UAlg FCHS
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Ideias e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o maltrato infantil

Ana Teresa Correia de Matos

Orientadora:

Prof. Doutora Cristina Nunes

Setembro 2017

Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Tese de Mestrado em Psicologia Clinica e da Saúde:

Ideias e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o maltrato infantil

Aluno: Ana Teresa Correia de Matos nr. 39837

Orientadora: Prof. Doutora Cristina Nunes

Setembro 2017

Declaração de autoria

Ideias e Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o maltrato infantil.

Declaro se a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas.

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o dispositivo no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado devido crédito ao autor e editor respetivos.

Índice

Introdução 12

Enquadramento teórico .....

Definição do conceito de maltrato infantil 14

Consequências do maltrato infantil na vida da criança 18

Modelos explicativos do maltrato infantil 20

Estratégias de combate ao maltrato infantil..... 22

O papel dos profissionais de saúde..... 26

Metodologia .....

Participantes 28

Instrumento .....

Questionário de maus tratos infantis 30

Questionário sociodemográfico 32

Procedimento de recolha de dados.....32

Procedimento de análise de dados 33

Resultados 33

Discussão..... 40

Conclusão..... 44

Considerações finais..... 47

Referências Bibliográficas 48

Índice de Tabelas

Tabela 1: Média e Desvio-padrão nas categorias de maltrato infantil em relação à sua gravidade..34

Tabela 2: Média e Desvio-padrão das categorias de maltrato em relação à sua frequência..... 34

Tabela 3: Análise de Variância (ANOVA) da gravidade do maltrato infantil ente médicos e enfermeiros..... 35

Tabela 4: Análise de Variância (ANOVA) da frequência do maltrato infantil entre médicos e enfermeiros..... 35

Tabela 5: Média e Desvio-padrão das crenças acerca do maltrato infantil 36

Tabela 6: Análise de Variância (ANOVA) das crenças acerca do maltrato infantil ente médicos e enfermeiros..... 36

Tabela 7: Análise de variância (ANOVA) da gravidade do maltrato infantil em relação à presença de filhos..... 37

Tabela 8: Análise de variância (ANOVA) da frequência do maltrato infantil em relação à presença de filhos..... 37

Tabela 9: Correlações de Pearson da gravidade e frequência do maltrato em relação à idade e ao rendimento..... 38

Tabela 10: correlação de Pearson das crenças do maltrato infantil 39

Índice de Anexos

Questionário de maltrato infantil..... 54

Agradecimentos:

"Bad things happen when good people do nothing" – when calls the heart

Finalizar está tese foi mais do que um desafio. Foi uma luta contra o destino. Um obstáculo atrás de outro. Mas este servem para nos posicionar num caminho melhor, pelo menos prefiro pensar assim. Vamos acordar… ficar sem computador uma vez poderia ser um percalço, mas 4, foi decerto um sinal. Tal como aquele "quase estágio" onde estive durante pouco tempo, mas que serviu para aprender tudo o que não quero ser ou fazer. Dalai Lama dizia "se não podes ajudar os outros, pelo menos não os prejudiques" – Penso que todos os psicólogos deveriam ter isto em mente antes de atuar.

Embora acredite que tudo isto poderia ter sido feito de outra forma, acredito também que se alguma coisa tivesse sido diferente, não me encontraria onde estou, não teria aprendido tanta coisa nem dado valor ao que antes tinha como garantido.

Agradeço à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, a todos os professores e funcionários. Ao falar com estudantes de outras faculdades percebi que ai, todos são como uma família, todos tentam ajudar e resolver qualquer dificuldade ou duvida com uma especial paciência e dedicação. Agradeço especialmente à professora Dr. Cristina Nunes pela paciência. Sempre tive medo de a abordar por sentir que nunca conseguiria fazer algo suficientemente bom, mas as coisas foram assim. Desculpe ter sido a pior (deso)orientada de sempre.

Agradeço também aos profissionais que participaram neste estudo e que partilharam alguma das suas frustrações no que diz respeito a este tema. Agradeço a dedicação com que cuidam dos pacientes, muitas vezes sem condições para isso. É difícil cuidar de outros quando também não cuidam de nós.

Agradeço também ao prof. Doutor Domingos Neto por restaurar a fé na psicologia, a Dr.ª Filipa Noronha pela orientação, paciência e carinho e a Dr.ª Teresa Correia pela paciência e inspiração. Obrigada a todos por me guiarem, acreditarem em mim e mostrarem que é possível ajudar.

Durante este processo perdi toda a fé que tinha na psicologia. Eu, que entrei neste barco com a esperança de ajudar pessoas rapidamente percebi que são poucos os que o fazem e ainda menos os que o fazem de coração. Por isso agradeço

Queria agradecer a todos os intervenientes na minha vida paralela de atriz que me fizeram sair da minha zona de conforto, enfrentar os meu maiores medos e me fizeram crescer enquanto pessoa. Junto de vocês sinto que pertenço a algum lado. Um agradecimento especial ao Pedro Barão por acreditar em mim e incentivar a ser melhor. A sílvia Moura pelo carinho, paciência, proteção e atenção. E em especial ao grande mestre Ávila Costa por me obrigar a crescer dentro e fora dos palcos mas principalmente pelos conselhos de vida que a tudo se aplicam – "tudo é feito com amor, esse é o tema de tudo, amor pelos outros, amor pela arte… estas pessoas são movidas pelo amor".

Aos meus pais e irmão. Sem vocês eu não estaria aqui. Esta é uma frase cliché, mas bem aplicada ao caso. Deram me vida mais do que uma vez. Aguentaram o meu mau feitio e todos os problemas que vos trouxe. Vezes e vezes sem conta fiz com que ficassem sem nada. Por mim perderam todo o vosso dinheiro, recomeçaram mais que uma vez, e fizeram tudo isso com um sorriso na cara.

Ao escrever sobre este tema, lembrei-me muitas vezes da vossa infância e agradeço por terem aprendido com os exemplos dos vossos pais, e feito tudo ao contrário. Na nossa casa nunca faltou amor, compreensão e carinho.

Ao meu irmão. Que adoro mais que tudo, que sempre me apoiou e de quem tenho um orgulho imenso. Há minha sobrinha… és a melhor parte dos meus dias. Estarei sempre contigo. Vamos fugir para marte.

Alston Huff, nothing would be possible without you. You were always pushing me into doing this, finight this goal to start another. Thank you for all the late calls, for cleaning my tears and "bitch slap" me everytime I doubt myself.

Em memoria de:

Helder Silva – Por tua causa percebi o que estava a perder na vida. Vou tentar viver pelos dois.

Hélder Semião Matos Lima – Obrigada por todos os conhecimentos que me transmitiu e por todas as discussões filosóficas.

Tiago Ortiz – Brincava ao esquecer-me do teu nome, agora jamais esquecerei o teu sorriso e o teu abraço.

A todos acima referidos… não interessa o tempo que tiveram na minha vida mas sim a marca que deixaram.

Resumo

O maltrato infantil diz respeito a qualquer forma de abuso físico ou emocional, abuso sexual, negligência ou exploração que cause dano na saúde, desenvolvimento ou dignidade da criança. Os profissionais de saúde que trabalham diretamente com crianças e jovens, e que se deparam regularmente com casos de maltrato infantil, têm como objetivo a manutenção e restauração da saúde, através da prevenção ou cura de doenças, tendo, no caso do maltrato, a responsabilidade acrescida de reportar os casos e trabalhar com profissionais de outras áreas para conseguir obter um desfecho positivo que tenha sempre em vista o interesse maior da criança ou jovem.

Este estudo teve como objetivo verificar qual as ideias e opiniões dos profissionais de medicida e enfermagem em relação ao maltrato infantil, verificando se este são capazes de identificar situações de maltrato, e qual a sua perceção em relação à gravidade e frequência das mesmas, procurando perceber se estes profissionais têm crenças relacionadas com este tema, e com que intensidade acreditam na sua verassidade. Por fim procurou-se perceber se as variáveis socioeconómicas influênciam a perceção do maltrato infantil. Para isso foi aplicado um questionário sobre as representações sociais do maltrato infantil na família. A amostra foi constituída por 50 profissionais de saúde, dos quais das quais 21 eram médicos e 29 enfermeiras.

Os resultados sugerem que os profissionais de saúde são capazes de identificar situações de maltrato infantil, no entanto, existe uma tendência, comum aos dois grupos, em atribuir níveis de gravidade e frequência médios, sendo mais fácil para os profissionais identificarem o maltrato ativo grave e leve, provavelmente devido às marcas mais visíveis. Os médicos tendem a atribuir uma maior gravidade às situações. Quanto às crenças relativas ao maltrato infantil, não existem de forma isolada e que tanto os

profissionais de medicina como os de enfermagem, identificam mais do que uma atribuem várias causas ao maltrato.

Assim, embora os resultados do estudo não possam ser generalizados foi possível concluir que os profissionais de saúde conseguem reconhecer situações de maltrato infantil mas apresentam alguma dificuldade na denúncia dos mesmos devido às consequências que esta pode ter na sua vida pessoal e profissional. Por esta razão seria importante abordar este tema durante a formação académica dos profissionais para que estes se sintam seguros na identificação e denúncia dos casos de maltrato.

Palavras-chave: maltrato infantil, abuso infantil, profissionais de saúde, médicos, enfermeiras, representações do maltrato infantil.

Abstract

Child maltreatment includes all forms of physical and emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect and exploitation that puts in risk the health, development or dignity of a child. Health professionals, who work directly with children or teenagers, may identify this cases regularly. Their main goal is to maintain or restore people's health through prevention or treatment in case of illness, but when it comes to child maltreatment, they also have the responsibility of reporting the case to the authorities, working with other professionals to achieve a benefic solution for the child.

The main objective of this study is to collect and compare doctors and nurse's ideas and opinions about child maltreatment and understand if they are capable of identifying different situation of maltreatment, categorizing them in a scale of severity and regularity. This health professionals were, also, questioned about the intensity of their ideas or conceptions. The other objective was to understand if socioeconomic variables may or may not impact their point of view about child maltreatment. The study had 50 participants, 21 of them were medical professionals and 29 were nurses.

The results show that all the professionals were capable of identifying child maltreatment situations although there's a tendency to define them as moderate when evaluating the severity and regularity. Active child maltreatment situation were easy to identify since they leave a more visible trace. Doctors are the ones who attribute higher severity to the situations but when asked about the ideas and beliefs regarding child maltreatment, both doctors and nurses identify more than one source of origin.

Although the results can't be generalized to the population, it was possible to realize that all the professionals were capable to identify child maltreatment situations but they are very reluctant to report the cases due to the consequences this may bring to their

professional and personal life. Its important to include this topic in the academic education of those professionals thus making them feel safe and motivated to identify and report child maltreatment cases.

Keywords: child maltreatment, child abuse, health professionals, doctors, nurses, child maltreatment representation.

