

INÊS SOFIA RAMOS BERNARDINO

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS FACE AOS MAUS TRATOS INFANTIS**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

INÊS SOFIA RAMOS BERNARDINO

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS FACE AOS MAUS TRATOS INFANTIS**

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sobre a orientação de:

Professora Doutora Cristina Nunes



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

DECLARAÇÃO DE AUTORIA DE TRABALHO

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

(Inês Sofia Ramos Bernardino)

Copyright by

Inês Sofia Ramos Bernardino

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Todos os trabalhos que se encontram presentes nesta dissertação foram referenciados de acordo com o Manual de Publicação da APA - 6^a. Edição (2012)

Epígrafe

“A verdadeira sabedoria consiste em saber
como aumentar o bem-estar do mundo.”

Benjamin Franklin

Agradecimentos

À Prof.^a Doutora Cristina Nunes, minha orientadora pela importância que teve nesta etapa tão marcante da minha vida, por todo o apoio e toda a ajuda. Desde o primeiro momento mostrou grande empatia, estando sempre disponível para me esclarecer qualquer dúvida, mostrando-se uma pessoa bastante flexível, mas ao mesmo tempo exigente, para que tivesse um bom desempenho na minha dissertação de mestrado.

A todos os meus amigos universitários, especialmente à Cátia, à Denise, e à Kátia, por me terem proporcionado cinco anos de grandes alegrias, pela amizade e companheirismo, pela repartição de sonhos, por todos os receios partilhados, pela troca de ideias e de dúvidas, vieram reforçar a ideia de que as amizades que se constroem na faculdade ficam para a vida. Às amizades que fiz na residência das Gambelas, e a todas as minhas colegas de casa durante estes anos. Sem esquecer os amigos de longa data, mesmo estando longe sempre mostraram preocupação e apoio para que concretizasse esta etapa com sucesso.

A todos os professores do secundário que me marcaram e sempre acompanharam o meu percurso na universidade, aos professores universitários e alunos que prontamente se mostraram disponíveis e colaboraram na minha dissertação respondendo a questionários, bem como aos professores que me acompanharam ao longo da minha licenciatura e mestrado, pelos conhecimentos que me transmitiram, pela disponibilidade e paciência.

Agradeço à Alda por todo o apoio, por todo o incentivo que me deu, estando sempre disponível, fazendo-me acreditar perpetuamente nas minhas capacidades.

À minha família. Os meus pais pelo apoio incondicional, sem eles não teria chegado até onde cheguei, sempre acreditaram em mim, e investiram na minha formação profissional. À minha mãe que sempre me ensinou a não desistir, reforçando a ideia de

que depois do trabalho e do esforço há sempre uma recompensa, ao meu pai, que sempre foi um exemplo a seguir, trabalhador e persistente, lutando sempre pelos seus objetivos.

À minha irmã Beatriz pelas palavras de incentivo sempre no momento certo, foi sem dúvida a minha maior motivação, e espero um dia ser um exemplo a seguir, e um motivo de orgulho.

Aos meus tios, por todos os estímulos, e por nunca duvidarem que seria capaz de concluir esta etapa tão importante na minha vida.

À minha prima Tânia, que sempre esteve presente nesta jornada, nunca me deixou desistir, mostrando-me que a audácia é a chave para o sucesso.

Aos meus avós, pelo orgulho que sempre demonstraram ter para comigo, por todo o carinho, por todos os afetos, por todas as palavras sábias.

A todos vocês, muito obrigada!

Resumo

Os maus tratos infantis são um problema de saúde pública que podem ter graves implicações no desenvolvimento do ser humano. O principal objetivo do presente trabalho é analisar as relações existentes entre a área científica, a idade, o sexo, a autoestima e a vivência de maus tratos na infância dos estudantes universitários com as atitudes e os conhecimentos que têm face aos maus tratos infantis.

Para esse efeito recorreu-se a uma amostra composta por 261 participantes da Universidade do Algarve, de diferentes cursos, e de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 17 e os 56 anos ($M = 21,07$; $DP = 4,47$), a quem foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário de conhecimentos e atitudes do maltrato infantil, Questionário de avaliação de trauma infantil – CTQ-SF e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

Os resultados mostram não existir diferenças significativas em função da área de estudo, do sexo e da idade, com a exceção nas características dos filhos enquanto responsáveis pelos maus tratos, onde se encontram diferenças entre os alunos de psicologia e biomédicas, em que psicologia apresenta uma média superior. Quer a existência de maus tratos na infância, quer a autoestima apresentam correlações fracas com algumas das dimensões relativas aos conhecimentos e atitudes dos maus tratos infantis.

Em suma, parece que os conhecimentos e as atitudes face aos maus tratos infantis são principalmente influenciados quer pela autoestima, quer pelas vivências de maus tratos na infância, o que parece ser justificado pelo impacto das experiências na infância ao nível da autoestima e dos próprios conhecimentos adquiridos.

Palavras-chave: Área científica, Atitudes, Autoestima, Estudantes universitários, Mau trato infantil

Abstract

Child maltreatment is a public health problem that can have serious implications for the development of the human being. The main objective of the present study is to analyze the relationships between the scientific area, age, sex, self-esteem and the experience of maltreatment in the childhood of university students with the attitudes and knowledge that have to face child maltreatment.

For this purpose, we used a sample of 261 participants from the university of Algarve of different courses and of both sexes aged between 17 and 56 years ($M = 21,07$; $SD = 4,47$) who were applied the following instruments: Knowledge questionnaire and attitudes of child maltreatment, Child trauma assessment questionnaire - CTQ-SF and the Rosenberg Self-esteem Scale.

The results show that there are no significant differences according to the area of study neither gender or age except the characteristics of the children as responsible for maltreatment. Here there are differences between students of psychology and biomedical where psychology presents a higher average. Both childhood maltreatment and self-esteem have weak correlations with some of the dimensions related to the knowledge and attitudes of child abuse.

In summary it seems that knowledge and attitudes towards child maltreatment are mainly influenced both by self-esteem and by childhood maltreatment experiences which seems to be justified by the impact of childhood experiences on the level of self-esteem and self-knowledge acquired.

Keywords: Scientific area, Attitudes, Self-esteem, University students, Child Abuse.

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

APA – Associação Americana de Psicologia

CCD – Centros de Controle de Doenças

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CTQ – Childhood Trauma Questionnaire

DGS – Direção-Geral de Saúde

ISPCAN – International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect

OMS – Organização Mundial de Saúde

RSES – Rosenberg Self-Esteem Scale

UNICEF – United Nations Children's Fund

WHO – World Health Organization

Índice geral

| | |
|--|----|
| Introdução | 1 |
| Parte I - Revisão da Literatura | 4 |
| 1.1. Os maus tratos infantis: definição, tipos e modelos | 4 |
| 1.1.1. Definições dos maus tratos infantis..... | 4 |
| 1.1.2. Dados epidemiológicos dos maus tratos | 6 |
| 1.1.3. Tipos de maus tratos | 8 |
| 1.2. 4. Modelos explicativos dos maus tratos infantis | 16 |
| 1.2. Contextualização dos maus tratos infantis | 25 |
| 1.3. Fatores de risco e fatores protetores dos maus tratos infantis | 29 |
| 1.4. Representações sociais, conhecimentos e atitudes dos maus tratos infantis | 31 |
| 1.4.1. Representações sociais, conhecimentos e atitudes face aos maus tratos infantis na comunidade | 32 |
| 1.4.2. Representações sociais, conhecimentos e atitudes face aos maus tratos infantis nos estudantes do ensino superior | 37 |
| Parte II - Estudo Empírico..... | 40 |
| 2. Objetivo geral e objetivos específicos..... | 40 |
| 3. Método..... | 41 |
| 3.1. Participantes..... | 41 |
| 3.2. Instrumentos..... | 41 |
| 3.2.1. Questionário sobre conhecimentos e atitudes sobre o maltrato infantil..... | 41 |
| 3.2.2. Questionário de avaliação de trauma infantil..... | 45 |
| 3.2.3. Escala de autoestima de Rosenberg..... | 46 |

| | |
|---|----|
| 3.3. Procedimentos..... | 47 |
| 3.4. Plano de análise..... | 47 |
| 4. Resultados..... | 48 |
| 4.1. Caracterização dos participantes..... | 49 |
| 4.1.1. Influência da área científica nas atitudes e conhecimentos dos participantes..... | 51 |
| 4.1.2. Influência do sexo nas atitudes e nos conhecimentos dos estudantes..... | 52 |
| 4.1.3. Influência da idade nas atitudes e conhecimentos dos estudantes universitários..... | 53 |
| 4.1.4. Relação entre as atitudes e os conhecimentos sobre os maus tratos infantis, com o índice geral de maus tratos e a autoestima | 54 |
| 5. Discussão | 55 |
| 6. Conclusão | 60 |
| 7. Referências Bibliográficas | 62 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Fatores ecológicos e intervenientes dos maus tratos infantis | 22 |
| Figura 2. Modelo ecológico | 24 |
| Figura 3. Situação laboral dos participantes | 50 |
| Figura 4. Distribuição relativa à escolaridade dos pais dos participantes | 51 |

Índice de quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1. Tipos de maus tratos infantis | 11 |
| Quadro 4. Alfas das dimensões e dos fatores do questionário conhecimentos e atitudes face aos maus tratos infantis | 44 |

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Número de participantes consoante a área de estudo | 49 |
| Tabela 2. Diferenças entre médias segundo a área científica e as atitudes e conhecimentos | 52 |
| Tabela 3. Comparação de médias e desvios-padrão nas dimensões gravidade, frequência, crenças e conhecimentos do mau trato infantil | 53 |
| Tabela 4. Correlação das atitudes e conhecimentos sobre os maus tratos infantis com a idade dos participantes | 53 |
| Tabela 6. Relação entre as atitudes e conhecimentos dos estudantes com a autoestima e o índice geral de maus tratos | 54 |

Índice de anexos

| | |
|---|----|
| Anexo A. Autorização do reitor para aplicação dos questionários | 73 |
|---|----|

Introdução

Entende-se por maus tratos qualquer ação não acidental que provoque dano e/ou que coloque a criança em perigo/risco (Hernanz et al., 2000). Pode, então, definir-se como a manifestação e o resultado de um conjunto de problemas que afetam o bem-estar, a saúde física e psíquica da criança.

