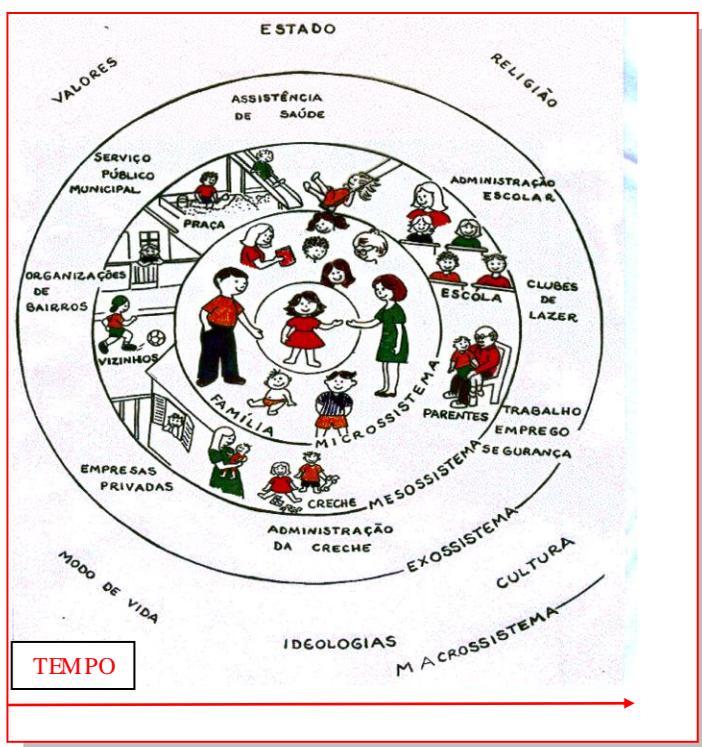


Figura 1. Representação gráfica da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner. Fonte: Gonçalves, J P M.

OBJETIVOS

- Compreender os construtos (idéias, crenças e valores) e atitudes de adultas jovens que sofreram vitimação sexual na infância ou adolescência.
- Identificar os tipos de violência sexual ocorridos – incestuoso ou extrafamiliar.
- Compreender as percepções que as vítimas fazem de si mesmas e da família, com relação aos acontecimentos em estudo.
- Assimilar a visão e sentimentos que as participantes têm dos agressores.
- Identificar os fatores de risco e de proteção expressos em seu discurso, considerando os contextos bioecológicos em que se inserem.

MÉTODO

• Caracterização do estudo

Considerando-se que a compreensão do tema envolve constructos que incluem valores, crenças, idéias, e entendendo-se que tais constructos interferem no agir dos sujeitos, optou-se pela abordagem qualitativa porque permite o discurso revelador das condições históricas, simbolismos, opiniões e significados das vivências pelos próprios atores do enredo. Para Minayo, tais aspectos não podem ser percebidos e captados por meio de equações, médias e estatísticas, somente podem ser abordados à luz de uma abordagem em profundidade.²⁶ Assim, o estudo será descritivo e exploratório, do tipo transversal, de abordagem qualitativa.

A escolha do referencial teórico da Bioecologia do Desenvolvimento Humano²⁰ tem por base permitir a visão contextualizada dos elementos ambientais envolvidos nos diversos patamares por onde o sujeito transita, ou que influem em sua vida, ainda que indiretamente.

● Local e sujeitos do estudo

A pesquisa será realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) do Varadouro, no município de Olinda, Pernambuco. A amostra, por conveniência, será das jovens consultadas de enfermagem no Pré-Natal e Programa Saúde da Mulher daquela Unidade. Serão critérios de elegibilidade: usuárias a partir de vinte anos, com história de violência sexual de qualquer tipo ocorrida na infância ou adolescência, e intervalo máximo de cinco anos após a ocorrência – tentativa de diminuir os vieses de memória.