Introdução:

O maltrato infantil é considerado um problema social atual, que tem vindo a tomar uma maior importância ao longo das décadas com o estabelecimento do estatuto da criança, a compreensão das fases de desenvolvimento e o estabelecimento de leis que visam proteger esse estatuto e o desenvolvimento saudável, abarcando todas as suas necessidades fisiológicas, emocionais, sociais e de aprendizagem (Oliveira & Pais, 2014).

Atualmente, a preocupação com este tema tem vindo a aumentar, coincidindo com a maior difusão do tema na imprensa e redes sociais, o que faz com que atinja um público mais abrangente, e não só os profissionais de saúde ou educação que trabalham diretamente com as crianças e os jovens. A consciencialização geral para o problema faz com que tenham aumentado o número de denúncias e se tenha uma maior atenção para com os fatores de risco no sentido de os eliminar e de proteger a criança (Reis, 2009).

As denúncias de casos de maus tratos infantis pressupõem uma investigação complexa, que envolve profissionais de diferentes áreas e que dominem um vasto conhecimento relativo à infância, aos direitos humanos e à legislação vigente, entre outros (Lukefahr, Kellog, Anderst, Gavril, & Wehner, 2011). Alguns dos profissionais envolvidos no reconhecimento, investigação e resolução dos casos de maus tratos infantis são os profissionais de saúde, no entanto, no presente estudo o foco estará nos profissionais de medicina e enfermagem.

Pretende-se então, com o presente estudo, analisar as ideias, conhecimentos e atitudes dos médicos e enfermeiros em relação maus tratos infantis tendo em conta variáveis sociodemográficas, assim como, a sua formação, experiência e atitudes pessoais em relação ao tema. Assim, o principal objetivo deste estudo é perceber se os profissionais de saúde reconhecem situações de maltrato infantil e como as avaliam em relação à

gravidade e á frequência com que ocorrem, assim como perceber a existência de crenças em relação à temática. Outro objetivo deste estudo é perceber se as variáveis sociodemográficas têm alguma influência na perceção das situações de maltrato e se existem diferença entre os grupos de profissionais, ou seja, médicos e enfermeiros.

A relação das variáveis sociodemográficas com o maltrato infantil foi anteriormente abordado noutros estudos, aplicados à população geral ou mesmo com profissionais de outras áreas que estejam trabalhem com a infância, este tema é comum, dado às várias crenças com ele relacionadas e as diferentes perspetivas culturais que fazem com que o mesmo comportamento seja interpretado de formas bastantes diferentes. Assim, alguns atos de violência física e/ou emocional podem ser considerados errados perante alguns povos, e normativos perante outros que usam a punição física como técnica educativa, o mesmo não acontece em relação a comportamentos do foro sexual praticados com crianças e jovens, que são visto como desadequados quase a nível mundial, à exceção de alguns países onde ainda é permitido o casamento com jovens de idade inferior a 18 (Lukefahr, Kellogg, Anderst, Gavril, & Wehner, 2011; Oliveira & Pais, 2014).

As crenças em relação ao maltrato infantil podem não só, ser influenciadas pelas variáveis sociodemográficas, como também influenciar a perceção dos casos e a forma como estes são tratados pelos profissionais, que embora sigam um código de ética podem deixar que alguns fatores interfiram com a denúncia dos casos, e por isso, o presente estudo procura identificar quais as crenças mais fortes e a relação entre elas.

Enquadramento teórico:

Definição de conceito de maltrato infantil:

O maltrato infantil é um conceito multifacetado e de difícil acordo entre profissionais uma vez que a sua definição está dependente de variáveis históricas, culturais, sociais e até mesmo dos profissionais que o definem e do objetivo dessa definição.

As principais definições encontradas na literatura são a médica, focada na prevenção, deteção e limitação das consequências do maltrato; a jurídica que se foca na penalização dos atos depois destes acontecerem; a sociológica que procura compreender como os fatores sociais influenciam este fenómeno procurando uma forma de os minimizar; a psicologia, que por sua vez, preocupa-se com uma intervenção a nível da prevenção, acompanhamento durante a deteção e minimização dos efeitos e consequências do maltrato (Martins, 1998; Reis, 2009).

Dificilmente se consegue encontrar uma definição que abarque todas as áreas profissionais e que tenha em conta todos os tipos de maltrato. Segundo Reis (2009), as primeiras definições de maltrato surgiram em 1968 e desde então, vários autores vieram acrescentar e expandir essa definição. Assim, se as primeiras definições tratam o maltrato infantil, ou abuso, apenas como violência e agressões físicas infligidas à criança pelos seus responsáveis (Gil, 1970 citado por Reis, 2009), outras definições começaram a incluir também os danos mentais, o abuso sexual a e negligência, que podem resultar, não só das ações dos responsáveis da criança, como também da omissão de cuidados por parte dos mesmos, o que pode deixar a criança em situações de perigo ou prejudicar o seu bem estar (Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act,1974 citado por Reis, 2009).

As definições acima aproximam-se mais das definições contemporâneas, que procuram ter em conta a vítima, os perpetradores, as formas de execução e as consequências. Assim, já em 2002, Magalhães (citado por Costa & Teixeira, 2016) definiu o maltrato de uma forma genérica designando-o como:

"Qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão, ou negligência nos cuidados e/ou afetos)."

De um modo geral, as definições parecem estar a chegar a um consenso que caracteriza o maltrato infantil, também nomeado de abuso infantil e/ou negligencia, como incluindo qualquer tipo de maltrato físico e emocional, abuso sexual, negligência, exploração infantil ou qualquer outro ato que cause dano à criança, incluindo a omissão de cuidados que possam deixar a criança em risco iminente, prejudicar a sua saúde, o seu desenvolvimento e a sua dignidade (Pasian, Faleiros, Bazon, & Lacharité, 2013; Christian, 2015; WHO, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017) distingue ainda cinco subtipos de maltrato infantil: Abuso físico, abuso sexual, negligência e tratamento negligente, abuso emocional e exploração infantil. Outros autores, optaram por uma distinção diferente dos maus tratos, designando-o em relação à sua ocorrência: por omissão (carências físicas e/ou afetivas) ou por ação (maltrato físico, emocional e /ou abuso sexual); ou em relação à sua tipologia, dividindo os abuso em: físico, psicológico e /ou sexual e a Negligência em: física e psicológica (Martins, 1998; Reis, 2009; Oliveira & Pais, 2014; Costa & Teixeira, 2016).

O maltrato, ou abuso físico, refere-se a qualquer ação, não acidental, por parte dos cuidadores, que provoquem danos físicos, doença ou que coloquem a criança em risco eminente de falecer (Martins, 1998; Reis, 2009; WHO, 2017). Este traduz-se por várias formas de agressão como traumatismos, sufoco, intoxicação e Sindrome de Munchausen caracterizado por uma preocupação excessiva dos cuidadores em relação à saude da criança fazendo com que esta seja submetida a consultas médicas desnecessárias e exames que muitas vezes são dolorosos, devido a sintomas inventados ou provocados pelos cuidadores (Martins, 1998; Costa & Teixeira, 2016).

O maltrato fisico é o mais facilmente identificado, devido às marcas fisicas deixadas no corpor da criança, no entanto esta identificação está dependente das diferenças culturais, sendo a punição fisica ainda muito recorrente mesmo nos dias de hoje (Antoni & Batista, 2014). Em 1998, Martins referiu ser possivel identificar abuso fisico através da verificação de lesões anteriores ou na ocorrência de castigos corporais excessivos, no entanto, esta definição levanta questões sobre o que poderá ou não, ser considerado excessivo tendo em conta a intensidade do castigo, o comportamento a ser castigado e até mesmo a idade e fase de desenvolvimento da criança. Isto pode não só alterar a prespetiva dos diferentes profissonais que trabalham com crianças e jovens, como também prejudicar a identificação de casos de maltrato por falta de uma homogeneidade em relação à definição e limites deste tipo de abuso.

As primeiras definições de abuso sexual contra as crianças dizia respeito a atitudes sociais relativas à sexualidade sem que haja consenso ou conhecimento de uma das partes (Martins, 1998). A definição generalista foi posteriormente estreitada para se tornar mais clara e facilitar a identificação dos casos, uma vez que que estes continuam a ser um tabu para grande parte dos profissionais.

Assim, o abuso sexual é traduzido pelo envolvimento do menos em práticas que têm como objetivo a gratificação e satizfação sexual do adulto que se encontra numa posição de poder e/ou autoridade em relação à criança, este atos podem ocorrer perante coação ou ameaça do adulto para com o menor (Reis, 2009; Costa & Teixeira, 2016). Estas práticas geralmente não são conhecidas pelo menor devido à sua idade ou ao estado de desenvolvimetno da criança, esse desconhecimento pode dificultar a identificação dos casos que piora quando o abusador é um familiar próximo e que pode exercer algum tipo de pressão ou impor segredo (Reis, 2009).

A negligência, que pode ser fisica ou emocional, é caracterizada por um comportamento regular de omissão de cuidados a ter com o menor, não lhe sendo proporcionada a satizfação das necessidades tendo em conta os recursos disponiveis na família (Costa & Teixeira, 2016). Esta negligência pode ser voluntária, com intenção de causar dano, ou involuntária, por incompetência dos responsáveis do menor para assegurar os cuidados necessários e de forma adequada (Reis, 2009; Costa & Teixeira, 2016).

A negligência fisica diz respeito á omissão de cuidados básicos de higiene, alimentação, educação, saúde e segurança, onde se inclui também o abondono da criança em situações de perigo do qual podem surgir acidentes que prejudiquem gravemente a criança tanto a nível físico como emocional e desenvolvimental (Martins, 1998; Costa & Teixeira, 2016).

A negligência emocional refere-se à falta de resposta e reciprocidade do adulto perante as expressões e iniciativas da criança, o adulto negligencia através da omissão de afeto, estimilação ou apoio, não estando psicológicamente disponíveis para a criança (Martins, 1998; Costa & Teixeira, 2016). No estudo de Reis (2009) e no de Pasian, Faleiros, Bazon, & Lacharité, (2013) percebeu-se que não só a negligência é dos abusos mais comuns

cometidos contra as crianças, como também é comum a todos os estatudos sociais, com a distição de que a negligência fisica é mais comum nas classes sociais mais baixas enquanto que, a negligência emocional é mais comum nas classes sociais mais altas.

O abuso emocional caracteriza-se pela ausência ou inadequação do suporte afetivo ou no reconhecimento das necessidades emocionais da criança, incluindo comportamentos parentais hostis e indiferentes que podem ser de cariz persistente, ativa ou passiva (Reis, 2009; Costa & Teixeira, 2016). O abuso emocional é diferente da negligência emocional devido ao carácter intensional do comportamento parental (Costa & Teixeira, 2016), como por exemplo a hostilidade verbal, o medo e ansiedade induzidos, ameaças, recuso ou rejeição de atenção ou outra resposta emocional, exercer poder excessivo e isolamento da criança, entre outros (Martins, 1998; Reis, 2009).