Os maus tratos infantis são um problema de saúde pública grave e prevalente, responsáveis por uma morbilidade e mortalidade substancial. Não são um fenómeno recente, produto da modernidade, nem há dados que sustentem a ideia por muitos defendida de que a sua expressão é atualmente maior do que noutros períodos. Durante muito tempo as dificuldades que afetavam as crianças e as suas famílias cresceram e viveram ocultas sob o manto opaco do privado e do íntimo, originando uma barreira ao seu reconhecimento público social e sendo vistas como problemas individuais, que diziam respeito aos outros e não invocando uma responsabilidade coletiva (Martins, 2001).

A violência contra crianças é um grave problema mundial que atinge e prejudica a população durante importantes períodos de desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde pelo menos 850 crianças com idade inferior a 15 anos morrem de maus tratos anualmente, sendo que os rapazes estão em destaque uma vez que correspondem a 60% dessa amostra. As taxas são mais elevadas em crianças com menos de quatro anos em comparação com crianças mais velhas. Este nível de homicídio nas crianças parece ter culminado com o desenvolvimento económico e com a transição política na Europa Oriental (World Health Organization, 2013).

Os estudos realizados em vários países demonstram que os maus tratos são um problema multicausal uma vez que intervêm com as características do agressor, do agredido, e do meio ambiente que o rodeia (Santana-Tavira, Sánchez-ahedo, & Herrera-Basto, 1998).

Assim, reconhece-se que esta problemática é influenciada por vários fatores, desde fatores sociais e de vizinhança a fatores familiares (e.g. interação pai-filho) e características da criança. Deste modo, a prevalência de maus tratos vai depender do país e das desigualdades socioeconómicas existentes, das políticas de saúde e de desenvolvimento infantil (Gilbert et al., 2012).

Há uma grande incerteza em torno das estimativas da frequência e gravidade dos maus tratos infantis em todo o mundo. Além disso, muita da violência contra as crianças continua escondida em ambientes privados e não declarada por medo, estigma e aceitação social deste tipo de violência (Norman, Byambaa, Butchart, Scott, & Vos, 2012; Radford, Corral, Bradley, & Fisher, 2013).

Cada pessoa cria as suas concepções sobre determinado tema segundo o meio onde está inserido, consoante o que lhe foi transmitido pelas entidades parentais e educativas. Alguns estudos indicam que 80% dos maus tratos a crianças são perpetuados pelos pais ou responsáveis pelas crianças, sendo fatores importantes a ter em consideração a pobreza, problemas de saúde, abuso de substâncias e problemas familiares (Norman et al., 2012).

Desta forma, torna-se essencial conhecer as atitudes e conhecimentos que a próxima geração de potenciais pais tem sobre a temática, compreendendo se estão a contribuir para uma manutenção de determinados preconceitos que mantêm alguns tipos de maus tratos como aceites e mantidos intergeracionalmente.

Será expectável um maior conhecimento e menos preconceito por parte dos estudantes universitários, justificando-se pelo facto de serem detentores de mais conhecimento pelo número de anos de ensino formal, e também ao nível da existência de raciocínio crítico. No entanto, vários estudos indicam que ainda existe um grande desconhecimento face ao tema, havendo necessidade de melhorar o esclarecimento sobre

a temática em questão (e.g. Bagherian, Hashemi, & Hosseini, 2011; Bodrumlu, Avsar, & Arslan, 2016; Poreddi, Pashapu, Gandhi, El- Arousy, & Math, 2016).

Da mesma forma que cada adulto é influenciado pelos modelos parentais, as áreas científicas que escolhem e na qual se vão especializando ao longo da vida, recriam concepções, maneiras de pensar e de agir que vão não só influenciar a prática dos futuros profissionais, mas também marcar atitudes e comportamentos na vida pessoal. Assim, torna-se relevante perceber se as ideias que os jovens têm atualmente sobre uma temática com a qual contactam desde a infância, como é o caso dos maus tratos, se tornam diferenciadas ao longo da formação académica.

Deste modo, a presente dissertação pretende explorar as atitudes e os conhecimentos que os jovens estudantes universitários têm sobre os maus tratos infantis, consoante a sua área científica.

Para este efeito o trabalho foi estruturado em quatro partes, começando pela revisão da literatura na primeira parte, onde será apresentado um enquadramento conceptual sobre os maus tratos, refletindo sobre a problemática, nomeadamente: definições, tipologias, modelos, contextualização e representações sociais tanto da comunidade como mais especificamente dos estudantes do ensino superior. Seguidamente encontra-se a metodologia referente ao estudo descritivo, os resultados, a discussão e a conclusão.

Parte - I - Revisão da literatura

1.1. Os maus tratos infantis: definições, tipos e modelos

1.1.1. Definições dos maus tratos infantis

Nos últimos anos tem surgido a necessidade de haver um consenso na definição conceptual e operacional de maus tratos infantis, o que tem mantido aceso o debate na comunidade científica. Deste modo, há uma procura na construção de linhas que ajudem na definição que permita um melhor desenvolvimento de programas apropriados para a promoção do bem-estar das crianças.

Os maus tratos infantis são um fenómeno que surge com o homem, por isso são tão antigos como a humanidade. Também são um problema universal e transversal a várias culturas, não sendo “um mal de opulência nem de carência, mas uma doença da sociedade” (Santana-Tavira, Sánchez-ahedo, & Herrera-Basto, 1998).

Kempe (1962), definiu os maus tratos infantis como o uso de força física de forma não acidental, visando essencialmente ferir a criança. Posteriormente Wolfe (1991), referiu que é a presença de uma lesão não acidental resultante de atos de perpetuação (agressão física) ou omissão (falta de atenção por parte dos responsáveis da criança) que requer atenção médica ou intervenção legal. Por sua vez, segundo os direitos humanos podemos definir os maus tratos infantis como qualquer ato ou omissão que tenha como intenção prejudicar o desenvolvimento normal da criança (Santana-Tavira, Sánchez-ahedo, & Herrera-Basto, 1998).

Os maus tratos podem também ser definidos como:

“a exposição a perigo de vida ou da saúde da pessoa sob a sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando a trabalho

excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de coerção e disciplina”.

(Gomes et al., 2011, p.73)

Carreño e Rey (2010), dizem-nos que no campo da teoria e dos conceitos, a investigação encontrou elementos importantes para construir o conceito de maus tratos. Em primeiro lugar, é de destacar que as disciplinas os consideram como objetos de estudo de acordo com as suas perspetivas teóricas: a medicina como uma doença ou síndrome, as ciências jurídicas como um crime que deve ser punido, e para a psicologia um comportamento indesejável quando analisado a partir de uma abordagem comportamental, ou uma vicissitude humana quando analisado psicanaliticamente.

Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos cuidadores ou outrem, que ameace a sua segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima (Direção-Geral de Saúde, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os maus tratos infantis dividem-se em físicos, emocionais, sexuais, negligência, interesses comerciais ou de exploração. São perpetuados por pais, membros da família, conhecidos, amigos e até mesmo estranhos. São uma questão complexa, devido aos fatores por que são impulsionados como as estratégias de prevenção. São reconhecidos internacionalmente como uma séria questão de saúde pública, direitos humanos, questões legais e sociais. A natureza e a gravidade da violência podem variar, podendo inclusive levar a morte (World Health Organization, 2006).

A violência ainda continua a ser uma parte muito real da vida das crianças, independentemente do seu nível económico, social, da cultura, religião ou etnia, com consequências a longo prazo, como dificuldades no desenvolvimento e na aprendizagem.

Interferindo com a autoestima, levando a depressão e comportamentos de automutilação (United Nations Children's Fund, 2014).

Todas as definições acima referidas têm pontos em comum, demonstrando que os maus tratos infantis se traduzem num grave problema de saúde pública, interferindo com o desenvolvimento da criança nas várias áreas, tornando-se consensual e reforçado pela UNICEF, as suas consequências não só imediatas como a longo prazo.

1.1.2. Dados epidemiológicos dos maus tratos

Para além da definição é essencial conhecer e analisar os dados epidemiológicos encontrados na literatura. Deste ponto de vista, tem sido problemático determinar quantas crianças são vítimas de violência ou estão expostas a ela nos mais variados contextos devido a inúmeras razões conceptuais e processuais, o que faz com que muitos dados estatísticos apresentados pelas organizações contra a violência, especialmente no que respeita à violência intrafamiliar, sejam estimativas calculadas com bases nas situações detetadas (Catarino, 2009).

Entre quatro a 16 % das crianças de países com rendimentos mais elevados são abusadas fisicamente, e uma em cada 10 sofre negligência ou abuso psicológico (Gilbert et al., 2009).

Dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde dizem-nos que 18 milhões de crianças são vítimas de violência sexual, 44 milhões de violência física e 55 milhões de violência psicológica na europa (World Health Organization, 2013).

