

Nicole Moraes Rêgo De Aquino<sup>I</sup>

Sue Yazaki Sun<sup>II</sup>

Eleonora Menicucci de Oliveira<sup>III</sup>

Marília da Glória Martins<sup>IV</sup>

Juliana de Fátima da Silva<sup>V</sup>

Rosiane Mattar<sup>II</sup>

# Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes

## Sexual violence and its association with health self-perception among pregnant women

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Estimar a prevalência de histórico de violência sexual entre mulheres gestantes e sua associação com a percepção de saúde.

**MÉTODOS:** Estudo transversal, com 179 mulheres maiores de 14 anos e grávidas de 14 a 28 semanas, entrevistadas em serviços públicos de saúde em São Paulo, SP, entre os anos de 2006 e 2007. Os instrumentos utilizados foram: inventário de violência sexual, inventário de dados sociodemográficos e questionário de qualidade de vida relacionada à saúde: “Medical Outcomes 12-Item Short-Form Health Survey” (SF-12®). Mulheres com e sem história de violência sexual foram comparadas quanto à idade, escolaridade, ocupação, estado civil, cor da pele e autopercepção de saúde física e mental. A violência sexual foi caracterizada em penetrativa ou não penetrativa.

**RESULTADOS:** Houve prevalência de 39,1% de violência sexual entre as entrevistadas, sendo 20% do tipo penetrativo, cometida sobretudo por agressores conhecidos. Em 57% das mulheres a primeira agressão ocorreu antes dos 14 anos. Não houve diferenças sociodemográficas entre mulheres que sofreram e as que não sofreram violência sexual. Escores médios de percepção de saúde física entre as entrevistadas com antecedente de violência sexual foram menores (42,2; DP=8,3) do que das mulheres sem este antecedente (51,0; DP=7,5) ( $p<0,001$ ). A percepção de saúde mental teve escore médio de 37,4 (DP=11,2) e 48,1 (DP=10,2) ( $p<0,001$ ), respectivamente para os dois grupos.

**CONCLUSÕES:** Houve alta prevalência de violência sexual entre as grávidas dos serviços de saúde avaliados. Mulheres com antecedente de violência sexual apresentaram pior percepção de saúde do que as sem esse antecedente.

**DESCRITORES:** Gestantes, psicologia. Mulheres Maltratadas. Percepção. Violência Sexual. Violência contra a Mulher. Qualidade de Vida. Fatores Socioeconômicos. Estudos Transversais.

<sup>I</sup> Programa de Pós-Graduação em Obstetrícia. Escola Paulista de Medicina (EPM). Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). São Paulo, SP, Brasil

<sup>II</sup> Departamento de Obstetrícia. EPM-Unifesp. São Paulo, SP, Brasil

<sup>III</sup> Departamento de Medicina Preventiva. EPM-Unifesp. São Paulo, SP, Brasil

<sup>IV</sup> Hospital Materno Infantil. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

<sup>V</sup> Curso de Graduação em Medicina. EPM-Unifesp. São Paulo, SP, Brasil

**Correspondência | Correspondence:**  
Nicole Moraes Rêgo De Aquino  
Rod. Amaro Antonio Vieira, 2371/521 – Itacorubi  
88034-102 Florianópolis, SC, Brasil  
E-mail: nicoledeaquino@uol.com.br

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To estimate the prevalence of sexual violence history among pregnant women and its association with the self-perception of health status.

**METHODS:** Cross-sectional study including a total of 179 pregnant women older than 14 years old at gestation week 14 to 28 attending public health services in the city of São Paulo, Southeastern Brazil, between 2006 and 2007. Data collection instruments included: questionnaire on sexual violence; questionnaire on sociodemographic data; and an assessment of health-related quality of life using the Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12®). Age, skin color, education, occupational and marital status, and self-perception of physical and mental health were compared between women with and without a lifetime history of sexual violence. Sexual violence was categorized as penetrative and non-penetrative sex.