A exploração infantil, refere-se a qualquer tipo de trabalho imposto à criança que se desadequa à sua idade ou estagio desnvolvimental que põe em risco o estado fisico, mental, educacional ou social, estas podem incluir trabalho doméstico, conflitos armados, exploração sexual e distribuição de narcóticos (WHO, 2017; Federation, 2017)

Consequências do maltrato infantil na vida da criança:

O maltrato infantil é uma problemática extensa que abarca diferentes tipos de atitude e diferentes níveis de gravidade, mas as consequências são comuns entre todos os tipos de maltrato acima explicados. Estas consequências podem ser a curto ou longo prazo e ter influência na vida adulta das vitimas, não só a nível fisico mas também a nivel emocional. Alguns estudos mostraram inclusive, que o maltrato infantil provoca alterações no cérebro da criança em crescimento fazendo com que este não se desenvolva de uma forma normal uma vez que está permanentemente em estado de alerta (Zimmerman & Mercy, 2010; WHO & ISPCAN, 2006).

As consequências mais comuns do maltrato infantil são ferimentos, incapacidades fisicas, desenvolvimento fisico atrasado em relação á idade, doenças provocadas por má alimentação ou falta de vestuário adequado, rendimento escolar baixo, acompanhado de dificuldades de aprendizagem ou mesmo atrasos na linguagem ou dificuldades de expressão verbal e não verbal, perturbações na memória e perturbações do comportamento, não só comportamento antisocial ou desviante, mas também regressão no comportamento e dificuldade de integração com outras crianças e/ou relações conflituosas (Reis, 2009; Zimmerman & Mercy, 2010; Pasian, Faleiros, Bazon, & Lacharité, 2013; Oliveira & Simões, 2014; Christian, 2015).

As consequências do maltrato infantil são variadas e dependem do caso e da gravidade do mesmo, os desfechos acima descritos são exemplos de consequências a curto/médio prazo, no entanto, existem muitas outras consequências que se arrastam até à idade adulta. Alguns estudos mostram que adultos que sofreram de maltrato infantil, ou assistiram a qualquer tipo de violência intrafamiliar, têm maior probabilidade de se tornar agressores ou vitimas noutras relações (Reis, 2009; Zimmerman & Mercy, 2010; Dubowitz, et al., 2011; BEn-Natan, et al., 2014; Wilkins, Tsao, Hertz, Davis, & Klevens, 2014; Oliveira & Simões, 2014; Christian, 2015; Costa & Teixeira, 2016).

Outras consequências a longo prazo, que aparecem muitas vezes apontados na literatura, são a falta de auto estima, tanto em criança como no adulto, o sentimento marcado de culpa, problemas com a sexualidade, dificuldade em estabelecer relações duradoras, apresentando também uma maior probilidade de desenvolver perturbações emocionais tais como quadros depressivos, consumo de álcool e drogas e um maior risco de suicídio e comportamentos destrutivos, entre outros (WHO,2002; WHO & ISPCAN, 2006; Reis, 2009; Zimmerman & Mercy, 2010; Wilkins, Tsao, Hertz, Davis, & Klevens, 2014; Oliveira & Simões, 2014).

Modelos explicativos do maltrato infantil:

Todos os conceitos, consequências e causas envolvendo o maltrato infantil mostram uma heterogeneidade geral em relação à definição destes, ao critério de classificação e à atuação dos diferentes profissionais (Reis, 2009), o que realça a importância de uma intervenção precoce, que atue diretamente sobre os fatores de risco já conhecidos e promova os fatores de proteção na vida da criança. Os primeiros, referem-se a todos os fatores que aumentam a suscetibillidade da criança a situações de maltrato, enquanto que, os segundos visam proteger e diminuir essas situações (Pires & Miyazaki, 2005; WHO & ISPCAN, 2006; Reis, 2009; Oliveira & Pais, 2014).

Na literatura pode encontrar-se vários modelos explicativos do maltrato, que apontam para diversos fatores de risco que se apresentam de forma complexa e que dizem respeito, tanto à criança, como aos seus cuidadores e ao meio ambiente onde estes se encontram. O modelo ecológico de Belsky (1993 citado por Manso, 2006) procurou explicar o maltrato através da interação de fatores a diferentes níveis, tais como o individual, o relacional, o comunitário e social, também definidos como microssistema, macrossistema e ecossistema. Assim, num primeiro nível pode encontrar-se fatores que dizem respeito ao progenitor, como por exemplo, a criança ser fruto de uma gravidez indesejada, o adulto ter sido vitima de violência enquanto criaça, práticas parentais violentas, perturbações psicológica ou cognitivas, consumo de álcool e/ou drogas e falta de conhecimento em relação aos estágios desenvolvimentais da criança podendo ser também incluidos os problemas financeiros; No que diz respeito às crianças, os principais fatores de risco são as malformações da criança ou qualquer doença crónica mental ou fisica e o comportamento da criança (Manso, 2006; WHO & ISPCAN, 2006; Reis, 2009; Dubowitz, et al., 2011; Antoni & Batista, 2014).

Quando se refere aos fatores relacionais, ainda incluidos no microssistema, pode referir-se a fatores como por exemplo, a família ser reconstruida ou ter apenas um progenitor, como o caso das mães solteiras, a dificuldade de cumunicação entre os cuidadores e a criança, violência doméstica ou familiar, dificuldade em estabelecer amizades, ser vitima de quaquer tipo de discriminação ou ter algum membro da família envolvido em atividades criminais (WHO & ISPCAN, 2006; Manso, 2006; Antoni & Batista, 2014).

Os fatores de risco comunitários mais apontados são, a cultura com tolerância à violência, desigualdade entre géneros ou estatutos sociais, pobres condições de habitação, falta de suporte familiar ou social adequado às necessidades, desemprego e facíl acesso a álcool e drogas. Os fatores sociais, por sua vez, dizem respeito às politicas educacionais e de saúde, á situação socioeconómica do pais, normas sociais e intervenções dos média que promovam comportamentos educativos rígidos ou violentos (Pires & Miyazaki, 2005; Manso, 2006; WHO & ISPCAN, 2006; Antoni & Batista, 2014).

Também outros modelos falam sobre estes fatores de risco e de proteção, como por exemplo o modelo transacional de Cicchetti e Rizley (1981 citado por Manso, 2006) que se refere a estes fatores como potenciadores e amortizadores. Os primeiros dizem respeito a todos os fatores que a curto ou longo prazo possam causar comportamentos abusivos, e podem ser ecológicos ou biológicos, como por exemplo, uma má formação ou anomalia fisica da criança, os fatores psicológicos ou os fatores relacinado com a historia pessoal dos individuos, os segundos referem-se a todos os fatores ou condiçõe que, a curto ou longo prazo, diminuem a probabilidade da ocorrencia de maus tratos infantis que só acontecem quando os fatores potenciadores ultrapassam os fatores amortizadores.

Quando estes autores se referem a fatores de proteção ou amortizadores, que promovem a resiliência, a diminuição dos fatores de risco e o desenvolvimento saudável da criança são, por exemplo, uma vinculação segura entre a criança e os familiares, um elevado cuidado parental expresso pela responsibidade destes para com as necessidades da criança, práticas parentais positivas sem normas educativas rigidas ou violentas, uma residência livre de stress, assim como, uma familia unida e estável com um bom relacionamento com outros membros da comunidade, construindo uma forte rede de suporte (WHO & ISPCAN, 2006; Reis, 2009; Antoni & Batista, 2014).

Estratégias de combate ao maltrato infantil

Como dito anteriormente, a intervenção nos casos de maltrato infantil deve ser precoce, deve identificar todos os fatores de risco acima referidos e tentar minimizalos enquanto promove os fatores de proteção.

As estratégias de pervenção, segundo Reis (2009), podem ser divididas em primárias, quando se refer a uma atuação a nivel social, que pretende alterar de forma ampla as condições pessoais e do meio, para que promovam um ambiente estável ao desenvolvimento da criança e à diminuição dos fatores de risco. A prevenção secundária está direcionada para individuos ou grupos indentificados como estanto em situações de risco, e em que as circunstâncias psicossociais, familiares e induviduais aumentem significativamente a probabilidade da criança ser vitima de maltrato; por último, a prevenção terciària, diz respeito a programas e atividades implementados após a ocorrencia do maltrado, para evitar que este se torne crónico e que as consequências se arrastem para a vida adulta.

Esta prevenção é idealmente conduzida por um conjunto de vários profissionais, numa interação entre diferentes programas, autoridades e fundações dedicadas ao apoio

de crianças e jovens e dos seus progenitores, ou a outras que, de alguma maneira, se possam interligar, como por exemplo, os programas de prevenção de violência doméstica ou de consumo de drogras. È importante reconhecer a importância dos profissionais, em especial os profissionais de saúde que são, grande parte das vezes, os primeiros a interagir com crianças em risco de sofrerem de maltrato (WHO & ISPCAN, 2006).

Existem vários programas de prevenção do maltrato infantil, e no caso destes já serem uma realidade, de restringir as consequências. Estes primeiros atuam através da promoção dos direitos humanos que incluem o direito a uma habitação, o direito a segurança social, o direito à educação e o direito de igualdade, liberdade e à não descriminação, estes direitos visam atuar sobre fatores de risco anteriormente falados (WHO & ISPCAN, 2006).

Alguns programas atuam diretamente nas famílias apontadas como estando em risco, sendo os mais referidos na literatura, e aconselhados pela Organização Mundial de Saúde (OMS ou WHO-World Health Organization) são o pragrama de visitas domiciliárias e o programa de educação parental.

Os programas de visitas domiciliárias são indicados para famílias cujos filhos tenham baixo peso à nascença, padeçam de alguma doença crónica ou incapacidade, assim como, famílias com baixo rendimento e pais solteiros ou adolescentes (WHO & ISPCAN, 2006 ; Alonso-Marsden, et al., 2013). Estes programas são dirigidos por profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, que apoiam os pais no tratamento da criança, a intervenção pode passar por o aconselhamento, treino e encaminhamento para outros profissionais caso seja necessário (WHO,2002). Esta intervenção tem inicio durante a gravidez e pode durar até aos cinco anos de idade, dependendo da necessidade da crinça e da família, procurando melhorar o funcionamento da mesma, através da

promoção da saúde fisica e mental do cuidador, para que o ambiente familiar seja favorável ao desenvolvimento da criança reduzindo os niveis de stress e capacitando os cuidadores com estratégias de resolução de conflitos (WHO, 2002; WHO & ISPCAN, 2006; Reis, 2009; Guterman, et al., 2013; Alonso-Marsden, et al., 2013; Altafim & Linhares, 2016).