Com a intenção de documentar a prevalência de crianças maltratadas na Nova Zelândia, recorreu-se a uma amostra de 55443 crianças nascidas entre 1998 até ao final de 2015. Constatou-se que quase uma em cada quatro crianças foram submetidas a pelo menos um relato nos serviços de proteção de crianças até aos 17 anos (23,5%), e 9,7%

tinham sido vítimas de maus tratos ou negligência, sendo o sexo masculino o mais afetado. Por subtipo encontramos 5,3% para os maus tratos emocionais, 3,8 % para a negligência, 3,1% para os maus tratos físicos, e 2,0% para os maus tratos sexuais (Rouland & Vaithianathan, 2018).

Por outro lado, nos Estados Unidos com o intuito de se medir também a prevalência dos maus tratos em crianças, usaram-se os arquivos nacionais de abuso de crianças e negligência do sistema de dados infantis (2003 a 2014) e os dados do censo, adicionando novas estimativas de tratamento por subtipo (idade e etnia). Estimou-se que 37,4% de todas as crianças experimentaram um serviço de proteção à criança na investigação, a taxa mais alta corresponde às crianças afro-americanas (53,0%) e a menor taxa para as crianças asiáticas (10,2%), sendo que as crianças do sexo feminino tiveram taxas maiores que as do sexo masculino. Para a negligência encontramos 11,5%, para os maus tratos físicos 4,1% e os maus tratos sexuais 3,5% (Kim, Wildeman, Jonson-Reid, & Drake, 2017).

Em Portugal não se conhecem dados oficiais e rigorosos da prevalência dos maus tratos em território nacional (Almeida, Ramos, Almeida, Escobar, & Garcia, 2017). No entanto em 2015 foram reportadas 39194 situações de risco a menores, sendo que a maior parte por exposição a comportamentos que comprometem o bem-estar da criança (32,8%), seguindo-se a negligência (19,5%), o comprometimento do direito à educação (16%) e a adoção de comportamentos de risco por parte do menor (15,2%). Especificamente ao nível dos maus tratos foram sinalizados 3377 casos (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2016). Segundo a UNICEF (2003), Portugal, em conjunto com os Estados Unidos da América e o México, apresentam índices entre dez a 15 vezes superiores quando comparados com países como a Grécia e a Irlanda (Bastos, 2015).

Apesar de existirem diferenças nas taxas de casos de maus tratos na infância, no sistema de proteção infantil entre áreas urbanas e rurais não há estudos publicados que examinem essas diferenças, desta forma foi necessário fazer um estudo com o objetivo de identificar a distribuição de experiências de maus tratos na infância por urbanidade. A prevalência de experiências de maus tratos (negligência, maus tratos físicos ou vários tipos de violência) foi significativamente maior em grandes áreas urbanas, do que em áreas urbanas ou rurais menores. Nas grandes áreas urbanas a amostra foi mais propensa a relatar maus tratos do que em áreas urbanas menores (Beatriz, Salhi, Griffith, & Molnar, 2018).

Milhões de crianças continuam a ser vítimas de maus tratos pelo mundo fora, problema que era tantas vezes associado às condições económicas da família. No entanto, atualmente os dados permitem concluir que cada vez são mais os casos de maus tratos infantis conhecidos também em famílias mais favorecidas, que durante anos eram encobertos devido às condições financeiras (e.g. Gilbert et al., 2009), tornando este problema global e transversal a toda a sociedade.

1.1.3. Tipos de maus tratos

Os maus tratos infantis podem ser categorizados como ativos e passivos. Os maus tratos ativos envolvem, geralmente, o uso da força física e de uma linguagem considerada mais agressiva, considerada como inadequada à idade da criança. É nesta categoria que se encaixam os maus tratos físicos, os maus tratos psicológicos e os maus tratos sexuais (Gomes, 2015). Por sua vez os maus tratos passivos referem-se a toda e qualquer omissão, ou escassez de cuidados que comprometem o bem-estar da criança e nele se incluem as situações de negligência (Magalhães, 2010).

Segundo Gilbert e colaboradores (2009), os diferentes tipos de maus tratos infantis são: físicos, sexuais, psicológicos/emocionais e por negligência. De igual forma, entidades reconhecidas como a UNICEF, a OMS ou a Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso Infantil (ISPCAN) mencionam como práticas de maus tratos: a violência física, a violência sexual, a violência psicológica/mental, e a negligência (Witt et al., 2016). Na tentativa de criar definições que fossem uniformes em diferentes profissões, os Centros de Controle de Doenças (CCD) definiram mais uma categoria de maus tratos, separando a negligência da falta de supervisão (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon, & Arias, 2008), algo que se encontra categorizado, como referido anteriormente conjuntamente (Gilbert et al., 2009; WHO & ISPCAN, 2006; UNICEF, 2014).

Os maus tratos físicos dizem respeito ao uso intencional da força física contra a criança, que tem como objetivo provocar a sua lesão física. Inclui bater, sufocar, espancar, esfaquear, morder, empurrar, queimar, etc (Gilbert et al., 2009). Assim, quando se fala em violência física encontramos todos os castigos corporais e todas as formas de tortura, tratamento ou punição cruel, por parte dos adultos ou por outras crianças, de forma a causar dor ou desconforto (UNICEF, 2014).

Os maus tratos sexuais implicam a prática do ato sexual ou a sua tentativa (Gilbert et al., 2009), ou seja, qualquer atividade sexual imposta por um adulto a uma criança (UNICEF, 2014).

Por sua vez, os maus tratos psicológicos ou emocionais são um comportamento intencional que transmite à criança a ideia de inferioridade, que ela é inútil e indesejada. Para este tipo de maus tratos utilizam-se comportamentos como aterrorizar, intimidar, menosprezar, que podem vir a danificar a criança psicológica e emocionalmente (Gilbert et al., 2009). Segundo a UNICEF (2014), este é o tipo de violência mais frequente, e

mantem-se através de comportamentos como assustar, ameaçar, explorar, negar responsividade emocional, humilhar, ridicularizar e ferir os sentimentos da criança.

A negligência por outro lado, diz respeito ao incumprimento das necessidades emocionais, educacionais, incapacidade de fornecer nutrição, higiene, e de garantir a segurança de uma criança. Envolve, então, a falta de alimentação adequada, supervisão, vestuário, alojamento e a não procura de cuidados de saúde quando necessário (Gilbert et al., 2009; UNICEF, 2014).

Existem também outros tipos de maus tratos menos frequentes e que não se enquadram nas categorias gerais referidas, tais como: a exploração laboral – os pais ou tutores obrigam a criança a trabalhos que deveriam ser realizados por adultos; a corrupção – os pais reforçam condutas antissociais dos filhos; a incapacidade de controlo da conduta da criança – os pais não conseguem controlar o comportamento dos filhos; e os maus tratos pré-natais – consumo de álcool ou drogas por parte da progenitora que faz com que a criança tenha um crescimento anormal (Hernaz et al., 2000).

Quadro 1. **Diferentes tipos de maus tratos infantis. Fonte: Hernanz et al., 2000, p.16-23.**

| | Tipos | Conceitos |
|-----------------------------|--|--|
| Maus tratos ativos | Maus tratos físicos | Toda agressão física não acidental, por parte dos pais ou cuidadores, que provoque dano físico, lesão ou doença na criança ou no adolescente. A intensidade do dano pode variar desde lesões leves e lesões mortais. |
| | Maus tratos emocionais | Definidos como “hostilidade verbal e/ou para-verbal crónica em forma de insulto, crítica ou ameaça de abandono, e constante bloqueio das iniciativas de interações infantis, por parte de qualquer membro do grupo familiar”. |
| | Maus tratos sexuais | Qualquer forma de contacto sexual à criança ou adolescente por parte de um familiar/tutor. São situações em que o menor é utilizado pelos seus pais ou outros tutores a realizar atos sexuais ou como objeto de estimulação sexual. Não é necessário que exista um contacto físico (na forma de penetração ou toques) para considerar que existe abuso sexual. |
| Maus tratos passivos | Abandono e negligência nos cuidados | Falta de proteção, de cuidados físicos e das necessidades básicas à criança por parte dos seus pais ou cuidadores, assim como a falta de resposta às necessidades de contacto afetivo e estimulação cognitiva. |
| | Exploração | Refere-se a situações em que os pais ou cuidadores, procurando vantagens económicas, forçam a criança a desempenhar trabalhos que não correspondem à sua etapa de desenvolvimento e atenta contra os direitos da criança. |
| | Corrupção | Diz respeito a condutas que impedem a normal integração da criança, e reforçam os seus comportamentos antissociais. |
| | Incapacidade de controlo na conduta da criança/adolescente | Situações em que os pais ou tutores manifestam ou demonstram a sua total incapacidade para manejar e controlar de maneira adaptativa o comportamento dos filhos. |
| | Maus trato pré-natais | Compreende o consumo de álcool e drogas durante a gravidez, que leva ao bebé nascer com um crescimento anormal, padrões neurológicos anómalos, com sintomas de dependência física das substâncias ou outras alterações imputáveis ao consumo por parte da mãe. |

Ao nível da prevalência dos diferentes tipos não é fácil compreender a sua dimensão geral, pois os estudos identificam diferentes resultados consoante o local onde

se recolhem os dados (e.g. Almeida et al., 2017; Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2016; Witt et al., 2016).

Por exemplo, num estudo realizado num hospital de Lisboa, onde se procurou caracterizar os tipos de maus tratos encontrados no serviço de urgência pediátrico, verificou-se uma maior prevalência de violência física (69,4%), seguindo-se a sexual (39,3%), psicológica (22,2%) e negligência (9,5%) (Almeida et al., 2017).

Noutro estudo realizado com base em todos os casos identificados entre 2005 e 2006, em 647819 crianças em hospitais australianos a maior prevalência também foi na violência física (45,7%), seguindo-se o sexual (34,4%), a negligência (15,5%) e a psicológica (1,1%) (McKenzie & Scott, 2011).