**RESULTS:** Among all women interviewed, the prevalence of sexual violence was 39.1%, of which 20% were of penetrative type by known perpetrators. In 57% of cases, the first episode of violence was before the age of 14. There were no sociodemographic differences between women with and without history of sexual violence. Mean scores of self-perception of physical health among women with history of sexual violence were lower (42.2; SD= 8.3) compared to those without history of sexual violence (51.0; SD= 7.5) ( $p<0.001$ ). Mean scores of self-perception of mental health were 37.4 (SD= 11.2) and 48.1 (SD= 10.2) ( $p<0.001$ ), respectively.

**CONCLUSIONS:** There was found high prevalence of sexual violence among pregnant women studied. Women with history of sexual violence showed poorer self-perception of health status compared to those without history of sexual violence.

**DESCRIPTORS:** Pregnant Women, psychology. Battered Women. Perception. Sexual Violence. Violence Against Women. Quality of Life. Socioeconomic Factors. Cross-Sectional Studies.

---

## INTRODUÇÃO

Independentemente da época em que tenha ocorrido, a violência sexual (VS) determina alterações do funcionamento físico e mental que podem levar ao aumento da necessidade de atendimento médico. Além disso, as conseqüências sobre a saúde parecem ser proporcionais à gravidade da violência sofrida.<sup>12,13</sup>

Crianças abusadas sexualmente tendem, quando adultas, à timidez, baixa auto-estima, abuso de álcool e à revitimização.<sup>21</sup> Há ainda outros problemas psicossociais relacionados à história de abuso como depressão recorrente, distúrbio *borderline* de personalidade, problemas de relacionamento interpessoal e tendência suicida.<sup>12,15,21</sup>

Além do comprometimento emocional, diversos autores têm relacionado à história de VS a maior frequência de queixas somáticas, tais como as de origem gastrointestinal, dispareunia, dismenorréia, dor pélvica crônica, irregularidade menstrual, e outros tipos de algias crônicas.<sup>6,7,9,11</sup>

Considerando-se que a saúde de um indivíduo inclui o bem-estar físico, mental e social, é provável que a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres abusadas sexualmente seja inferior quando comparada à de mulheres sem esse histórico.<sup>5</sup>

Assim, considerando que em muitos casos o evento permanece silenciado, a busca ativa pela história de VS durante um atendimento médico de rotina, além de permitir aproximação com os números reais dessa agressão, pode auxiliar a equipe de saúde a minimizar o comprometimento dos estados de saúde física e mental, alterados pela vivência deste trauma.

O presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência de histórico de violência sexual e sua associação com a percepção de saúde entre mulheres gestantes.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal descritivo comparativo realizado entre grávidas atendidas no pré-natal de gestação de baixo risco em um hospital-escola e em uma maternidade que atendia majoritariamente mulheres de baixa renda em São Paulo, SP, entre 2006 e 2007.

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado na prevalência de abuso sexual de 11,5% (IC 95%: 8,0;14,9) encontrada por Schraiber et al<sup>16</sup> (2002) entre mulheres em idade reprodutiva em um serviço público da cidade de São Paulo. Assim, calculou-se como amostra mínima o total de 142 mulheres grávidas. Com acréscimo de 25%, para garantir eventuais perdas, o tamanho amostral foi definido em 177 mulheres.

Os critérios de inclusão foram: mulheres grávidas, com idade superior a 14 anos, que estivessem entre a 14ª e a 28ª semana de gestação confirmada por data da última menstruação ou pela ultra-sonografia realizada nas primeiras 20 semanas de gestação.

As entrevistadas estavam no segundo trimestre da gestação, tanto pela necessidade de população mais homogênea, quanto porque esse parece ser período de menor desconforto materno no que tange às principais queixas relacionadas à gestação, tais como a êmese, mais freqüente no seu início e a lombalgia, referida principalmente no terceiro trimestre.<sup>19</sup>

A inclusão se fez por ordem de chegada nos respectivos serviços.

Os critérios de exclusão foram: declarar-se não alfabetizada, independentemente da escolaridade; presença de doenças incapacitantes para a compreensão e preenchimento dos questionários; caracterização de patologias clínico-cirúrgicas e obstétricas com queixa importante de desconforto materno.

Do total de 180 mulheres convidadas, apenas uma não aceitou participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada em consultório privativo, individualmente, antes da consulta pré-natal e sempre pela mesma pesquisadora, médica toginecologista, com experiência no atendimento de vítimas de VS e integrante de equipe multidisciplinar em centro de referência de saúde da mulher.