O programa de educação parental, à semelhança do acima referido, também é desenvolvido por profissionais da área de saúde, e tem inicio ainda durante a gravidez. Este tem como objetivo informar os pais das diferentes fases de desenvolvimento da criança e das necessidades que devem ser colmatadas a cada estágio (WHO, 2002; WHO & ISPCAN, 2006; Reis, 2009). Segundo Altafim & Linhares (2016) este programa tem demonstrado resultados positivos na redução da violência familiar, do maltrato infantil e do seu impacto na vida da criança e dos cuidadores. Os cuidadores adquirem competências para lidar com os conflitos parentais, para identificar e reparar comportamentos problemáticos na sua casa, substituindo os métodos de educação violentos pela implementação de estratégias de resolução de problemas e negociação (WHO & ISPCAN, 2006; Reis, 2009 Tomás & Fernandes, 2011).

Outro programa de prevenção, embora menos comum, mas ainda assim com resultados igualmente positivos, é o treino da criança para evitar situações potencialmente abusivas, que tem como objetivo capacitar a criança no reconhecimento de situações de perigo e no controlo ou evitamento das mesmas atribuindo à criança o controlo sobre o seu corpo (WHO & ISPCAN,2006; Altafim & Linhares, 2016).

A prevenção, mesmo em situações de risco, será sempre a intervenção ideal, mostrando melhores resultados que qualquer outra intervenção por travar situações de maltrato antes que estas aconteçam, no entanto, isso nem sempre é possivel, e nos casos

onde o maltrato já é uma realidade, a intervenção tem como objetivo encontrar alternativas para as situações desfavoráveis vividas pelos menores (Tomás & Fonseca, 2004).

As CPCJ's (Comissões de Proteção de Crianças e Jovens), compostas por profissionais de diferentes áreas das ciências humanas (Albuquerque, Santos, & ALmeida, 2014), procuram, acima de tudo, respeitar o interesse superior da criança ou jovem e garantir a sua privacidade, assim, num primeiro momento, procura-se resolver a situação sem recorrer aos tribunais e sem retirar a criança da sua habitação. Estes atuam perante a suspeita de maltrato procurando investiga-la de forma detalhada através de triangulação de fontes e da identificação da rede formal e informal de apoio da criança, e intervêm na situação junto de todos os membros que dela fazem parte, com o objetivo de modificar os comportamentos violentos ou negligentes e substitui-los por outros que promovam o bem estar da criança e o seu desenvolvimento saudável, procurando projetar e concretizar um projeto de vida para cada individuo que conduza a uma vida adulta bem sucedida (Tomás & Fernandes, 2011; Albuquerque, Santos, & Almeida, 2014; Oliveira & Simões, 2014).

No entanto, embora esta intervenção das CPCJs seja desejável, nem sempre pode ser aplicada uma vez que, para que haja uma intervenção junto da família e diretamente na situação de perigo, é necessário que haja a autorização por parte dos intervenientes, neste caso os pais, e caso isto não seja possível, o caso passa a ser competência do tribunal. As ações judiciais são aplicadas sempre que não seja possivel haver uma intervenção da CPCJ, ou esta não tiver os meios necessários para intervir no caso, levando à retirada do menor e à sua institualização (Tomás & Fonseca,2004; WHO & ISPCAN, 2006; Tomás & Fernandes, 2011; Oliveira & Simões, 2014).

O papel dos profissionais de saúde:

Os profissionais de saúde fazem parte de um grupo de profissionais formados na área das ciências humanas e que está capacitado para trabalhar junto de pessoas de diferentes idades e com diferentes caracteríscas, procurando sempre ter em conta os seus melhores interesses e com o objetivo de melhorar a sua situação geral e colmatar as suas necessidades (Lukefahr, Kellog, Anderst, Gavril, & Wehner, 2011).

Os médicos e enfermeiros são profissionais que têm como objetivo a manutenção e restauração da saúde através da prevenção ou cura de doenças. Embora estes profissionais trabalhem a diferentes níveis, a sua intervenção, nos casos de maltrato infantil é muitas vezes conjunta (Reis, 2009; Silva, Afonso, & Silva, 2014). Embora todos os profissionais que trabalhem com crianças e jovens tenham conhecimentos e capacidades de identificação de casos de maltrato infantil, os médicos e enfermeiros encontram-se na linha da frente para a prevenção, identificação e intervenção destes casos (Pietrantonio, et al., 2013; Silva, Afonso, & Silva, 2014).

Todas as crianças são acompanhadas por profissionais de saúde, desde a gravidez até à idade adulta, este acompanhamento constante e continuo, faz com que se criem laços de próximidade entre o profissional e os seus clientes e família, o que facilita a identificação de sinais de maltrato fisico e negligência (WHO & ISPCAN, 2006; Reis, 2009; Christian, 2015). Este acompanhamento é geralmente feito por enfermeiros que fazem uma avaliação primária da situação, encontrando-se numa posição previligiada para a identificação de fatores de risco o mais precocemente possíveis casos de maltrato e poder agir junto dos intervenientes ou encaminha-los para um programa de intervenção como aqueles acima referidos (Silva, Afonso, & Silva, 2014).

Os enfermeiros, que são, como referido, os primeiros profissionais a ter contacto com a criança, tanto no acompanhamento regular como nos casos de emergência médica, devem ter conhecimentos que permitam a identificação de sinais dos diferentes tipos de maltrato e dependendo da avaliação feita da situação, trabalhar em conjunto com o médico para a minimização dos danos ou mesmo para a recolha de material que possa servir como prova para a detenção do culpado, como nos casos de abuso sexual (Reis, 2009; Silva, Afonso, & Silva, 2014).

Ambos os profissionais, à semelhança de outros profissionais de saúde e educação que lidam com crianças e jovens de qualquer idade, têm o dever deontológico que reportar casos de maltrato infantil, caso estes se verifiquem, para que sejam postas em prática as medidas necessárias para alterar a situação em que a vitima se encontra, travando o maltrato e procurando minimizar as consequências que essa experiência pode ter no desenvolvimento da criança e mesmo na sua vida adulta, sobressaindo os fatores de proteção e dotando-a de capacidades de resolução de problemas (Tomás & Fernandes, 2011; Silva, Afonso, & Silva, 2014).

No entanto, o dever de reportar os casos de maltrato pode tornar-se uma tarefa complicada devido complexidade dos mesmos que, juntamente com as exigências do trabalho e os obstáculos com que estes profissionais se deparam, desencadeiam sentimentos de ansiedade e incapacidade (Feng, Chen, Fetzer, & Lin, 2012).

O medo de problemas jurídicos ou de represálias foi também apontado por estes profissionais como um obstáculo, fazendo com que se sintam divididos entre a crença e a descrença no desfecho positivo do caso, a preocupação com a reação dos familiares da vitima e com a possível perda destes enquanto pacientes, e, em menor escala, as ameaças feitas pela família da criança assinalada e a incerteza quanto á possível quebra do seu

código de ética, são também apontados como obstáculos é denuncia (Gonçalves & Ferreira, 2002; Bannwart & Brino, 2011; Pietrantonio, et al., 2013; Silva, Afonso, & Silva, 2014).

Um estudo de Everson & Sandoval (2011) mostrou que os profissionais de saúde sentem maior empatia com os casos de abuso infantil, atribuindo as causas a situações externas, o que muitas vezes, os impede de denunciar alguns casos, enquanto outros profissionais tendem a denunciar mais facilmente ou mesmo punir qualquer caso de suposta violência contra o menor, mesmo correndo o risco de punir um inocente. No entanto esta situação parece dissipar-se com os anos de experiência, sendo também sugerido por este estudo que a formação extra e as intervenções específicas sobre os maus tratos ajudam a diminuir a subjetividade da decisão destes profissionais ao denunciar.

Metodologia

Participantes:

Os dados foram recolhidos em várias zonas do país perante o consentimento informado dos participantes e garantindo a anonimidade dos questionários. Dos questionários entregues foram recolhidos 57, dos quais 50 foram selecionados para o estudo.

A amostra é constituída por 50 profissionais de saúde, dos quais das quais 21 são profissionais de medicina e 29 de enfermagem. Destes profissionais 54% são do sexo feminino e 46% do sexo masculino, sendo que os profissionais de enfermagem são maioritariamente mulheres (22) e os de medicina são maioritariamente de sexo masculino (16).

A amostra foi recolhida de Norte a Sul do país, no entanto a maioria dos participantes são da zona sul do país (74%) havendo uma minoria de emigrantes (4%), e originais das zonas norte (20%) e centro (2%).

As idades variam entre os 25 e os 62 anos, sendo 36 a média das idades de todos os profissionais. Os mais novos, entre os 25 e os 29 anos, são profissionais de enfermagem enquanto, os profissionais de medicina que colaboraram neste estudo encontram-se maioritariamente entre os 37 e os 42 anos. Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes indicou ser casado (44%) ou viver em união de fato (22%), os solteiros representam 26% dos participantes, havendo ainda uma minoria que se encontra separados/divorciados (6%). Quanto ao número de filhos, 48% dos participantes tem apenas um filho, 8% indicou ter dois filhos e apenas 4% indicou ter três.

Nos questionários foi também averiguado o rendimento mensal familiar de todos os profissionais, que se encontram maioritariamente no ativo durante todo o ano, sendo que os valores variam entre os 670 euros mensais e os 8000 euros, sendo a média dos rendimentos de 3071. A maioria dos participantes usufrui de rendimentos entre os 2250 e os 5000 euros (32%), enquanto os profissionais cujo rendimento não atinge os 1000 euros (26%) são na sua maioria profissionais de enfermagem. Pode também verificar-se uma correlação positiva entre a idade e o rendimento ($r=0.56$, $p=0,00$) concluindo assim que os profissionais de saúde com mais idade, são os que têm rendimentos de valor mais elevado.

Quanto à escolaridade dos pais foi possível averiguar que 48% dos pais têm ensino universitário enquanto apenas 34% das mães atingiram esse nível.

Instrumento

Questionário de maus-tratos infantis.

Neste estudo foi usada a versão portuguesa de Nunes (2015) do questionário sobre *representaciones sociales del malos tratos infantiles en la família* de Rodríguez & Gutiérrez (2013).

Este instrumento permite a recolha de informação sobre as crenças, ideias e conhecimentos acerca dos maus-tratos infantis. È composto por três escalas tipo *Likert* que avaliam a perceção da gravidade dos maus-tratos, a perceção da frequência com que estes ocorrem na vida quotidiana e as crenças explicativas dos mesmos.

Na primeira escala, o participante deverá indicar se considera se tratar de uma situação de maltrato, indicando a sua gravidade numa escala tipo *likert* que varia do 1-"nada grave" até ao 5- "muito grave". Dos comportamentos apresentados pode distinguir-se três condutas específicas: maltrato passivo (Descuidar as suas necessidades educativas da criança; descuidar a criança em situações de perigo; Não mostrar-lhe afeto; Não atender as suas necessidades básicas), Maltrato ativo leve (Grita-lhe; Dar-lhe uma bofetada; Insulta-la) e Maltrato ativo grave (Não permitir que tenha amigos; Ameaça-la; Bater-lhe; Não ter em conta as suas opiniões). Todas as escalas apresentam um alfa de *Cronbach* superior a 0,80, o que é indicador de uma boa consistência interna (α=0,85; α=0,81; α=0,89).