Por sua vez, na Alemanha, para testar a prevalência dos tipos de maus tratos, foi realizado um estudo num total de 358 crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os quatro e os 17 anos com histórico de maus tratos infantis. Os resultados mostraram que os maus tratos físicos foram relatados por 71,8%, a negligência por 56,7%, os maus tratos emocionais por 50,3%, os maus tratos sexuais sem penetração por 36,9% e os maus tratos sexuais com penetração por 19,6% (Witt et al., 2016).

Nos Estados Unidos foi conduzido um estudo longitudinal com crianças entre os 9 e os 12 anos, onde se verificou um maior predomínio na negligência (46,9%), maus tratos emocionais (25,8%), físicos (24,8%) e sexuais (7,6%) (Kim, Mennen & Trickett, 2015).

Em Portugal, segundo os dados da CPCJ a maior parte das sinalizações são referentes a negligência (69,4%), seguindo-se dos maus tratos físicos (17,1%), psicológicos (7,5%), sendo o tipo de abuso menos referido os maus tratos sexuais (6%) (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2016).

Fazendo a ponte entre os estudos apresentados, é de notar que se verifica uma maior percentagem de violência física sempre que são dados recolhidos em unidades hospitalares (e.g. Almeida, et al., 2017; McKenzie & Scott, 2011). Por seu turno, em outros estudos verifica-se que a maior incidência de maus tratos recai sobre a negligência (e.g. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2016; Kim, Mennen & Trickett, 2015; Witt et al., 2016).

Os maus tratos físicos são os mais estudados e os que despertam maior interesse na sociedade, por serem a prática que melhor se podem identificar e que têm as consequências que são mais evidentes, devido as marcas físicas que as vítimas apresentam (Manso, 2006).

Os vários tipos de maus tratos têm indicadores que podem ser danos físicos ou padrões comportamentais desajustados da criança, e também a conduta do cuidador.

Nos maus tratos físicos, os indicadores físicos da criança dizem respeito a fraturas, dores recorrentes, queimaduras, lesões cerebrais ou hematomas, lesões dos órgãos internos e cortes. Por sua vez, os indicadores comportamentais da criança observam-se através da retração no contato físico que a criança estabelece com os adultos. A nível comportamental as crianças podem ser excessivamente agressivas, exigentes e mostram condutas desadaptativas (Hernaz et al., 2000). Por exemplo, foi realizado um estudo no Brasil com entrevista a 21 profissionais de saúde, onde se verificou que estes profissionais identificaram situações de violência a partir de sinais comportamentais da criança, ou seja, quando a criança apresentava ansiedade excessiva ou rejeição no que diz respeito a relações psicoafectivas, baixa autoestima, inibição, timidez, passividade, ausência de resposta a estímulos sociais, diminuição da capacidade, atenção e atraso na linguagem, ou se demonstrava assustada (Ramos & Silva, 2011).

Finalmente, ao nível da conduta do cuidador verifica-se a disciplina severa, inapropriada para a idade e para a condição da criança; tentativa de ocultar ou inadequação da explicação para as lesões existentes na criança; perceção verbalizada da criança de forma negativa (e.g. um monstro, perverso); ou o abuso de álcool ou de outras drogas (Hernaz et al., 2000).

Picini, Gonçalves, Bringhenti & Forlin (2017), dizem-nos que todos os anos há milhares de notificações de maus tratos, sendo que se tem registado um aumento dos números de agressão física, de 11% em 2005 para 23% em 2015, bem como o número de fraturas, de 4% para 10%. As crianças com menos idade são as principais vítimas, com a predominância para o sexo masculino, como já referido em estudos anteriores.

O abandono emocional revela-se menos perceptível que outras formas de maus tratos, e pode ser indicado pelas condutas da criança e do cuidador, tais como as referidas anteriormente. Por sua vez, os cuidadores culpam e desprezam a criança, são frios e negam-lhes amor, tratam de maneira desigual os filhos, parecem não se preocupar com os problemas da criança (Hernaz et al., 2000).

Estudos apontam a depressão e o retraimento como uma consequência preocupante dos maus tratos, especialmente porque essas perturbações associam-se, de certa maneira, a um desequilíbrio no estado homeostático do indivíduo (Tofoli, Baes, Martins, & Jurena, 2011), com capacidade de gerar danos no processo de estruturação cerebral, particularmente em crianças, considerando que se encontram num “período crítico” do crescimento/desenvolvimento humano (Bolger & Patterson, 2001; Dávila-Bacarji, Marturano, & Elias, 2005; Marturano, 2008). Além disso, a depressão e o retraimento durante a infância podem levar ao isolamento, e por consequência, gerar a mais longo prazo novos problemas no plano do desenvolvimento da criança, com consequências tão graves em alguns casos como o suicídio (Milot, Ethier, St-Laurent, &

Provost, 2010). Os níveis de ansiedade também podem aparecer superiores em crianças maltratadas, sobretudo se desencadear situações de stress em níveis também elevados e por longos períodos, afetando o já referido processo de estruturação e organização de respostas neurofisiológicas (Marturano, 2008; Mello et al., 2009; Oliveira, Scivoletto, & Cunha, 2010).

Seguindo a mesma linha nos maus tratos sexuais, a nível físico a criança pode apresentar sinais como dificuldade em andar e sentar-se; roupa interior rasgada, manchada ou ensanguentada e dor na zona genital. No que respeita ao seu comportamento, a criança parece reservada, com fantasias e condutas infantis, muitas vezes parece que tem um atraso. Os cuidadores podem ser demasiado protetores, podem aliciar a criança a implicar-se em atos sexuais ou prostituição, apresentar dificuldades no seu casamento e podem ainda abusar de álcool e drogas (Hernaz et al., 2000). Estudos demonstram, que o comportamento social das vítimas deste tipo de abuso muda de maneira significativa, destruindo o modo de se relacionarem e confiarem em outras pessoas. São comuns comportamentos sexuais desadequados, como por exemplo, brincadeiras de cunho sexual, introdução de objetos nos órgãos reprodutores ou masturbação excessiva. Entre adolescentes é possível notar-se a agressão sexual sobre outras crianças/adolescentes, especialmente do sexo masculino que sofreram agressões sexuais na pré-puberdade. No sexo feminino é mais comum observar-se uma tendência à repetição do que sofreram, através de comportamentos que se manifestam em atitudes de sedução (Gabel, 1997).

Na negligência é perceptível a falta de higiene, juntamente com vestuário inadequado, constante falta de supervisão, especialmente quando a criança está a realizar ações perigosas (e.g. intoxicação com medicamentos), a criança pode participar em vandalismos, prostituição, consumir drogas e álcool. No que respeita aos cuidadores,

habitualmente têm historial de álcool e drogas, revelam-se muitas vezes apáticos e inúteis, poderão estar mentalmente doentes, e foram na maioria dos casos objeto de negligência na sua infância (Hernanz et al., 2000). Durante muito tempo os maus tratos por negligência foram desvalorizados pela ciência, devido ao facto de serem considerados uma questão de menor relevância, sendo a negligência confundida frequentemente com a pobreza ou sendo concebida como uma simples consequência dessa (Bazon, Paulo, Preto, Bérghamo, & Faleiros, 2010). Num estudo de revisão da literatura sobre os fatores de risco específicos inerentes a comportamentos de negligência, destaca-se o plano sociodemográfico e o socioeconómico: quando comparadas famílias negligentes e não negligentes, as negligentes apresentam um número maior de gestações, sendo estas muitas vezes, resultado de conceções não planeadas, e caracterizam-se por ter maiores dificuldades económicas, vivendo em condições mais adversas, geralmente com ajuda de subsídios sociais. É, assim, mais comum a negligência em famílias pobres com dificuldades materiais. O contexto em que vivem, nomeadamente a vizinhança e disponibilidade dos serviços têm influência na saúde e bem-estar do indivíduo, o que funciona como mediador nos níveis de violência familiar e maus tratos (Bazon et al., 2010).

1.1.4. Modelos explicativos dos maus tratos infantis

Os estudos centram-se em diferentes níveis de análise, em variáveis individuais (pais e filhos), na interação familiar e/ou contexto social e cultural, atribuindo ênfase a uma ou outra variável, ou conjunto de variáveis como fatores explicativos dos maus tratos infantis. Em geral, estes distintos níveis de análise estão de acordo com as orientações ou modelos que tradicionalmente guiaram e exerceram grande influência na produção teórica

e empírica em áreas afins à compreensão dos maus tratos infantis (Sousa & Figueiredo, 2000).

De acordo com Belsky (1978) podemos distinguir diferentes modelos explicativos sobre os maus tratos infantis: o modelo psiquiátrico, o sociológico, o modelo do efeito da criança no cuidador e o modelo ecológico.

O modelo psiquiátrico centra a explicação dos maus tratos nos fatores internos do maltratante. Os defensores deste modelo afirmam que o esforço para prevenir os maus tratos a crianças deve ser dirigido para o agressor do abuso. A crença popular, reforçada por escritores fortalece a ideia de que os maus tratos são feitos por pessoas psicologicamente perturbadas, apesar de estudo feitos recentemente revelarem que apenas 10% dos adultos que praticam este ato são rotulados como mentalmente doentes. A perturbação mais comumente observada diz respeito à inversão de papéis, isto porque ao contrário do que seria de esperar, em que a criança se apresenta como um organismo dependente que deve ser cuidada e nutrida, o que acontece é que os pais esperam eles ser cuidados pela criança, quando as crianças falham em atender as necessidades e expectativas dos pais surge então as várias formas de abuso (Belsky, 1978).

Para Sousa & Figueiredo (2000), o modelo psiquiátrico são características psicológicas e as desordens psicopatológicas dos pais os principais fatores explicativos dos maus tratos infantis (e.g. Helfer, 1973; Kempe & Helfer, 1972; Spinetta & Rigler, 1972).