As questões para identificação de VS foram baseadas nos itens utilizados por Fleming<sup>8</sup> (1997) e adaptado de Wyatt<sup>22</sup> (1985). Em seguida, com base nas respostas e considerando-se a definição de VS dada pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC),<sup>2</sup> a violência sexual foi caracterizada pelo contato sexual (penetrativo ou não), não consentido, cometido contra alguém incapaz de consentir ou recusar.

Por contato sexual entendeu-se: o contato completo ou tentado, entre o pênis e a vulva ou o pênis e o ânus que envolvam a penetração, mesmo que ligeira; penetração da abertura anal ou genital de uma outra pessoa por mão, dedo, ou outro objeto; contato entre a boca e o pênis, a vulva ou o ânus; toque intencional diretamente ou através da roupa, da genitália, do ânus, da virilha, das mamas, da coxa interna, ou das nádegas; ou atos sem contato físico, mas de natureza sexual tais como o *voyeurismo* e a exposição à pornografia.<sup>2</sup> A agressão sexual não foi caracterizada apenas pela penetração genital, já que consideramos que experiências não penetrativas tenham conseqüências semelhantes sobre a saúde.<sup>7,8,14</sup>

Como o limite etário que define infância muda entre sociedades, estabelecemos a idade de 14 anos, pois nessa idade, no Brasil, mesmo que a mulher consinta o ato, é presumido o estupro e/ou o atentado violento ao pudor. Assim, foi considerado abuso sexual: na infância quando o evento ocorreu até os 14 anos incompletos; na idade adulta, a partir dessa idade.

Para avaliar a autopercepção de saúde foi utilizado o *Medical Outcomes 12-Item Short-Form Health Survey*® (SF-12), versão mais curta do SF-36, previamente traduzida e validada para o Brasil.<sup>4,20</sup> Esse questionário é composto por 12 questões objetivas sobre o funcionamento físico e mental do indivíduo. De forma geral, quanto maior o escore obtido, melhor qualidade de vida relacionada à saúde.

As variáveis categóricas foram expressas por número e porcentagem, e a associação entre elas avaliada por meio do teste qui-quadrado ou do teste exato de Fisher. As variáveis quantitativas foram representadas por médias e desvios-padrão (DP) e suas diferenças analisadas por meio do teste t de Student. A força da associação entre as variáveis quantitativas foi calculada pelo coeficiente de correlação de Pearson.

Para avaliar conjuntamente quais variáveis influenciaram o escore físico e o escore mental foi utilizado modelo de regressão linear ou modelo de análise de variância (ANOVA), dependendo do tipo das variáveis explicativas a serem incluídas no modelo. Para essa análise foram selecionadas as variáveis que apresentaram p-valor inferior a 20%. Em todo o estudo adotou-se nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo. As participantes foram informadas sobre a natureza do estudo, a privacidade e a confidencialidade das informações e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Para os casos de antecedente de violência sexual foi garantida a assistência médica e psicológica às participantes, quando necessária, nos respectivos serviços.

## RESULTADOS

A média de idade das 179 participantes foi de aproximadamente 24 anos (DP=5 anos), com idade mínima de 15 anos e máxima de 38 anos. A maioria tinha menos de 23 anos (51,3%). Mulheres pardas (41,4%) e brancas (40,8%) foram mais frequentes, seguiram-se pretas (14,5%), indígenas (2,2%) e amarelas (1,1%). A maioria das mulheres tinha um companheiro estável (69,8%) e não exercia qualquer ocupação (78,8%). A escolaridade média foi de 8,9 anos de estudo (DP=2,7 anos). Mais da metade (58,1%) das participantes já havia tido uma ou mais gestações anteriores.

Observou-se antecedente de VS em 70 (39,1%, IC 95%: 31,9;46,7) das 179 mulheres entrevistadas, das quais 56 (31,3%, IC 95%: 24,6;38,6) sofreram VS do tipo não penetrativa e 14 (7,8%, IC 95%: 4,3;12,8) penetrativa.

A maioria (57%) das mulheres vitimadas não tinha 14 anos completos na época da primeira agressão. Ainda, em 25,7% das mulheres agredidas a agressão ocorreu repetidas vezes pelo mesmo agressor.