A segunda escala varia entre o 1-nada frequente, e o 6-muito frequente, e apresenta dois tipos de conduta de comportamento: maltrato passivo (Falta de carinho dos pais com os filhos; Não ter em conta a opinião dos filhos; Não atender as necessidades educativas dos filhos; Descuidar os filhos em situações de perigo; impedir que os filhos tenham amigo) e maltrato ativos (Golpes; Ameaças; Insultos; Bofetadas; Gritos). Esta apresenta também uma boa consistência interna com α=0,91 e α=0,90 respetivamente.

A última escala do questionário, é uma escala tipo *likert,* que varia entre o 1-totalmente em desacordo e 5-totalmente de acordo, e aborda as possíveis etiologias do maltrato infantil. Estas foram divididas em cinco categorias:

- Crenças dos filhos: O insucesso escolar dos filhos pode dar origem a maltrato; Quando os filhos são agressivos os pais costumam maltrata-los; É mais provável que uma criança que padeça algum tipo de incapacidade ou deficiência seja maltratada pelos seus pais; Ser uma criança não desejada aumenta a probabilidade que seja maltratada; É mais provável que uma criança que padeça uma doença física ou psicológica seja maltratada pelos seus pais.

- Crenças dos pais: Os pais maltratantes padecem algum transtorno mental; Os pais que maltratam os seus filhos foram maltratados na sua infância; É mais provável que uma criança que padeça algum tipo de incapacidade ou deficiência seja maltratada pelos seus pais; Uma palmada a tempo corrige uma má atitude da criança; Ser uma criança não desejada aumenta a probabilidade que seja maltratada; O conflito conjugal pode levar a situações de maltrato com os filhos; É mais provável que uma criança que padeça uma doença física ou psicológica seja maltratada pelos seus pais; O fardo provocado pelo trabalho dos pais pode provocar situações de maltrato; É mais fácil que uma criança seja maltratada pelo seu pai do que pela sua mãe; Uma criança maltratada será um adulto que maltrata as crianças; Os pais que consomem drogas tendem mais a maltratar os seus filhos; O maltrato infantil é mais provável em famílias com problemas económicos.
- Causas Socioeconómicas: O maltrato infantil é mais frequente em bairros marginais; O baixo nível educativo dos pais é uma causa de maltrato; O conflito conjugal pode levar a situações de maltrato com os filhos; O fardo provocado pelo trabalho dos pais pode provocar situações de maltrato; O maltrato infantil é mais provável em famílias com problemas económicos.

- História Pessoal: Os pais que maltratam os seus filhos foram maltratados na sua infância; Uma palmada a tempo corrige uma má atitude da criança; Os pais que bebem com frequência tendem mais a maltratar os seus filhos; Uma criança maltratada será um adulto que maltrata as crianças; Os pais que consomem drogas tendem mais a maltratar os seus filhos.

- Responsabilidade Paterna: É mais fácil que uma criança seja maltratada pelo seu padrasto do que pelo pai biológico; É mais fácil que uma criança seja maltratada pelo seu pai do que pela sua mãe.

Questionário sociodemográfico

Foi construído um questionário sociodemográfico *ad hoc* que inclui várias perguntas, que recolhem a seguinte informação sobre os participantes: sexo, idade, estado civil e composição da família, nível de escolaridade. Inclui também variáveis acerca do local de habitação (rural ou urbana) e sobre a educação e situação laboral atual.

Procedimento de recolha de dados:

Os dados foram recolhidos em várias zonas do país, principalmente na zona sul, nomeadamente Lisboa e Algarve, através da entrega destes a alguns profissionais de enfermagem colaboraram também na distribuição e recolha dos questionários. Alguns dos questionários, foram também enviados em formato eletrónico para os participantes que se dispuseram a preenche-lo mesmo à distância, sendo posteriormente respondidos no mesmo formato ou por chamada telefónica. Independentemente do método de recolha dos questionários, foi garantida a anonimidade a todos os participantes.

De todos os questionários entregues apenas foi possível recolher 57 dos quais apenas 50 foram selecionados para o estudo tendo os restantes de ser retirados por falta de informação.

Procedimento de análise de dados:

As variáveis recolhidas através do questionário foram analisadas uma a uma e depois organizadas em grupos que facilitem a análise de dados para a obtenção do objetivo. Foi usado o SPSS, *Statistical Package for the Social Sciences*, através do qual se pretende fazer uma análise descritiva e correlacional das variáveis.

As medidas descritivas utilizadas foram as frequências absolutas e relativas, médias, medianas e desvio-padrão. Outros dos testes estatísticos necessário a este estudo foram a *Oneway* ANOVA, usado para comparar as médias dos diferentes grupos e averiguar se estas permanecem iguais ou se mostram alternância consoante as variáveis, e as correlações de *Pearson* que procuram perceber se existe ou não uma relação entre as diferentes variáveis, e como esta relação se comporta.

Resultados:

As respostas do questionário foram organizadas em três categorias que definem a gravidade do maltrato infantil (passivo, ativo leve e ativo grave) numa escala que varia do 1 ao 5, e também em relação à frequência deste (passivo ou ativo) cuja escala varia do 1 ao 6.

Tabela 1: Média e Desvio-padrão nas categorias de maltrato infantil em relação à sua gravidade

	M	*DP*	*Máx.*	*Mín.*
Maltrato passivo	4,28	0,67	5,00	2,50
Maltrato ativo leve	3,79	0,89	5,00	1,67
Maltrato ativo grave	3,64	0,88	5,00	1,75

Tabela 2: Média e Desvio-padrão das categorias de maltrato em relação à sua frequência

	M	DP	*Máx.*	*Mín.*
Maltrato passivo	3,29	0,87	4,60	1,20
Maltrato ativo	3,38	0,84	4,67	1,33

Através das tabelas é possível verificar que os participantes têm em consideração a gravidade do maltrato infantil (tabela 1), reconhecendo as diferentes situações apresentadas no questionário como situações de maltrato infantil, referindo-as maioritariamente como situações de algo grave a grave.

Quanto à frequência dessas situações de maltrato infantil, categorizadas em maltrato passivo e maltrato ativo (tabela 2), maioria dos participantes aponta as situações como frequentes, percecionando o maltrato como algo provável de acontecer.

A categorização do maltrato em relação à sua gravidade e frequência, permitiu perceber que a generalidade dos participantes são capazes de reconhecer situações de maltrato infantil e a sua frequência. No entanto é importante averiguar se esta perceção se mantem igual entre médicos e enfermeiros, ou se profissão influência a perceção dos participantes em relação ao maltrato infantil.

Tabela 3: Análise de Variância (ANOVA) da gravidade do maltrato infantil ente médicos e enfermeiros

	Médicos *M (DP)*	Enfermeiros *M (DP)*	*F*	*p*
Maltrato passivo	4,29 (0,68)	4,26 (0.67)	0,04	0,84
Maltrato ativo leve	4,06 (0,71)	3,59 (0,96)	3,55	0,07
Maltrato ativo grave	3,64 (0,79)	3,64 (0,88)	5,09	0,03

Tabela 4: Análise de Variância (ANOVA) da frequência do maltrato infantil entre médicos e enfermeiros

	Médicos *M (DP)*	Enfermeiros *M (DP)*	*F*	*p*
Maltrato passivo	3,46 (0,72)	3,17 (0,96)	1,24	0,27
Maltrato ativo	3,61 (0,88)	3,38 (0,84)	2,88	0,09

Ao fazer a análise de variâncias através da ANOVA, foi possível verificar que em relação à gravidade do maltrato infantil (tabela 3), as médias variam entre os profissionais, uma vez que os valores do maltrato ativo grave ($F(1,48)=5,09$, $p=0,03<0,05$). O mesmo não acontece quando se realiza a análise de variâncias em relação á frequência do maltrato, onde se verifica igualdades de médias entre grupos, pois o maltrato passivo ($F(1,48)=1,24$, $p=0,27$) e o maltrato ativo ($F(1,48)=2,88$, $p=0,09$) ambos apresentam valores de p superior à significância do teste, $\sigma=0,05$.

Tabela 5: Média e Desvio-padrão das crenças acerca do maltrato infantil

	M	DP	*Máx.*	*Min.*
Crenças dos filhos	3,18	0,65	4,60	1,60
Crenças dos pais	3,46	0,38	4,80	2,62
Causas socioeconómicas	3,56	0,60	4,60	1,80
História pessoal	3,75	0,47	4,80	2,60
Responsabilidade paterna	2,31	0,72	3,50	1,00

A última escala do questionário refere-se às possíveis causas do maltrato infantil, apresentada numa escala tipo *likert.* As questões foram então categorizadas em 5 causas, nas quais se pode verificar (tabela 5) que a generalidade das médias se encontra numa posição neutra, não concordo nem discordo.

Tabela 6: Análise de Variância (ANOVA) das crenças acerca do maltrato infantil ente médicos e enfermeiros

	Médicos *M (DP)*	Enfermeiros *M (DP)*	*F*	*p*
Crenças filhos	3,13 (0,55)	3,21 (0,72)	0,15	0,69
Crenças pais	3,53 (0,36)	3,40 (0.39)	1,55	0,22
Causas socioeconómicas	3,79 (0,51)	3,39 (0,62)	5,77	0,02
História pessoal	3,70 (0,49)	3,78 (0,46)	0,30	0,69
Responsabilidade Paterna	2,26 (0,77)	2,34 (0,77)	0,16	0,69

Depois da categorização e análise das médias das crenças em relação ao maltrato infantil, realizou-se uma análise de variâncias através da ANOVA, para essas mesmas crenças em relação aos dois grupos de profissionais de saúde em estudo (tabela 6). Assim,

foi possível verificar que as médias divergem entre médicos e enfermeiros (F(1,48)=5,77, *p*=0,02<0,05) no que diz respeito ao que julgam ser as causas do maltrato.

Tabela 7: Análise de variância (ANOVA) da gravidade do maltrato infantil em relação à presença de filhos

	Sem filhos *M (DP)*	Com filhos *M (DP)*	*F*	*p*
Maltrato passivo	4,16 (0,67)	4,35(0.67)	0,96	0,33
Maltrato ativo leve	3,37 (0,94)	4,08 (0,74)	9,00	0,00
Maltrato ativo grave	3,26 (0,79)	3,88 (0,86)	6,65	0,01

No questionário sociodemográfico, incluído no questionário de representações sociais do maltrato infantil, informa acerca da presença ou ausência de filhos dos participantes. Assim, em relação à gravidade do maltrato (tabela 7) pode verificar-se que as médias divergem em relação à presença de filhos (maltrato ativo leve F(1,48)= 9,00, *p*=0,00<0,05 e maltrato ativo grave F(1,48)=6,65, *p*=0,01<0,05), sendo este um dos fatores que altera a perceção dos participantes.