Segundo Wolfe (1985), este modelo é essencialmente uma forma de compreender as características individuais dos pais que maltratam os filhos, em relação às suas experiências prévias e necessidades atuais. Desta forma, a atenção centra-se principalmente nos pais e relega para segundo plano processos e variáveis situacionais. Mesmo assim, a ausência de resultados consistentes que apoiem uma explicação

psicopatológica não condena necessariamente, de acordo com o autor, o valor explicativo do modelo.

As tentativas para obter uma compreensão da etiologia da personalidade, sugere uma necessidade do ponto de vista psiquiátrico de programas de tratamento, que já estão a ser desenvolvidos, focados sobretudo na história de vida dos maltratantes (Belsky, 1978).

O modelo sociológico considera que são as forças dentro da sociedade e não as forças dentro do indivíduo que são as principais responsáveis pela ocorrência de maus tratos infantis. Quando as famílias estão sujeitas a stresse, a violência, conseqüentemente levam a acontecimentos como os maus tratos. Provavelmente os relatos mais frequentes de famílias negligentes tem a ver com o seu baixo nível socioeconómico, pesquisas têm demonstrado que o abuso é mais prevalente entre famílias mais pobres, apesar da existência de maus tratos também por famílias mais abastecidas economicamente, estas passam muitas vezes despercebidos, pelo número menor de registos, uma vez que as famílias são capazes financeiramente de contratar médicos particulares, desta forma tudo indica que há um maior número de maus tratos a crianças do que as pesquisas atualmente indicam. O desemprego também se revela como um importante fator a ter em consideração, porque as pessoas que estão nesta situação experimentam sentimentos de impotência que pode servir como um catalisador para os maus tratos. Uma outra característica frequentemente citada pelas famílias abusivas é o isolamento social (Belsky, 1978).

O modelo anterior refere ainda o tamanho da família e o espaçamento entre os filhos, isto porque as características da família parecem estar relacionadas com a incidência de maus tratos, estudos revelam que a percentagem de famílias com quatro ou mais filhos corresponde a 19,6% contrastando com famílias com um ou dois filhos com

a percentagem de 18%. A discórdia no seio do casal parece ser também um forte desencadeador de maus tratos a crianças (Belsky, 1978).

Este modelo impulsionou o reconhecimento da importância do contexto onde ocorrem os maus tratos à criança (Sousa & Figueiredo, 2000). De acordo com este modelo, as condições sociais que deterioram a vida familiar e os valores e práticas culturais que sustentam e justificam o uso de violência, são os principais responsáveis pela perpetração de maus tratos à criança (Gil, 1970; Gelles, 1973). Nesta perspetiva, os pais são vítimas de forças sociais, tais como o desemprego, as precárias condições sociais e económicas e o desajustamento social. A aprovação cultural da violência, como um recurso adequado para a resolução de conflitos que proporciona fundamento para o uso de castigo corporal, é também um dos fatores considerados determinantes para explicar a ocorrência de maus tratos no âmbito de modelo sociológico ou sociocultural (Sousa & Figueiredo, 2000).

O modelo centrado nos efeitos da criança no cuidador surge na tentativa de conceituar o sistema de relações existentes entre adultos, crianças e a sociedade em que vivem. Existem dados que fornecem suporte de que as crianças maltratadas identificadas exibiam alguns desvios na interação social e de funcionamento geral prévios aos maus tratos, enquanto outros sofriam algumas dificuldades no funcionamento físico, e outros com uma percentagem de prejuízo intelectual. Crianças atípicas parecem executar um elevado risco de serem maltratadas, são crianças choronas, agitadas, apáticas, teimosas, agitadas. Os pais não dispõem de habilidades e informações necessárias para cuidar e lidar com uma criança atípica, e desta forma os maus tratos surgem como uma resposta à frustração com a experiência no papel de cuidador (Belsky, 1978).

O modelo dá ênfase à vulnerabilidade da criança, certas características comportamentais e físicas da criança, em interação com a experiência e competência

parental e com a presença de elevados níveis de stress na família, podem funcionar como condições geradoras de situações de maus tratos (Cicchetti & Rizley, 1981; Lamb, Frodi, & Steinberg, 1980).

Segundo Belsky (1978), a prematuridade da criança também foi identificada como característica desencadeadora de maus tratos, resultante da frustração vivida por parte dos pais ao cuidar dela, ou ainda poderá estar relacionado com a separação da mãe de início, só havendo interação com o recém-nascido mais tarde.

Tendo por base os diferentes modelos explicativos e as suas premissas, Garbarino (1977) e Belsky (1980) desenvolveram ambos o seu quadro conceptual a partir do Modelo Ecológico do desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner (1977, 1979). Embora com algumas diferenças, integrados no pressuposto fundamental desta perspectiva, ambos os citados autores defendem que os maus tratos infantis podem ser melhor compreendidos se se considerarem como o produto final de uma disfunção fundamental num complexo ecossistema com numerosas variáveis em interação.

De acordo com as propostas de Garbarino (1977, 1982, 1986), a família é considerada um sistema social inserido num contexto social mais amplo, que é a sociedade na qual se insere; e um conjunto de indivíduos em interação, envolvidos num processo contínuo de autodefinição e interpretação da realidade que os rodeia.

Ao considerar que a família não existe como uma unidade independente de outras organizações presentes na sociedade, a perspectiva ecológica alertou que uma conceptualização adequada dos maus tratos infantis deve reconhecer a influência que o contexto social exerce sobre a vida familiar. Quando os membros de uma mesma família comunicam entre si, o comportamento de cada elemento reflete a perceção que tem de si mesmo, e, mais importante, comunica a perceção que tem de cada um dos restantes membros da família. Desta forma, os membros de uma mesma família percebem, um dos

seus elementos como sendo uma pessoa sem valor, o comportamento para com esse indivíduo pode expressar repulsa. Segundo este ponto de vista, as autopercepções tanto quanto as percepções dos outros, ocupam, na perspetiva ecológica, um lugar central na compreensão da comunicação familiar em geral, e ganham particular importância na compreensão da comunicação nas famílias com perturbação, em que a comunicação sofre distorções, tal como se verifica exemplarmente nas famílias em que os maus tratos infantis têm lugar.

O comportamento do indivíduo encontra-se influenciado pelas suas percepções atuais sobre si mesmo e também dos outros, assim como pelos seus padrões de comunicação (Goffman, 1959; Blumer, 1969; Bronfenbrenner, 1979; Garbarino et al., 1982). Assim as percepções que os membros de uma família têm de si mesmos e dos outros, em interação com os padrões de comunicação previamente desenvolvidos e com as características individuais de cada membro da família, criam conjuntamente, padrões de interação únicos na unidade familiar.

De realçar que é mútua a relação do sistema familiar com o contexto social no qual se insere: as condições do contexto influem na vida familiar e as mudanças que ocorrem no seio familiar interferem no contexto social, tratando-se de ajustar-se aos novos padrões familiares. Desta forma, estabelece-se entre a família e os sistemas extrafamiliares um processo contínuo de adaptação mútua (Bronfenbrenner, 1979; Garbarino, 1982).

No modo como temos vindo a conceptualizar, o universo único de cada sistema familiar deriva dos padrões internos de interação entre os membros, assim como da interação da família com o ambiente em que se insere. Assim sendo, os fatores ecológicos intervenientes nos maus tratos infantis podem representar-se a diversos níveis sob a forma de círculos (Garbarino, Guttman, & Secley, 1986), como nos mostra a figura 1.

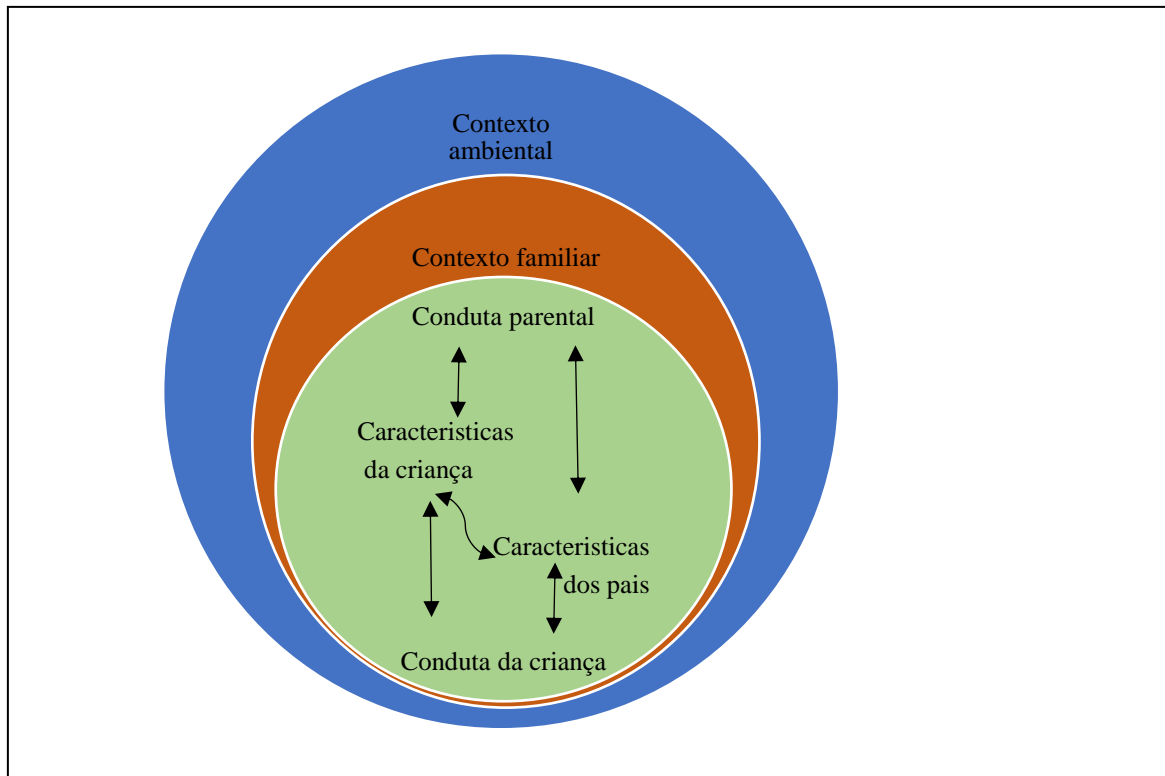


Figura 1. Fatores ecológicos e intervenientes dos maus tratos infantis. Fonte: Adaptado de Garbarino et al., 1986.