A reincidência do evento ocorreu para 22,9% das mulheres vitimadas em outro momento de suas vidas ou perpetrado por agressor diferente.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre mulheres com e sem história de VS segundo ocupação, anos de estudo, estado civil e cor da pele ( $p>0,05$ ) (Tabela).

Na maioria dos casos, os agressores eram pessoas conhecidas das vítimas (88%). Na infância, foram mais prevalentes os amigos da família (43,5%) e os familiares (41,3%), enquanto na idade adulta tiveram significativa participação os familiares (25%), companheiros (22,5%) e amigos da família (20%).

Apenas uma mulher, cuja violência ocorreu na idade adulta, procurou serviço especializado para ser assistida adequadamente e prestar queixa. Três mulheres engravidaram como consequência da VS, da qual uma apresentava gestação em curso. Não houve caso de agressão sexual durante a gravidez atual.

A percepção de saúde física entre as entrevistadas apresentou escore médio de 47,6 (DP=8,9) e a de saúde mental teve escore médio de 43,6 (DP=11,8).

Os escores de saúde não foram influenciados pelas características demográficas das mulheres.

Mulheres vítimas de violência sexual apresentaram valores médios de escore físico (42,2; DP=5,3) e mental (37,4; DP=11,2) significativamente menores do que aquelas que não foram vítimas de violência sexual (51,0; DP=7,5 e 48,1; DP=10,2, respectivamente;  $p<0,001$ ).

Idade gestacional, ocupação, situação conjugal, aceitação da gestação em curso ou anos de estudo – variáveis que poderiam influenciar os escores de saúde física e/ou mental – não se associaram à percepção de saúde.

**Tabela.** Características sociodemográficas das participantes de acordo com histórico de violência sexual. São Paulo, SP, 2007. (N= 179)

Variável	Violência sexual				p
	Sim (n=70)	%	Não (n=109)	%	
Ocupação					0,958 <sup>a</sup>
Sim	15	21,4	23	21,1	
Não	55	78,6	86	78,9	
Escolaridade (anos)	8,6 (DP=2,9)		9,1 (DP=2,5)		0,185 <sup>b</sup>
Situação conjugal					0,103 <sup>a</sup>
Com companheiro	44	62,9	81	74,3	
Sem companheiro	26	37,1	28	25,7	
Cor da pele					0,725 <sup>c</sup>
Branca	31	44,3	42	38,5	
Preta	11	15,7	15	13,8	
Parda	26	37,1	48	44,0	
Indígena	2	2,9	2	1,8	
Amarela	-		2	1,8	

<sup>a</sup>Teste qui-quadrado

<sup>b</sup>Teste t de Student

<sup>c</sup>Teste Exato de Fisher

## DISCUSSÃO

Encontramos alta prevalência de violência sexual (39,1%) em qualquer fase da vida entre as grávidas dos serviços de saúde avaliados. Violências não penetrativas ocorreram em 31,3% das mulheres e penetrativas em 7,8%. Mulheres vítimas de violência sexual se atribuíram estado de saúde físico e mental pior do que os apresentados por aquelas que não foram vítimas de violência sexual.

A violência sexual contra a mulher constitui problema de segurança pública, sendo capaz de comprometer a saúde do indivíduo. Tal violência acomete mulheres de todas as classes socioeconômicas, em idades distintas, cujos agressores podem ser os companheiros ou desconhecidos e cujos filhos também podem se tornar vítimas dessa violência. Dentre as consequências dessa agressão, muitas mulheres ocultam o acontecido de outras pessoas e de si mesmas.

Nosso trabalho tentou recuperar essas memórias por meio do questionamento em ambiente privado e de escuta específica para o tema. Vítimas de VS, assim como as de outros eventos estressores, conseguem reprimir parcial ou totalmente lembranças insuportáveis, e reavivá-las frente a determinadas circunstâncias. É referido na literatura que a gravidez seja uma dessas circunstâncias.<sup>3,10,17</sup> Por saber que uma violência sexual mesmo que “esquecida” por muito tempo, possa ser reavivada durante experiências como a gravidez, consideramos apropriado explorar a assistência pré-natal com essa finalidade.