Tabela 8: Análise de variância (ANOVA) da frequência do maltrato infantil em relação à presença de filhos

	Sem filhos *M (DP)*	Com filhos *M (DP)*	*F*	*p*
Maltrato passivo	3,46 (0,87)	3,19 (0,88)	1,18	0,28
Maltrato ativo	3,44 (0,86)	3,34 (0,83)	0,18	0,67

Foi também realizada uma análise de variâncias para a frequência do maltrato infantil em relação à presença de filhos, verificando assim, a igualdade de médias entre

grupos, o que indica que, os participantes com filhos e os que não têm, partilham da mesma perceção em relação à frequência com que o maltrato infantil ocorre (tabela 8), sendo os profissionais com filhos os que têm médias inferiores.

Tabela 9: Correlações de Pearson da gravidade e frequência do maltrato em relação à idade e ao rendimento

		Maltrato Passivo	Maltrato ativo leve	Maltrato ativo grave	Maltrato passivo	Maltrato ativo
Idade	r	0,135	0,411**	0,420**	-0,077	-0,069
Rendimento	r	0,112	0,467**	0,355*	0,209	0,299*

Notas: * Coeficientes com diferenças significativas de zero (p<0.01); ** Coeficientes com diferenças significativas de zero (p<0.05)

Através das correlações de *Pearson* procurou-se perceber se as variáveis se influenciam mutuamente, e qual a força e o sentido dessa influência. Através deste procedimento foram analisadas variáveis do questionário sociodemográfico, nomeadamente da idade e o rendimento dos participantes, em relação à gravidade do maltrato infantil, verificando-se a existência de uma fraca correlação entre a idade o maltrato ativo leve (r=0,411, p=0,003) e o maltrato ativo grave (r=0,420, p=0,002), ambas as correlações são positivas, o que indica um crescimento no mesmo sentido.

No que diz respeito ao rendimento dos participantes, foi também possível verificar a existência de uma correlação fraca entre com o maltrato ativo leve (r=0,467, p=0,009) e o maltrato ativo grave (r=0,355, p=0,012), sendo ambas as correlações positivas. Verifica-se também, uma correlação positiva fraca desta variável quanto à frequência do maltrato infantil, nomeadamente no caso do maltrato ativo (r= 0,299, p=0,035).

Tabela 10: correlação de Pearson das crenças do maltrato infantil

		Crenças filhos	Crenças pais	Causas socioeconómicas	Historia pessoal	Responsabilida de paterna
Crenças filhos	r	-				
Crenças pais	r	0,398**	-			
Causas socioeconómicas	r	0,205	0,866**	-		
História pessoal	r	0,411**	0,648**	0,335*	-	
Responsabilidade paterna	r	0,029	0,377**	0,207	-0,060	-

Notas: * Coeficientes com diferenças significativas de zero (p<0.01); ** Coeficientes com diferenças significativas de zero (p<0.05)

As correlações de *Pearson* foram também aplicadas às categorias criadas para as crenças acerca do maltrato infantil, com o objetivo de averiguar se estas se relacionam entre si. Assim, foi possível encontrar algumas correlações positivas fracas entre a crença das características e comportamentos dos filhos e dos pais (r=0,398, p=0,004) e também com a história pessoal (r=0,411, p=0,003).

A crença do comportamento e características dos pais poder estar na origem do maltrato infantil apresenta, também, uma correlação positiva moderada com a história pessoal (r=0,648, p=0,000), e uma correlação forte com as causas socioeconómicas (r=0,866, p=0,000).

Assim, pode verificar-se que as crenças acerca do maltrato infantil se relacionam entre si e se influenciam mutuamente, mostrando que o maltrato não apresenta uma causa isolada.

Discussão:

Os profissionais de saúde são dos primeiros que se deparam com possíveis casos de maltrato infantil, e são estes que, muitas vezes, têm de os reportar às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens ou às autoridades policiais (Pietrantonio, et al., 2013; BEn-Natan, et al., 2014) sendo, por isso, essencial que estes sejam capazes de identificar e denunciar corretamente esses casos. No presente estudo é possível verificar que os profissionais são capazes de identificar situações de maltrato, no entanto, parece haver alguma relutância na classificação do maltrato em relação à sua gravidade e frequência, sendo que, a média das pontuações atribuídas a cada situação, situam-se distantes do máximo possível.

Esta relutância na classificação das situações de maltrato apresentadas pode ser explicada por várias razões encontradas na literatura, tais como, a descrença na resolução dos casos, o medo e insegurança emocional dos profissionais, a sensação de invasão nos assuntos familiares e culturais, medo de acusarem um inocente, de prejudicar a criança e até de ter repercussões a nível pessoal, profissional e jurídico. Outras razões apontadas na literatura são a falta de formação e conhecimento na área, a falta do apoio dos colegas de profissão e a dificuldade em reconhecer os sinais de maltrato uma vez que estes podem ser confundidos com outros diagnósticos (Alvarez, Kenny, Donohue, & Carpin, 2004; Chihak, 2009; Reis, 2009; Bannwart & Brino, 2011; Pietrantonio, et al., 2013; Moreira, et al., 2014).

Os médicos e enfermeiros, tendo uma posição privilegiada para a identificação e diagnóstico do maltrato infantil, devido à proximidade que têm com a criança, e muitas vezes com a família, têm diferentes níveis de interação com a situação, o que pode explicar a diferença de médias encontradas nas respostas dos dois grupos de profissionais

em relação à gravidade do maltrato (Pietrantonio, et al., 2013; Silva, Afonso, & Silva, 2014).

Os enfermeiros são geralmente os primeiros a entrar e contacto com a possível vítima de maltrato, cabendo a estes avaliar o risco em que a criança se encontra, vigiar os sinais, detetar precocemente as situações de maltrato e reportar os casos de maltrato às autoridades competentes (Silva, Afonso, & Silva, 2014). No entanto, perante a suspeita de maltrato prolongado ou abuso sexual, são os médicos que tomam conta do caso, uma vez que possuem mais conhecimento e ferramentas para fazer o diagnóstico e definir um tratamento, este procedimento é geralmente feito pelo pediatra ou médico de família, e no caso de ser necessária a recolha de evidências, como nos casos de abuso sexual, este processo é realizado pelo médico legista (Reis, 2009).

Algumas variáveis podem afetar a perceção que estes profissionais têm do maltrato infantil, estas variáveis sociodemográficas, que dizem respeito a caraterísticas pessoais destes profissionais de saúde, irão inevitavelmente ter impacto na forma como estes definem e encaram situações de maltrato. A presença de filhos altera a perceção da gravidade do maltrato infantil, principalmente no que diz respeito ao maltrato ativo leve e grave, provavelmente pelas marcas físicas e as consequências a longo prazo que têm na vida da criança. No entanto pode verificar-se que os profissionais que indicaram ter filhos, apresentam médias inferiores aqueles que não têm filhos, o que pode ser explicado pela crença na punição física considerada uma forma educativa (Antoni & Batista, 2014).

Outras variáveis, tais como a idade, apresentam alguma influência sobre a perceção do maltrato infantil, principalmente no que diz respeito ao maltrato ativo leve e grave. Os participantes no estudo têm idades compreendidas entre 25 e os 56 anos, e através das correlações de *Pearson,* foi possível perceber que os profissionais com mais

idade percecionam as situações de maltrato apresentadas com uma maior gravidade. Estes resultados vão de encontro aos resultados acima referidos nos testes de comparação de médias entre os profissionais de saúde. Assim, pode confirmar-se que os profissionais de medicina, que coincide com os que têm mais idade, atribuem pontuações mais altas às situações de maltrato apresentadas.

O mesmo tipo de relação foi encontrada entre o rendimento mensal dos participantes e o maltrato ativo leve e grave. Assim, pode verificar-se que os profissionais de medicina, cujos salários são mais elevados, percecionam as situações de maltrato com maior gravidade quando comparados com os profissionais de enfermagem. Esta correlação, embora apresente valores baixos vem novamente confirmar que os médicos percecionam o maltrato com maior gravidade, o que pode dever-se ao fato de intervirem nos casos de maior gravidade, depois destes serem encaminhados pelos enfermeiros (Reis, 2009).

Finalmente, ao analisar as causas do maltrato infantil foi possível verificar que estas se interligam, e que os participantes não atribuem uma causa isolada aos maus-tratos infantis, o que vai de acordo com a informação encontrada na literatura, que interpreta o maltrato infantil como um fenómeno complexo com vários fatores em interação (Pasian, et al., 2013;nRios, Williams, Schelini, Bazon, & Piñón, 2013; Antoni & Batista, 2014; Christian, 2015).

As correlações de *Pearson* mostraram diversas relações entre variáveis, tais como, a história pessoal e as características e comportamentos dos intervenientes, ou seja, dos pais e filhos, esta relação vai de encontro ao que está referido na literatura. Algumas crenças relacionadas com a história pessoal, são também comuns às crenças dos pais, que dizem respeito às suas características e comportamentos e que relatam situações de

adultos que foram maltratados na infância, assim como, a perspetiva do castigo físico como método educativo, este similitude entre variáveis explica a relação moderada que se encontra entre elas (Reis, 2009).

Existem outras variáveis que se relacionam com a história pessoal pois isolam características psicológicas e comportamentais dos pais, tais como o consumo de substância, a presença de uma perturbação psicológica, o excesso de trabalho ou a ausência deste, e o tipo de relacionamentos que existe entre os familiares e o ambiente doméstico, revelando a importância e regularidade destes fatores nos casos de maltrato (Reis, 2009; Palusci, 2011; Rios, Williams, Schelini, Bazon, & Piñón, 2013; Diderich, et al., 2013; Antoni & Batista, 2014; Wilkins, Tsao, Hertz, Davis, & Klevens, 2014; Costa & Teixeira, 2016)

Quanto aos comportamentos e caracteristicas dos filhos, relacionada com as duas variaveis acima referidas, têm em conta a personalidade e o temperamento da criança, tal como o seu comportamento em relação aos pais e á escola, sendo o insucesso escolar um dos fatores apontados pela literatura como um motivo regular do maltrato infantil (Reis, 2009; Antoni & Batista, 2014). Também as caracteristicas fisicas e psicológicas das crianças têm impacto, e podem aumentar a probabilidade da ocorrencia de maus-tratos, estas incluem perturbações psicológicas e desenvolvimentais, assim como, a presença de deficiências ou doenças crónicas e outros fatores, tais como, por exemplo, a criança ser fruto de uma gravidez indesejada e/ou não corresponder às expetativas dos pais, deixam a criança vulnerável a sutiações de violência (Reis, 2009; Palusci, 2011; Dubowitz, et al., 2011; Rios, Williams, Schelini, Bazon, & Piñón, 2013; Antoni & Batista, 2014; Silva, Afonso, & Silva, 2014; Christian, 2015; Costa & Teixeira, 2016)

No entanto, embora existam diversas variáveis que possam explicar o maltrato infantil, tais como aquelas acima descritas, a que é mais descrita na literatura e que apresenta uma correlação mais forte com outras variávais são as causas socioeconómicas. Os problemas económicos, a probreza e a falta de condições das habitações são apontadas como um elevado fator de risco ao maltrato infantil, e embora se admita que este fenomeno possa acontecer em qualquer classe socioeconómica, é mais comum que aconteça nas classes mais baixas (Pires & Miyazaki, 2005; Reis, 2009; Palusci, 2011; Dubowitz, et al., 2011; Rios, Williams, Schelini, Bazon, & Piñón, 2013; Diderich, et al., 2013; Antoni & Batista, 2014; Ben-Natan, et al., 2014; Moreira, et al., 2014;Silva, Afonso, & Silva, 2014; Wilkins, Tsao, Hertz, Davis, & Klevens, 2014; Christian, 2015; Loredo-Abdalá, Villanueva-Clift, Aguilar-Ceniceros, & Casas-Muñoz, 2016; Costa & Teixeira, 2016; Gutiérrez, et al., 2017).