Apesar de ambos os modelos – o de Garbarino e o de Belsky – serem suportados pelo modelo ecológico, Belsky detalhou a sua proposta teórica, tornando-a mais completa do que a de Garbarino e sendo, atualmente o modelo de referência para a explicação dos maus tratos infantis (Sousa & Figueiredo, 2000).

Belsky (1978), no modelo ecológico refere as seguintes propostas teóricas: os maus tratos infantis estão determinados por forças que atuam no indivíduo, na família, na comunidade, e na cultura que o indivíduo e a família estão inseridos, estes determinantes múltiplos estão ecologicamente aninhados um no outro, e grande parte dos conflitos que se caracterizaram no estudo dos maus tratos infantis são mais aparentes que reais.

Neste sentido, o modelo ecológico que Belsky fez referência em 1993, é um modelo integrativo baseado no de Bronfenbrenner, tendo, então, essencialmente em conta as interações dos pais com uma série de sistemas mais amplos, como: a família

microssistema), a comunidade (exosistema), a cultura (macrosistema), como demonstrado na figura 2 (Manso, 2006).

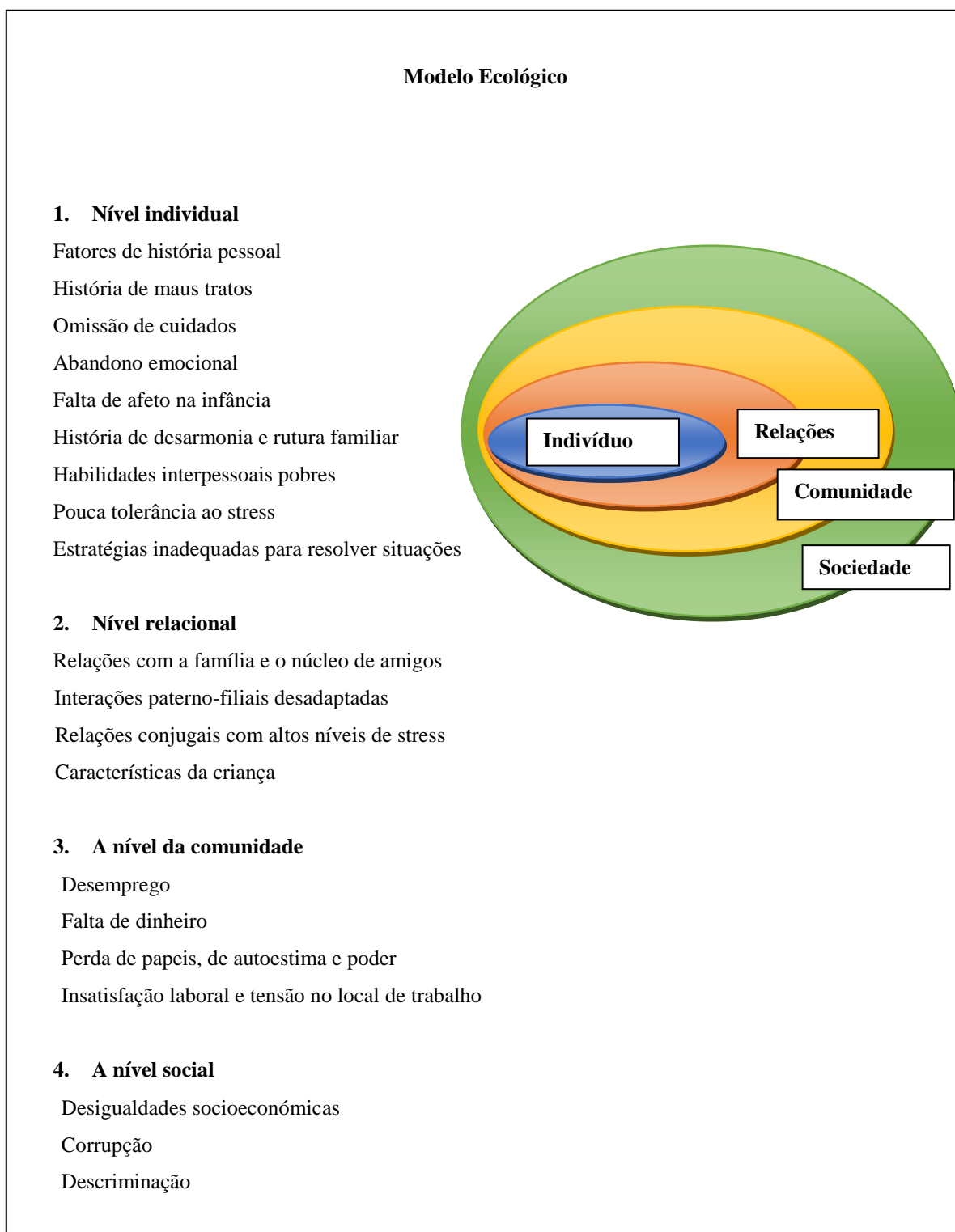


Figura 2. **Modelo Ecológico.** Fonte: Adaptado de Krug et al., (2002, p.13) e citado por Catarino (2009).

1.2. Contextualização dos maus tratos infantis

Em diferentes partes do mundo, a violência na família vem assumindo um crescente papel nas estatísticas de morbidade e mortalidade de crianças e adolescentes. Considerando-se que os maus tratos a crianças são relatos comuns ao longo da história da civilização ocidental, este aumento pode não ser real, mas sim, devido a mudanças culturais das últimas décadas e ao desenvolvimento da organização dos sistemas de saúde e dos sistemas social (Ricas, Donoso & Gresta, 2006).

A palavra cultura tem vários significados. Esta pode ser considerada como “conhecimentos adquiridos que as pessoas usam para interpretar experiências e gerar comportamentos sociais”. Nos grupos culturais juntam-se inúmeros hábitos, princípios morais, valores, associações e reações emocionais partilhados pela maioria dos membros (Ricas, Donoso & Gresta, 2006).

Todos os países e regiões têm as suas tensões com crianças, direitos e outros valores concorrentes, que terão implicações no seu bem-estar. Podemos referir a Carta Africana sobre os direitos e o bem-estar da criança que afirma que “as crianças têm a responsabilidade de trabalhar para a coesão da família, respeitar os pais em todos os momentos e ajudá-los em casos de necessidade”, indicando as necessidades de sobrevivência das comunidades vivendo em condições ambientalmente duras com escassez de recursos (Reading et al., 2009). Pelo oposto no mundo ocidental, considerando que a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de proteção e cuidados especiais, nomeadamente de proteção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento, surge a Declaração de Genebra dos Direitos da Criança de 1924 e reconhecida na Declaração Universal dos Direitos do Homem e nos estatutos de organismos especializados e organizações internacionais preocupadas com o bem-estar das crianças (Declaração dos Direitos da Criança, 1959).

Para a Declaração dos Direitos da Criança com vista a uma infância feliz, nomeadamente para o bem-estar da criança e da sociedade torna-se necessário chamar a atenção dos pais, das organizações voluntárias, autoridades locais e governos nacionais, para o reconhecimento dos direitos e liberdades estabelecidas, de forma a que todos em conjunto se empenhem na aplicação dos mesmos. Para tal os governos deveriam instituir medidas legislativas tomadas de acordo os seguintes princípios: 1 – Todos os direitos serão reconhecidos a todas as crianças sem discriminação alguma, independentemente de qualquer consideração de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou outra da criança, ou da sua família, da sua origem nacional ou social, fortuna, nascimento ou de qualquer outra situação; 2 – a criança beneficiará de uma proteção especial e de oportunidades e serviços dispensados pela lei e outros meios, para que possa desenvolver-se física, intelectual, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade; 3 – desde o nascimento tem direito a um nome e nacionalidade; 4- deve beneficiar de segurança social, e tratamento pré e pós-natal; 5 – crianças com deficiência física e mental ou que sofram de alguma diminuição social devem beneficiar de tratamento, educação e cuidados especiais; 6 – precisa de amor e compreensão; 7 – tem direito à educação que deve ser obrigatória e gratuita; 8 – beneficiar de proteção e socorro; 9 – deve ser protegida contra todas as formas de abandono, crueldade e exploração; e 10 – deve ser protegida contra as práticas que possam fomentar a discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza (Declaração dos Direitos da Criança, 1959).

Este relativismo cultural tem relevância para atitudes em relação aos maus tratos infantis. Alguns países ainda podem estar a tentar entender o que significa valorizar uma criança como indivíduo independentemente do sexo (Reading et al., 2009), enquanto

outros defendem direitos relacionados com o bem-estar (Declaração dos Direitos da Criança, 1959).

Podemos referir ainda outro exemplo que ilustra as desigualdades ao nível das questões de violência e maus tratos infantis em função da região geográfica. Em vários países da África e do Oriente Médio, ainda realizam a infibulação, a prática de mutilação sexual em meninas, o que deixa profundos sinais nos aspetos físicos e emocionais, pois além da exposição ao ritual doloroso e isento de normas assépticas, ainda retira da mulher o direito ao exercício pleno da sua sexualidade (Ricas, Donoso & Gresta, 2006). Apesar de ser um ritual em alguns países classificado como uma prática não abusiva, uma vez que faz parte da cultura, em outros países é visto como uma forma extrema de maus tratos.