● Instrumento de coleta de dados e definições de termos

Será usado um questionário padronizado, elaborado pelos pesquisadores, contemplando as variáveis sócio-demográficas e composição familiar, e um roteiro de entrevista semi-estruturado quem abordará a situação em que ocorreu o evento (ou eventos), as atitudes da vítima e das famílias, os sentimentos da vítima para consigo e para o agressor, a situação atual de sua vida social e familiar. O Diário de Campo será empregado enquanto complemento das anotações, com registro da comunicação não verbal e ocorrências imprevistas durante as conversas.

Serão consideradas as definições da OMS para infância (período do nascimento aos 9 anos e 11 meses) e adolescência (período entre infância e juventude, que vai dos 10 aos 19 anos e 11 meses). As definições de abuso sexual e os subtipos (atentado violento ao pudor, estupro, incesto, voyeurismo, exibicionismo, dentre outros) terão por base a Classificação Internacional de Sintomas e Doenças, CID 10.²⁷

● Operacionalização, processamento e análise dos dados

A coleta terá início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, Recife. A cada participante serão esclarecidos os objetivos e as condições éticas da pesquisa, e após obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, haverá pelo menos duas entrevistas individuais e privativas, para aprofundamento e redimensionamento das questões emergentes. As falas serão transcritas na íntegra, sem considerar os erros lingüísticos, e associadas

às anotações do diário de campo sobre gestos, conversas informais, expressões faciais, posturas e atitudes, que constarão da observação participante.²⁸

Os dados serão trabalhados inicialmente usando-se a análise de conteúdo de Bardin na modalidade temática, que busca apreender o conteúdo e a lógica da entrevista²⁸ Numa segunda etapa, será construída uma grelha com as respostas às questões norteadoras, considerando os temas centrais, categorias e núcleos de sentido identificados na análise temática, para articular às premissas da Teoria da Bioecologia do Desenvolvimento Humano.²¹⁻² O resultado será apresentado cruzando as temáticas centrais identificadas com a perspectiva dos contextos micro, meso, exo e macrosistema, considerando também a influência da história no tempo evolutivo, conforme as premissas de Bronfenbrenner.²¹⁻²

● Aspectos éticos

Estará garantido o sigilo das informações e seu uso com fins apenas científicos. A execução e guarda dos dados será de inteira responsabilidade dos pesquisadores. Não existe incompatibilidade de interesses para nenhum dos autores da pesquisa. O projeto atende, portanto, à Resolução No. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.²⁸

● Viabilidade

A pesquisa tem grande possibilidade de ser executada, uma vez que a coleta de dados será realizada na própria Unidade de Saúde mencionada, por dois autores devidamente treinados. As participantes receberão esclarecimentos sobre eventuais dúvidas quanto às repercussões das experiências sofridas e, caso seja identificada necessidade de suporte psicológico, ou outro qualquer, serão encaminhadas aos serviços especializados.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. 44º Conselho Diretor. 55a Sessão do Comitê Regional Washington, D.C., EUA, 22 a 26 de setembro de 2003. Tema 4.12 da agenda provisória CD44/15 (Port.) 16 julho 2003. (Repercussão da Violência na Saúde das Populações Americanas).
2. Organização Mundial da Saúde. Estimativas Globais das Conseqüências para a Saúde da Violência contra Crianças. Documento de referência elaborado para o Estudo sobre a Violência Contra Crianças das Nações Unidas, Genebra; 2006.