Assim, através deste estudo foi possivel verificar que os profissionais de medicina e de enfermagem partilham das mesmas crenças acerca do maltrato infantil, que também são partilhadas por outros profissionais que têm contacto com crianças e jovens uma vez que estas se encontram enraizadas culturalmente e algumas delas coincidem com fatores de risco regularmente apontados como possiveis desencadeadores de situações de maltrato, violência ou outros (Alvarez, Kenny, Donohue, & Carpin, 2004; Chihak, 2009; Reis, 2009; Dubowitz, et al., 2011; Rios, Williams, Schelini, Bazon, & Piñón, 2013; Pietrantonio, et al., 2013; Oliveira & Pais, 2014; Christian, 2015)

Conclusão:

O presente estudo demonstrou que embora os profissionais de saúde estejam preparados para identificar qualquer tipo de maltrato contra a criança ou jovem, estes mostram alguma relutância em relação à classificação da gravidade e frequência dos atos,

sendo mais fácil identificar atos de violência física, cujos sinais são visíveis ou bastante graves. Estes resultados podem implicar que, ao se depararem com casos de violência ou negligência em que os sinais não sejam muito explícitos, os profissionais hesitem a fazer uma denúncia formal.

Vários estudos sobre o maltrato infantil mostram que a hesitação dos profissionais em reportar casos de maltrato infantil está relacionada com a falta de conhecimento e/ou de prática quanto à identificação de sinais de maus-tratos, medo de problemas jurídicos e de represálias, com a possível perda dos pacientes, ameaças a nível pessoal, e incerteza do desfecho do caso e dos códigos de ética (Gonçalves & Ferreira, 2002; Everson & Sandoval, 2011; Bannwart & Brino, 2011; Pietrantonio, et al., 2013; Silva, Afonso, & Silva, 2014).

As respostas dadas no questionário em relação às crenças, mostrou que os profissionais de saúde atribuem situações de violência a causas externas, o que vai de encontro a um estudo de Everson & Sandoval (2011), que aponta para uma maior empatia destes profissionais quando comparados com profissionais ligados ao sistema judicial. Enquanto os primeiros temem denunciar situações de maltrato por medo de denunciar um inocente ou prejudicar a criança, os segundos não hesitam a denunciar uma situação semelhante tendo como principal foco a punição do perpetrador.

As denúncias feitas pelos profissionais de saúde referem-se maioritariamente a crianças que sofrem de abuso ou negligência de forma crónica, que pela duração e intensidade da situação não deixam dúvida em relação à ocorrência dos mesmos, e casos em que há concordância de vários profissionais, ou que possam ter sido encaminhadas por outros profissionais, havendo uma conformidade na opinião de que a criança precisa de proteção (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, Van, & Jzendoorn, 2015). A

denuncia do maltrato, sendo esta obrigatória em termos legais e éticos, deveria ser facilitada aos profissionais, para eliminar alguns dos fatores acima descritos, apostando também na prevenção deste fenómeno dotando os profissionais e a população geral de informação sobre a magnitude do problema no seu país, das crenças e mitos referentes ao tema, assim como, facilitar a identificação de fatores de risco com antecedência para a possibilidade de os reduzir e aumentar fatores de proteção (Chihak, 2009; Marchand & Deneyer, 2012; Moreno, 2014).

Os profissionais de saúde devem estar bem preparados para a identificação destes casos, tendo sido verificado que, formação extra e intervenções específicas sobre os maus-tratos ajudam a diminuir a subjetividade da decisão ao denunciar os casos, sendo por isso importante que este tema seja abordado ainda durante a formação académica dos profissionais, de maneira a aumentar sua capacidade de identificar as situações de maus-tratos, reconhecendo-as como tal, e ampliar o compromisso em notificá-las (Bannwart & Brino, 2011).

Outra conclusão deste estudo a ser realçada, é a existência de várias crenças em relação ao maltrato infantil, que coexistem entre si e estão enraizadas na cultura. Algumas destas crenças são frequentemente confirmadas e/ou desmentidas pela literatura, e são simultaneamente consideradas fatores de risco para o maltrato infantil, tal como uma baixa condição socioeconómica, violência familiar, o desemprego e o consumo de álcool e drogas, sendo por isso importante para os profissionais de saúde ter em conta a história clínica da criança, mas também a sua história pessoal e da família, fazendo sem julgamentos morais ou acusações.

Apesar do conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao maltrato, é imprescindível reconhecer que estes também possuem um número elevado de crenças

(Alvarez, Kenny, Donohue, & Carpin, 2004), o reconhecimento deste fator ajuda na humanização dos profissionais que envolvem a própria vida para cuidar de outros, o que implica apresentar uma postura concreta diante da vida humana, da doença, da violência, do sofrimento e da dor (Oliveira & Pais, 2014). Assim, ao reconhecer a existência de crenças que podem prejudicar o procedimento de denúncia, ajuda a que estes profissionais possam desenvolver estratégias de identificação dos sinais de maltrato de forma a não condicionar os casos com o seu próprio julgamento, e conseguindo a maior quantidade de informação possível.

As crianças, devido às suas características, encontram-se dependentes de um adulto, para colmatar as suas necessidades físicas, psicoafectivas e sociais, e para que este se desenvolva de forma saudável para uma vida adulta (Silva, Afonso, & Silva, 2014), concluindo por isso que a capacitação dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais de maltrato infantil sem a interferência de julgamentos morais e críticos e a ampliação do compromisso de notifica-los, sem a preocupação das repercussões que possam vir a sofrer, irá contribuir largamente para a diminuição das consequências do maltrato na vida adulta de várias vitimas de violência, ajudando por isso a melhorar as condições de saúde física e mental da população (Bannwart & Brino, 2011; koifman, Menezes, & Bohrer, 2012).

Considerações Finais:

Os resultados do presente estudo, embora não possam ser generalizados a todos os profissionais de saúde ou mesmo à população em geral, realçam a importância da preparação académica dos profissionais para a identificação de sinais de maltrato, não só das evidências físicas mas também dos comportamentos e expressões emocionais que possam apontar para uma situação de maltrato.

O presente tema pode ainda ser desenvolvido em estudo futuros para uma melhor compreensão das influências das crenças pessoais nas dos tarefas profissionais, para esse efeito sugere-se a concretização de um questionário mais específico e direcionado para a categoria profissional a investigar, assim como uma amostra maior que permita a generalização dos resultados.

Bibliografia

Albuquerque, C., Santos, C., & ALmeida, H. (2014). Intervenção sociojurídica com crianças em perigo em portugal: eixos de um sistema multifacetado. *Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 13, n. 2 (18).*, 225-244.

Alonso-Marsden, S., Dodge, K., O'Donnell, K., Murph, R., Sato, J., & Christopoulos, C. (2013). Family risk as a predictor of initial engagement and follow-through in a universal nurse home visiting program to follow-through in a universal nurse home visiting program to. *Child Abuse & Neglect 37,* 555– 565. doi 10.1016/j.chiabu.2013.03.012

Altafim, E., & Linhares, M. (2016). Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review. *Psychosocial Intervention 25*, 27–38*.* doi: 10.1016/j.psi.2015.10.003

Alvarez, K., Kenny, M., Donohue, B., & Carpin, K. (2004). Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? *Aggression and Violent Behavior 9,* 563 – 578. *doi:10.1016/j.avb.2003.07.001*.

Antoni, C., & Batista, F. (2014). Violência familiar: Análise de fatores de risco e proteção. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul 14(2)* , 26-35.

Bannwart, T., & Brino, R. (2011). Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Rev Paul Pediatr ;29(2):1.*, 38-45.

BEn-Natan, M., Sharon, I., Barbashov, P., Minasyan, Y., Hanukayev, I., Kajdan, D., & Klein-Kremer, A. (2014). Risk Factors for Child Abuse: Quantitative Correlational Design. *Journal of Pediatric Nursing (29)*, 220–227.

Chihak, A. (2009). The nurse's role in suspected child abuse. *Pediatrics and child health 19:s2*, 211-213.

Christian, C. (2015). The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Pediatrics Volume 135, number 5,* 1338 - 1354. doi: 10.1542/peds.2015-0356

Costa, S., & Teixeira, S. (2016). "A História Não Tem De Ser O Destino" o risco psicossocial em crianças com famílias disfuncionais. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 193-203.

Diderich, H., Fekkes, M., Verkerk, P., Pannabakker, F., Velderman, M., Sorensen, P., Oudesluys-Murphy, A. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment. *Child Abuse & Neglect 37.* 1122–1131. doi:10.1016/j.chiabu.2013.04.005

Dubowitz, H., Kim, J., Black, M., Weisbatr, C., Semiatin, J., & Magder, L. (2011). Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse & Neglect 35*, 96–104. doi:10.1016/j.chiabu.2010.09.003.

Everson, M., & Sandoval, J. (2011). Forensic child sexual abuse evaluations: assessing subjectivity and bias in professional judgements. *Child Abuse Neglect, Apr; 35(4)* , 287-298. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.01.001

Federation, T. d. (29 de Agosto de 2017). *Child Exploitation*. Obtido de Terre des Hommes International Federation: For children, their rights and equitable development: http://www.terredeshommes.org/causes/child-exploitation/

Feng, J., Chen, Y., Fetzer, S., & Lin, C. (2012). Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Children and Youth Services Review 34*, 276–280. doi: 10.1016/j.childyouth.2011.10.026

Gonçalves, H., & Ferreira, A. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Publica*, 315-319.

Guterman, N., Tabone, J., Bryan, G., Taylor, C., Napoleon-Hanger, C., & Banman, A. (2013). Examining the effectiveness of home-based parent aide services to reduce risk for physical child abuse and neglect: Six-month findings from a randomized clinical trial. *Child Abuse & Neglect 37*, 566– 577. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.006

Gutiérrez, G., Caballero, R., Gómez, C., Rodríguez, B., Halles, S., & Ribalta, Y. (2017). Familia y conocimiento sobre el maltrato infantil. *Mediciego vol.23 nº1*, 16-22.