As participantes do presente estudo caracterizaram-se por serem desfavorecidas socioeconomicamente, a exemplo da baixa escolaridade (8,9 anos de estudo) e da falta de planejamento da gestação (apenas 25% foram programadas).

A prevalência de VS (39,1%) revelou que essa é uma expressiva realidade entre as mulheres estudadas. Contudo, é possível que algumas experiências tenham sido omitidas, por medo ou vergonha, apesar da garantia de privacidade e confidencialidade e do ambiente acolhedor da entrevista.

Outros autores revelam prevalências igualmente elevadas, como 39% a 46%<sup>9</sup> e 37%.<sup>3</sup> Entretanto, há prevalências mais baixas como a encontrada por Schraiber et al<sup>16</sup> (2002) de 11,5% e a estimada por Stenson et al<sup>17</sup> (2003) de 8%, conquanto estes últimos considerem que o instrumento utilizado e a definição mais restrita de VS adotada possam ter subestimado seus resultados.

O tipo de instrumento utilizado para identificação de VS pode justificar prevalências variadas entre as diversas pesquisas. No presente estudo, os números encontrados

podem ser explicados pela ampla definição de abuso sexual adotada, ou ainda por ter-se considerado abuso quando a própria vítima assim interpretou. Outra justificativa diz respeito ao papel que desempenha a gravidez na conscientização de memórias dolorosas reprimidas.

Grávidas vivenciam processo de regressão que se caracteriza não apenas por comportamento e sentimentos infantis, mas também por retorno ao período específico da evolução psicosssexual, mantido no inconsciente.<sup>19</sup>

Além de reativar a história passada da mulher, com o resgate de transtornos emocionais prévios, a gestação uma experiência intimamente relacionada à sexualidade e relação de gêneros— pode também envolver a resolução de conflitos remotos de dependência e poder.

Mais freqüente nas relações intrafamiliares, o abuso sexual infantil vale-se sobretudo da relação de poder do agressor. A alta freqüência deste evento em nossa população (57,4% das vítimas) corrobora com a hipótese de que crianças são mais vulneráveis e, como são dependentes afetiva e socioeconomicamente, silenciam-se mais facilmente.

Cabe aos familiares e profissionais envolvidos com a criança estarem preparados para enfrentar a questão, uma vez que pais, educadores e pediatras desinformados pouco ajudarão a criança vítima de violência sexual.

A taxa de reincidência do evento encontrada nesta pesquisa (22,9%) confirma ser esse um achado comum. Estudo de Stenson et al<sup>17</sup> (2003) encontrou que 13% das mulheres vítimas de VS na idade adulta já haviam sofrido VS na infância, no estudo de Dickinson et al<sup>5</sup> (2007), a proporção foi de 55%.

No presente estudo, os agressores mais comumente implicados foram aqueles do convívio pessoal da vítima, corroborando outros estudos,<sup>1,3,8,13,17</sup> e problematizando concepções em que os casos de abuso sexual são cometidos por desconhecidos e fora do ambiente doméstico.

Apenas uma dentre as mulheres agredidas denunciou o evento, revelando a gravidade da subnotificação. O achado pode ser explicado pela inibição ou mesmo resignação da vítima, uma vez que a agressão dentro do núcleo familiar é muito comum. Quanto ao aspecto econômico, se o agressor é responsável pelo suporte financeiro da família, não apenas crianças, mas também mulheres adultas hesitam em denunciar.

Tadjen & Thoennes<sup>18</sup> (1998) sugerem que apenas 36% das vítimas de VS procurem assistência médica nos Estados Unidos. No Brasil, os dados são escassos, mas acredita-se que menos de 10% das vítimas de VS procurem as delegacias especializadas. Além do confronto com o agressor, a vítima teme a condução do interrogatório e o exame pericial.

Não houve diferenças entre as características sociodemográficas das mulheres e as taxas de VS, sugerindo a distribuição global do evento, o que torna mais difícil sua predição.