3. Kristensen CH, Flores RZ, Gomes WB. Revelar ou não revelar: uma abordagem fenomenológica do abuso sexual em meninos. In: Buins MAT, Holanda AF. Psicologia e pesquisa fenomenológica. São Paulo: Ômega; 2001.
4. Organización Mundial de La Salud. La violència sexual. In: Organización Mundial de La Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington; 2003. p.161-97.
5. World Health Organization, World Bank, Harvard School of Public Health. Global Burden of Disease. Genebra: OMS; 1990.
6. G Andrews, G Bronwyn, Corry J. Child sexual abuse. In: Ezzati M., Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2004;(2):1851-40.
7. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child abuse & neglect. 1994; 18(5): 409-417.
8. Organização Mundial da Saúde. Estudo Multipaíses sobre a Saúde das Mulheres e a Violência Doméstica. Genebra; 2005.
9. Prado MCCA (Org). O mosaico da violência: a perversão na vida cotidiana. São Paulo: Vetor; 2004.
10. Departamento de policia da criança e do adolescente, 2000[acesso em 2008 Set 10]. Disponível em http://www.sds.pe.gov.br/dpca/Portugues/Quadro_por.htm
11. Developmental experiences of child sexual abusers and rapists. Child Abuse & Neglect. 2008; 32(5): 549-60.
12. Eigner A (Org.) A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica. São Paulo: Unimarco Editora; 1998. 245p.
13. Penso MA, Neves VL. Abuso sexual infantil e transgeracionalidade. In: Penso MA, Costa LF. (Org). A transmissão geracional em diferentes contextos – da pesquisa à intervenção. São Paulo: Summus Editorial; 2008. 123-42p.
14. Fromm S. Total estimates cost of child abuse and neglect in the United States – statistical evidence. Prevent Child Abuse America. Chicago: PCAA; 2001.
15. Centro para Prevenção e Controle de Lesões. Centro Nacional para Controle e Prevenção de Doenças e Lesões. Estudo de Experiências Adversas para a Infância, Atlanta, 2006[acesso em 2008 Out 12]. Disponível em <http://www.cdc.gov/NCCDPHP/ACE>.
16. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine. 1998;(14): 245-58.
17. Painel de Pesquisa sobre Abuso Infantil e Negligência, Comissão de Ciências Comportamentais e Sociais e Educação, Conselho Nacional de Pesquisas, Compreendendo o abuso infantil e negligência. Washington: Ed National Academy Press; 1999.
18. UNICEF. Centro de Pesquisas Innocenti. Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting. Innocenti Digest. Florença; 2005. n.º 12
19. Organização Mundial da Saúde e Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso Infantil e Negligência. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Genebra, outubro 2006.
20. I Seminário do Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Quem ama protege. Brasília, março de 2006.
21. Bronfenbrenner, U., Morris, P. (The ecology of developmental processes. In: W. Damon (Org.), Handbook of child psychology. New York: John Wiley & Sons. 1998; 1:993-1027.
22. Bronfenbrenner, U. A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados. Tadução de Veronese MAV. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. (Original publicado em 1979).
23. Cecconello AM, Koller SH. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2003;16(3):515-24.
24. Brito RC, Koller SH. Rede de apoio social e afetivo e o desenvolvimento. In: Carvalho AM. O mundo social da criança: natureza e cultura em ação. Porto Alegre: Casa do Psicólogo; 1999. p.115-30.
25. Gonçalves JPM. Psicologia ecológica do desenvolvimento humano[acesso em 2008 Nov 26]. Disponível em http://jpmgoncalves.home.sapo.pt/index_pe_dh_ficheiros/image002.jpg&imgrefurl
26. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 406p.
27. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de

doenças e problemas relacionados à saúde; 10ª revisão. São Paulo: EDUSP; 1994. v.2.

28. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução n 196/1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

29. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD). Centro Colaborador da OMS para a família de Classificações Internacionais. Atualizações da CID 10. [Acesso em 2007 Ago 12]. Disponível em <http://www.fsp.usp.br/~cbcd>

30. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editira 70; 2008. 281p.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2008/12/07

Last received: 2008/12/27

Accepted: 2008/12/28

Publishing: 2009/01/01

Corresponding Address

Elizabeth Cordeiro Fernandes (Betinha)
Hospital das Clínicas/HC
Ambulatório de Pediatria Comportamental
Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade
Universitária
CEP: 50670-901 – Recife (PE), Brazil