Harris, T. S. (2010). Bruises in Children: Normal or Child Abuse? *Journal of Pediatric Health Care Volume 24, Number 4*, 216-221.

koifman, L., Menezes, R., & Bohrer, K. (2012). Abordagem do Tema "Violência contra a Criança" no Curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense. *Revista Brasileira de educação médica 36 (2)*, 172-179.

Loredo-Abdalá, A., Villanueva-Clift, H., Aguilar-Ceniceros, A., & Casas-Muñoz, A. (2016). Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México. *Bol Med Hosp Infant Mex. 73(4),* , 219-227. doi: 10.1016/j.bmhimx.2016.03.004 1665-1146

Lukefahr, J. L., Kellogg, N. D., Anderst, J. D., Gavril, A. R., & Wehner, K. K. (2011). Pediatric response to a large-scale child protection intervention. *Child Abuse & Neglect 35*, 574-581.

Manso, J. (2006). Revisión de los Principales modelor teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 271-292.

Marchand, J., Deneyer, M., & Vandenplas, Y. (2012). Detection, diagnosis, and prevention of child abuse: the role of the pediatrician. *Eur J Pediatr. jan;171(1)* , 17-23. doi: 10.1007/s00431-011-1616-1

Martins, P. (1998). O conceito de maustratos a crianças - um estudo das noções dos profissionais da infância. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto*.

Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J., & Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse & Neglect 34*, 647-658.

Moreno, J. (2014). Imagen social del maltrador del abuso infantil. representaciones sociales. *Internacional journal of Developmental and Educational Psychology*, 385-396.

O'Donnell, M., Nassar, N., Leonard, H. M., Patterson, Y., & Stanley, F. (2010). Monitoring child abuse and neglect at a population level: Patterns of hospital admissions for maltreatment and assault. *Child Abuse & Neglect 34*, 823-832.

Oliveira, P., & Simões, A. (2014). Maus-tratos à infância: as referências dos técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ]. *Revista Especial da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed. Esp. 1)*, 82-89.

Oliveira, R., & Pais, L. (2014). A origem dos maus-tratos: Revisão sobre a evolução histórica das perceções de crianças e maus-tratos. *Psychology, Community & Health, Vol. 3(1)* , 36-49. doi:10.5964/pch.v3i1.63

Palusci, V. (2011). Risk factors and services for child maltreatment among infants and young children. *Children and Youth Services Review 33*, 1374-1382. doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.025

Pasian, M., Faleiros, J., Bazon, M., & Lacharité, C. (2013). Negligência Infantil: A Modalidade Mais Recorrente de Maus-Tratos. *Pensando Famílias, 17(2), dez.* , 61-70.

Pietrantonio, A. M., Wright, E., Gibson, K. N., Alldred, T., Jacobson, D., & Niec, A. (2013). Mandatory reporting of child abuse and neglect: Crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse & Neglect 37*, 102-109.

Pires, A., & Miyazaki, M. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde jan-mar;12(1)*, 42-49.

Reis, V. (2009). Crianças e Jovens em Risco (Contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco). *Faculdade de Psicologia e Ciências da educação da Universidade de Coimbra*.

Rios, K., Williams, L., Schelini, P., Bazon, M., & Piñón, E. (2013). Inventário de Potencial de Abuso Infantil – CAP: evidências de validade e precisão. *Avaliação Psicológica, 12(1)*, 51-60.

Rodríguez, M., & Gutiérrez, L. (2013). La representación social de los malos tratos infantiles en la familia: Factores psicosociales que influyen en la percepción de las conductas de maltrato. *Psychosocial Intervention 22*, 7-14. doi: 10.5093/in2013a2.

Silva, D., Afonso, V., & Silva, E. (2014). Conhecimento dos enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Millenium 47*, 69-82.

Silveira, T., & Ramos, C. (s.d.). Violência Doméstica contra criança: Obstáculos encontrados pelos profissionais de saúde para trabalhar com essa problemática. *revista Rede de Cuidados em Saúde*.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink, L., Van, M., & Jzendoorn, I. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review Vol. 24*, 37-50. Doi: 10.1002/car.2353

Tomás, C., & Fernandes, N. (2011). Direitos da criança em Portugal: os desassossegos dos riscos na/da infância. *IV Encontro Maus-Tratos, Negligência e Riscos na Infância e na adolescência*.

Tomás, C., & Fonseca, D. (2004). Crianças em Perigo: O Papel das Comissões de Proteção de Menores em Portugal. *Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol. 47, no 2.*, 383-408.

WHO. (2002). Child Abuse and Neglect Facts. *World Health Organization: violence injury prevention*.

WHO. (5 de Agosto de 2017). *Health topics: child maltreatment*. Obtido de WHO: http://www.who.int/topics/child_abuse/en/

WHO, & ISPCAN. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. *WHO publications*.

Wilkins, N., Tsao, B., Hertz, M., Davis, R., & Klevens, J. (2014). Connecting the Dots: An Overview of the Links Among Multiple Forms of Violence. *Centers for Disease Control and Prevention and Prevention Institute*.

Wood, J. N., Pecker, L. H., Russo, M. E., Henritig, F., & Christian, C. W. (2012). Evaluation and referral for child maltreatment in pediatric poisoning victims. *Child Abuse & Neglect 36*, 362-369.

Zimmerman, F., & Mercy, J. (2010). A Better Start: Child Maltreatment Prevention as a Public Health Priority. *Zero to Three May*, 4-10.

ANEXOS

UAlg FCHS
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Um grupo de investigadores da Universidade do Algarve está a desenvolver um estudo sobre o maltrato infantil. Para tal necessitamos conhecer a opinião de pessoas com diferentes idades e profissões. Agradeceríamos que respondesse a este questionário marcando a opção que melhor reflete a sua situação e a sua opinião. O questionário é anónimo e as suas respostas serão tratadas conjuntamente com as de outras pessoas.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Idade: ____ anos Sexo: O Homem O Mulher Local de nascimento_____

Nível de estudos que você completou:

- ○ Nenhum
- ○ 1º Ciclo
- ○ 2º Ciclo
- ○ 3º Ciclo
- ○ Ensino secundário / Profissional completo
- ○ Ensino universitário

Qual a sua profissão: _____

Atualmente você está:

- ○ Ativo e trabalha todo o ano.
- ○ Ativo mas trabalha só alguns meses no ano.
- ○ Ativo e desempregado. Há quanto tempo? _____.
- ○ Inativo (Dona de casa / Não procura trabalho).

Qual é o seu estado civil?

○ Solteiro ○ Casado ○ Em união de facto ○ Separado / Divorciado ○ Viúvo

Nível de estudos que o seu pai completou:

O Nenhum
O 1º Ciclo
O 2º Ciclo
O 3º Ciclo
O Ensino secundário
O Ensino universitário

Nível de estudos que a sua mãe completou:

O Nenhum
O 1º Ciclo
O 2º Ciclo
O 3º Ciclo
O Ensino secundário
O Ensino universitário

É imigrante?

- ○ Não
- ○ Sim. Há quantos anos vive em Portugal? _____anos.

Os rendimentos da sua família (incluindo os apoios e subsídios) são _____euros por mês.

Tem filhos?

○ Não ○ Sim. Que idades têm? ____ / _____ / _____ / _____ / _____

Apresentamos uma série de comportamentos que podem ser habituais numa relação entre pais e filhos. Por favor indique se considera estes comportamentos como atitudes de maltrato infantil marcando uma cruz em SIM ou NÃO.
No caso de responder SIM, indique o grau de gravidade.

	NÃO	SIM	Nada grave	Pouco grave	Algo grave	Grave	Muito grave
Descuidar as necessidades educativas da criança (Não vigiar que vá à escola,….)	O	O	O	O	O	O	O
Dar-lhe uma bofetada	O	O	O	O	O	O	O
Descuidar a criança em situações de perigo (acidentes domésticos, tomadas elétricas,…)	O	O	O	O	O	O	O
Ameaçá-la	O	O	O	O	O	O	O
Grita-lhe	O	O	O	O	O	O	O
Não mostrar-lhe afeto	O	O	O	O	O	O	O
Não atender as suas necessidades básicas (alimentação, higiene, vestuário, saúde)	O	O	O	O	O	O	O
Não permitir que tenha amigos	O	O	O	O	O	O	O
Bater-lhe	O	O	O	O	O	O	O
Insultá-la	O	O	O	O	O	O	O
Não ter em conta as suas opiniões	O	O	O	O	O	O	O

Na vida familiar, com que frequência acha que ocorrem estas situações entre pais e filhos?

	Nada frequente	Pouco frequente	Frequente	Bastante frequente	Muito frequente
Ameaças	O	O	O	O	O
Não ter em conta as opiniões dos filhos	O	O	O	O	O
Falta de carinho dos pais com os filhos	O	O	O	O	O
Insultos	O	O	O	O	O
Não atender as necessidades educativas dos filhos	O	O	O	O	O
Golpes	O	O	O	O	O
Descuidar as necessidades básicas dos filhos	O	O	O	O	O
Bofetadas	O	O	O	O	O
Descuidar os filhos em situações de perigo	O	O	O	O	O
Impedir que os filhos tenham amigos	O	O	O	O	O
Gritos	O	O	O	O	O

Esta é uma lista com alguns motivos que podem explicar o maltrato infantil. Indique até que ponto concorda com estas afirmações.

	Totalmente em desacordo	Em desacordo	Não tenho a certeza	De acordo	Totalmente de acordo
Os pais maltratantes padecem algum transtorno mental	O	O	O	O	O
O insucesso escolar dos filhos pode dar origem a maltrato	O	O	O	O	O
Quando os filhos são agressivos os pais costumam maltratá-los	O	O	O	O	O
O maltrato infantil é mais frequente em bairros marginais	O	O	O	O	O
Os pais que maltratam os seus filhos foram maltratados na sua infância	O	O	O	O	O
É mais provável que uma criança que padeça algum tipo de incapacidade ou deficiência seja maltratada pelos seus pais	O	O	O	O	O
É mais fácil que uma criança seja maltratada pelo seu padrasto do que pelo pai biológico	O	O	O	O	O
Uma palmada a tempo corrige uma má atitude da criança	O	O	O	O	O
Ser uma criança não desejada aumenta a probabilidade que seja maltratada	O	O	O	O	O
O baixo nível educativo dos pais é uma causa de maltrato	O	O	O	O	O
O conflito conjugal pode levar a situações de maltrato com os filhos	O	O	O	O	O
É mais provável que uma criança que padeça uma doença física ou psicológica seja maltratada pelos seus pais	O	O	O	O	O
Os pais que bebem com frequência tendem mais a maltratar os seus filhos	O	O	O	O	O
O fardo provocado pelo trabalho dos pais pode provocar situações de maltrato.	O	O	O	O	O
É mais fácil que uma criança seja maltratada pelo seu pai do que pela sua mãe	O	O	O	O	O
Uma criança maltratada será um adulto que maltrata as crianças	O	O	O	O	O
Os pais que consomem drogas tendem mais a maltratar os seus filhos	O	O	O	O	O
O maltrato infantil é mais provável em famílias com problemas económicos	O	O	O	O	O