A definição de maus tratos e a implementação de objetivos internacionais em diferentes políticas nacionais, leva muitas vezes ao desacordo entre países, e por consequência a falhas de sistemas de proteção infantil (Reading et al., 2009). Enquanto a atenção substancial de investigação tem sido dirigida para as definições de maus tratos infantis e como podem variar entre as populações e os grupos profissionais, pouca atenção tem sido dirigida para com as diferentes populações, especialmente como os pais veem a etiologia de maus tratos à criança.

Portanto, a grande questão a considerar na proteção à criança centra-se em como a comunidade entende os maus tratos à criança, e em que medida essas crenças, conhecimentos e atitudes, se relacionam com os principais fatores sociais e comunitários que perpetuam este tipo de práticas (Calheiros, 2013). Normalmente, os maltratantes, são pessoas introvertidas, solitárias, e com falta de apoio social, que provavelmente cresceram também eles em ambientes familiares desprotegidos, de abandono, e tendo sido eles também vítimas de maus tratos (Milner, 1990). Num estudo com 14 participantes que na infância foram identificados como vítimas de maus tratos, onde se comparou autorrelatos

acerca de experiências de adversidade na infância com os dados oficiais constantes nos processos das CPCJ, concluiu-se que os aspetos negativos vivenciados parecem ter influenciado o funcionamento psicológico atual (Pereira, 2011).

Reforçando este aspeto, num estudo realizado numa escola pública em Lisboa composto por 358 participantes (122 pais e 236 mães), pretendeu-se conhecer as opiniões sobre o que leva alguns pais a maltratar os seus filhos. Os resultados mostram que o contexto social, que inclui o nível de educação dos pais explicou uma pequena percentagem, sendo que os fatores individuais, incluindo a história da infância explica uma maior parcela dos maus tratos. Tendo em conta os níveis idênticos de experiências com crianças, os participantes do sexo masculino aceitavam mais explicações baseadas na cultura como fator determinante dos maus tratos, que os do sexo feminino (Calheiros, 2013).

Por sua vez, Bartlett, Kotake, Fauth e Easterbrooks (2016), fizeram um estudo com mães adolescentes e os seus filhos para tentar perceber se a história materna de maus tratos na infância poderá ser um fator de risco para maus tratos infantis e negligência. Verificou-se que os filhos de mães com historial de maus tratos foram maltratados com mais frequência (54,4%), do que os filhos de mães que não sofreram maus tratos na infância (36,1%).

Assim, a transmissão intergeracional da violência contra as crianças, parece ser um poderoso princípio para a população leiga, principalmente para a sua perpetuação. As pessoas integram fatores psicológicos nas suas crenças em relação aos maus tratos, mas rejeitam causas relacionadas com a criança em si e com a relação pais-filhos (Calheiros, 2013).

1.3. Fatores de risco e fatores protetores dos maus tratos infantis

Como visto até este ponto, os maus tratos dependem fortemente do contexto familiar e cultural onde a criança está inserida. Seguidamente iremos enumerar alguns fatores de risco e de proteção identificados na literatura no âmbito dos maus tratos infantis.

A pobreza, os problemas de saúde mental, o baixo rendimento educacional, o consumo de substâncias como o álcool e a droga, a violência entre membros da família são fatores de risco importantes a ter em consideração (Norman et al., 2012).

A Organização Mundial de Saúde, sugere que os bebés e crianças mais pequenas com idades compreendidas entre o zero e os quatro anos têm um risco maior de sofrerem maus tratos do que as crianças no grupo etário compreendido entre os cinco e os 14 anos de idade (World Health Organization, 2013).

O Ministério da Saúde (2002), identifica fatores de risco ao desenvolvimento infantil referentes à família e à criança. Como fatores de risco relacionados à família destaca-se: famílias baseadas numa distribuição desigual de autoridade e poder, famílias nas quais não há uma diferenciação de papéis, famílias com nível de tensão permanente, com dificuldades de diálogo descontrolo e agressividade, famílias que se encontram em situações de crise e perdas (e.g. separação do casal, desemprego e morte), baixo nível de desenvolvimento da autonomia dos membros da família, maior incidência de abuso de drogas; história de antecedentes criminais ou uso de arma e comprometimento psicológico/ psiquiátrico dos indivíduos. Em relação a criança podemos destacar como fatores de risco: crianças separadas da mãe ao nascer por doença ou prematuridade, nascidas com malformações congénitas ou doença crónica e crianças com falta de vínculo parental nos primeiros anos de vida.

Hughes, Graham-Bermann e Gruber (2001), apresentam características da criança que aumenta a sua vulnerabilidade para o abuso físico, como, a idade, complicações no nascimento, deficiências físicas e mentais, comportamentos considerados difíceis. A probabilidade de abuso por sua vez pode aumentar com a vivência da criança em lares onde há violência ou discórdia marital, crianças de famílias com histórias intergeracionais de abuso e baixo status económico. Os mesmos autores referem que as crianças com risco de ser abusadas fisicamente apontam para o senso de aprovação da violência pela sociedade, aprovação da punição corporal e distribuição desigual de poder dentro da família e da sociedade (Maia & Williams, 2005). Por exemplo, num estudo realizado no Perú, numa amostra total de 6399 sujeitos com idades superiores a 15 anos, demonstrou que as pessoas que foram expostas a violência física quando eram crianças, apresentaram um risco maior de aceitar essa mesma violência ou justificá-la quando adultos (Burela, Piazza, Alvarado, Gushiken, & Fiestas, 2014).

No que diz respeito aos fatores protetores, a Associação Americana de Psicologia (APA), destaca a “resiliência” para se referir à ocorrência de bons resultados apesar de sérias ameaças ao desenvolvimento saudável. Como fatores associados à resiliência podemos encontrar: o relacionamento positivo com pelo menos um adulto significativo, seja ou não seu parente; a existência de uma âncora religiosa ou espiritual; ambiente familiar e escolar positivo e habilidade em lidar com o stress (Rutter, 1985).

Moran e Eckenrode (1992), relatam que um locus de controlo interno e uma maior autoestima vão atenuar sintomas de depressão por parte da criança, juntamente com o seu espírito resiliente.

Segundo alguns estudos, podem ser muitas as circunstâncias favorecedoras, predisponentes e precipitantes aos maus tratos infantis, como por exemplo: uma história de maus tratos na infância dos cuidadores do menor, escassas habilidades interpessoais

nos cuidadores, expectativas inadequadas a respeito a criança, utilização do castigo físico como método de disciplina, consumo de substâncias tóxicas, baixa autoestima, baixa tolerância à frustração, dificuldade de controlo de impulsos, problemas de saúde mental, consideração do menor como propriedade, falta de meios económicos, falta de apoio social, pais adolescentes, desemprego, entre muitas outras causas (Manso, 2006).

1.4. Representações sociais, conhecimentos e atitudes dos maus tratos infantis

As representações sociais consistem numa forma específica de conhecimento, que permite que as pessoas compreendam o mundo, assim como os eventos que fazem parte do dia a dia. São uma resposta às questões básicas que podem ser formuladas em uma determinada sociedade, trata-se de um conhecimento espontâneo, do sentido comum, e desligado de um propósito científico, que se constrói e transforma de maneira permanente nas interações diárias, entre os membros de um grupo social (Moscovici, 1987; Jodelet, 1988, 1991).

Os maus tratos enquanto área de investigação são relativamente recentes uma vez que eram entendidos como uma prática de educação aceite no início do século XX (Paúl, & Juan, 1992). Assim, falar de representações sociais, conhecimentos e atitudes face aos maus tratos torna-se especialmente relevante para compreender de que forma as conceções relativas a este tema afetam as relações entre o grupo, a forma de estar na comunidade e mais tarde na repetição de padrões eventualmente mais violentos provenientes do contexto educativo prévio.

O estudo das representações sociais sobre os maus tratos infantis permite conhecer as peculiares formas de ponderação que os indivíduos de um determinado grupo social concedem aos elementos, como, as crenças sobre a infância, informações sobre as causas dos maus tratos e as atitudes acerca das necessidades das crianças. As representações

sociais têm como função a interpretação e construção da realidade social, a conformação da identidade individual e de grupo, e a orientação de comportamentos e relações sociais. Desde este ponto de vista, as diversas formas de maus tratos (físicos, psicológicos, sexuais) surgem como um problema social que não é emocionalmente neutro, sobre o qual não existe um corpo de conhecimento padronizado e acessível (Simarra, 2002).

1.4.1. Representações sociais, conhecimentos e atitudes face aos maus tratos infantis na comunidade

Pela até então recente aceitação pela comunidade de padrões de violência, torna-se pertinente compreender as diferenças ao nível dos conhecimentos e atitudes da população geral e dos profissionais da comunidade face aos maus tratos infantis, uma vez que a sinalização e intervenção poderá depender disso. Desta forma, têm surgido estudos cujos resultados demonstram que ambos os grupos conseguem atribuir uma grande variedade de comportamentos dentro dos quatro tipos de maus tratos (e.g. Calheiros, Monteiro, Patrício & Carmona, 2016; English et al. 2005). No entanto, os profissionais identificam um maior número de comportamentos na negligência, como por exemplo, acidentes graves, abuso de álcool e drogas por parte dos pais, falta de higiene ou desnutrição (Calheiros et al., 2016).