Conseqüências de VS diferem individualmente, conforme a elaboração do fato pela vítima e do apoio emocional que receba, além de outras influências pessoais e ambientais. Entretanto, a maioria dos estudos aponta que há real comprometimento de saúde em longo prazo ou de sua percepção, em mulheres abusadas.<sup>3,7,9,13,17</sup>

Em nosso estudo, a percepção de saúde física e mental de mulheres grávidas com história de VS foi inferior à das que não possuem esse antecedente. Esse achado

pode se refletir em queixas e sintomas inespecíficos que têm seus diagnósticos dificultados, já que as vítimas podem omitir o abuso por não reconhecê-lo como o evento estressor.

A exclusiva participação de usuárias do serviço público de saúde pode restringir a generalização destes resultados às mulheres de diferente nível socioeconômico.

Diante da caracterização da violência sexual e do prejuízo da qualidade de vida relatados por mulheres gestantes em nossos achados, recomendamos medidas práticas como a inclusão de inventário sexual, que possa auxiliar o diagnóstico etiológico de queixas crônicas em qualquer população.

## REFERÊNCIAS

- Aded NLO, Dalcin BLGS, Cavalcanti MT. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil: an incidence study. *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1971-5. DOI:10.1590/S0102-311X2007000800024
- Basile KC, Saltzman LE. Sexual violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements: version 1.0. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control (US); 2002.
- Benedict MI, Paine LL, Paine LA, Brandt D, Stallings R. The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Child Abuse Negl*. 1999;23(7):659-70. DOI:10.1016/S0145-2134(99)00040-X
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
- Dickinson LM, deGruy FV 3rd, Dickinson P, Candib LM. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Arch Fam Med*. 1999;8(1):35-43. DOI:10.1001/archfami.8.1.35
- Drossman DA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 1995;208:90-6. DOI:10.3109/00365529509107768
- Faúndes A, Hardy E, Osís MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000;22(3):153-7. DOI:10.1590/S0100-72032000000300006
- Fleming JM. Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample of Australian women. *Med J Aust*. 1997;166(2):65-8.
- Golding JM, Wilsnack SC, Learman LA. Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(4):1013-9. DOI:10.1016/S0002-9378(98)70208-X
- Hobbins D. Survivors of childhood sexual abuse: implications for perinatal nursing care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(4):485-97. DOI:10.1177/0884217504266908
- Linton SJ. A prospective study of the effects of sexual or physical abuse on back pain. *Pain*. 2002;96(3):347-51. DOI:10.1016/S0304-3959(01)00480-8
- McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside "Pandora's box": abused women's experiences with clinicians and health services. *J Gen Intern Med*. 1998;13(8):549-55. DOI:10.1046/j.1525-1497.1998.00166.x
- Plichta SB, Falik M. Prevalence of violence and its implication for women's health. *Women's Health Issues*. 2001;11(3):244-58. DOI:10.1016/S1049-3867(01)00085-8
- Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2003;37(1):8-14. DOI:10.1590/S0034-89102003000100004
- Sar V, Akyüz G, Dogan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res*. 2007;149(1-3):169-76. DOI:10.1016/j.psychres.2006.01.005
- Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Jr. I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):470-7. DOI:10.1590/S0034-89102002000400013
- Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström M-L, Saarinen H, Wenker A. Lifetime prevalence of sexual abuse in a Swedish pregnant population. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(6):529-36. DOI:10.1034/j.1600-0412.2003.00111.x
- Tadjen O, Thoennes N. Prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the national violence against women survey. Washington, DC: US Department of Justice, National Institute of Justice and Centers for Disease Control; 1998.
- Tedesco JJA. O mundo emocional da grávida. In: Tedesco JJA. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 2002. p.265-85.
- Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. User's manual for the SF-12v2™ Health Survey: (with a supplement documenting SF-12® Health Survey). Lincoln: QualityMetric; 2002.
- Whiffen VE, MacIntosh HB. Mediators of link between childhood sexual abuse and emotional distress: a clinical review. *Trauma Violence Abuse*. 2005;6(1):24-39. DOI:10.1177/1524838004272543
- Wyatt GE. The sexual abuse of Afro-American and White American women in childhood. *Child Abuse Negl*. 1985;9(4):507-19.

Artigo baseado na tese de mestrado de Aquino NMR, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo, em 2008.

De Aquino NMR foi apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Processo nº: 06/52755-1; bolsa de mestrado).