Calheiros e colaboradores (2016), procuraram verificar diferenças na valorização da gravidade dos comportamentos maltratantes, nas representações sociais das causas dos maus tratos, na imagem social do maltratante e acerca das alternativas de intervenção mais adequadas, entre a população geral, profissionais da proteção infantil e profissionais de outras áreas que não estão diretamente relacionados com a proteção da criança. Os resultados sugerem que todos os grupos estabelecem um contínuo de gravidade dos distintos comportamentos de maus tratos infantis parentais, valorizando os maus tratos

sexuais como a categoria mais grave. Seguidamente seleccionam os comportamentos relacionados com a violência física, havendo em todos os grupos uma enorme dificuldade em entender a gravidade de comportamentos de negligência e violência psicológica, o que leva aos autores a concluírem a importância de se compreender o fenómeno a nível comunitário e a necessidade de se consciencializar as pessoas para facilitar o encaminhamento, minimizando o excesso de notificações de casos, e incentivando a prevenção precoce e a intervenção.

Em Singapura foi estratificada uma amostra aleatória pública de 401 residentes e uma amostra aleatória composta por 1238 profissionais formados por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, polícias, advogados, educadores, professores e profissionais da área da saúde. Concluiu-se que os membros das diferentes profissões nem sempre estão de acordo sobre a que compreende o abuso, verificando-se a existência de poucas evidências de que os profissionais diferem do público geral. No entanto, manifestaram-se diferenças entre áreas, como por exemplo, entre os enfermeiros e os médicos e também entre os polícias e os advogados. Os enfermeiros pareciam menos tolerantes em determinadas circunstâncias do que os médicos, e os polícias pareciam menos tolerante que os advogados face à existência de maus tratos. Chega-se à conclusão, portanto, que o facto de os profissionais deterem diferentes perceções em relação ao abuso e negligência nas crianças pode ter um efeito direto sobre as taxas de denúncias dos abusos e influenciar a maneira como os casos são tratados, estando os profissionais que interagem na primeira linha com as crianças, como os enfermeiros e os polícias mais sensíveis do que aqueles que convivem menos, como os médicos e advogados. Esta diferença de pontos de vista entre profissionais sobre a aceitabilidade de atos violentos pode representar um problema no combate ao abuso infantil (Chan, Elliott, Chow, & Thomas, 2002).

Ainda destacando diferenças entre profissionais e a comunidade, de forma a testar as atitudes e conhecimentos face aos maus tratos infantis, Brcina, Mujkic, Milosevic, Miskulin e Wallis (2014), avaliaram os profissionais de saúde (enfermeiros e pediatras) e os pais na Croácia. De todos os participantes, foram os pediatras que responderam com maior precisão à maioria das questões, verificando-se assim, serem detentores de maior conhecimento em comparação com os outros grupos. O estudo veio revelar que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre lesões na infância é limitado, encontrando-se inclusivamente algumas respostas incorretas. Por sua vez, os pais deram uma percentagem maior de respostas corretas, embora não demonstrassem estar tão cientes de possíveis perigos para as crianças.

Uma vez que os maus tratos na infância são um grave problema de saúde pública que contribui para todos os principais determinantes de morbidade e mortalidade, é necessário continuar a explorar as práticas atuais na sinalização de casos por parte dos profissionais que trabalham com crianças. Desta maneira foi elaborado um estudo, em que os resultados mostraram que muitos dos profissionais de saúde não rastreiam os maus tratos de forma rotineira, não se sentem à vontade para discutir o histórico de maus tratos, e não têm conhecimentos sobre os recursos da comunidade. O estudo conduzido mostra ainda que ao comparar, por exemplo, médicos, enfermeiros e anestesistas, com psicólogos e psicoterapeutas verifica-se que os últimos relatam menos preocupações sobre potenciais consequências de relatos de maus tratos do que os membros da equipa médica (médicos, enfermeiros e anestesistas) (Foster, Olson- Dorff, Reiland, & Budzak- Garza, 2017).

Ao nível dos estudos realizados com jovens, Bagherian, Hashemi e Hosseini (2011), investigaram as atitudes dos jovens em relação aos maus tratos infantis e as suas variáveis associadas. Os resultados mostraram que a gravidade dos comportamentos é representada na seguinte ordem: maus tratos sexuais, castigo físico, insultos, censura,

falta de cuidado, assustar, e exploração económica. Os castigos mais comuns que recebiam eram a culpa, a punição física, os insultos e o abuso sexual.

Por sua vez, numa outra investigação, em Israel demonstrou-se que os participantes tendem a ver a violência e o consumo de álcool entre os jovens como um problema mais sério. No mesmo estudo, os participantes com menos possibilidades económicas tenderam a considerar os maus tratos infantis como um problema mais sério, do que os participantes com mais possibilidades económicas (Schmid & Benbenishty, 2011). Encontrou-se também uma associação inversa entre o nível educativo e a aceitabilidade da punição física na educação das crianças (Burela, Piazza, Alvarado, Gushiken, & Fiestas, 2014). A maioria dos jovens acredita que os pais maltratantes devem ser punidos, no entanto assumem que devem ser ensinados a evitar os maus tratos e aprender a mudar os seus comportamentos (Schmid & Benbenishty, 2011).

Ao nível dos educadores, Catarino (2009), fez um estudo em que se pretendia conhecer as atitudes e conhecimentos dos educadores, delimitar o predomínio de sinalização de maus tratos identificados nos seus estudantes, conhecer a sua atuação relativamente às situações de maus tratos que são identificadas, e as suas sugestões relativamente ao papel institucional na melhoria da intervenção. Os resultados mostram que os inquiridos apresentam ainda conhecimentos insuficientes a respeito dos maus tratos às crianças, com destaque para os sinais de suspeita de maus tratos sexuais, que se apresentam mais deficitários para os educadores. Relativamente a fatores familiares propícios aos maus tratos os educadores inquiridos destacam, problemas económicos, dependência de álcool e drogas, a existência de família destruídas e as perturbações/doenças psíquicas e psicológicas; a nível de fatores sociais, com mais destaque encontra-se o meio envolvente problemático, e a falta de intervenção das

entidades; nos fatores individuais, os filhos indesejados e a criança com deficiência são as unidades de maior registo.

Nos Estados Unidos, 200 professores foram submetidos a algumas questões relativamente aos conhecimentos que possuem sobre os sinais e os sintomas dos maus tratos infantis, sobre as leis, e os procedimentos para relatar os abusos, assim como, o número de relatórios arquivados. Da amostra apenas 25% fizeram pelo menos um relato de abusos infantis, a maioria dos professores relatou desconhecer os sinais e sintomas de maus tratos infantis, bem como o funcionamento dos procedimentos de notificações, que podem dessa maneira afetar a sua capacidade de relatar casos suspeitos de maus tratos (Kenny, 2004).

Através dos estudos acima descritos, é possível constatar que o desconhecimento face à temática dos maus tratos é transversal a toda a sociedade, havendo também clara necessidade de esclarecimentos nos profissionais que trabalham diretamente com as crianças, seja na educação ou na saúde.

1.4.2. Representações sociais, conhecimentos e atitudes face aos maus tratos infantis nos estudantes do ensino superior

O desconhecimento da questão dos maus tratos parece existir desde muito cedo. Por exemplo, Bagherian, Hashemi e Hesseini (2011), no estudo que realizaram, com adolescentes do ensino médio, que corresponde ao ensino secundário em Portugal, concluíram que deveria haver mais esclarecimentos no que respeita às definições dos maus tratos infantis, apesar dos institutos educacionais terem um papel importante na promoção da temática em questão.

A nível do ensino superior, mesmo em cursos da área de saúde constataram-se lacunas relativas à identificação de maus tratos em crianças. Curiosamente, a maior parte

dos estudos encontrados são desenvolvidos com estudantes de odontologia, ou medicina dentária, não tendo sido encontrados estudos comparativos entre estudantes de diferentes áreas.

Por exemplo, Gomes e colaboradores (2011), fizeram um estudo com estudantes de Odontologia do 4º e 5º ano da Universidade Estadual da Paraíba, onde demonstraram que uma grande percentagem dos inquiridos indica ter conhecimentos sobre os maus tratos infantis, mas desconhecem a sua incidência e prevalência.

Por sua vez, na Turquia, foi realizado um estudo da mesma forma para tentar perceber quais os conhecimentos e as atitudes sobre os maus tratos infantis em estudantes de odontologia do terceiro, quarto e quinto ano, sendo 137 os estudantes do sexo feminino e 111 do sexo masculino. Em semelhança ao estudo anterior, também os estudantes turcos apresentaram uma grande falta de conhecimentos face aos maus tratos, verificando-se que os alunos do quinto ano tiveram a maior taxa de respostas corretas (Bodrumlu, Avsar, & Arslan, 2016).

Azevedo e colaboradores (2011), no Brasil também realizaram um estudo com 276 cirurgiões-dentistas em que avaliaram as atitudes e perceções sobre o abuso infantil. Os resultados demonstraram que 78,8% acreditavam ter capacidades de detetar casos de maus tratos, 85,7% relataram que nunca suspeitaram de abusos nas crianças, e 76% dos que suspeitaram nunca reportaram os casos as autoridades. Conclui-se ainda que não foram observadas diferenças entre sexos, anos de ensino, e a frequência em que as crianças eram tratadas no consultório.

Ainda sobre os dentistas, mas na Colômbia, Vergara, Cárdenas, & Martínez (2017), com o intuito de descrever os conhecimentos e atitudes sobre os abusos infantis, realizaram um estudo com 149 cirurgiões-dentistas, concluindo-se após análise dos dados que os conhecimentos são baixos, porém as atitudes favoráveis. Atualmente 5,3%

suspeitam de maus tratos em alguns dos seus pacientes, sendo que 34,4% referem já ter suspeitado alguma vez, e 65,5% dos entrevistados afirmaram nunca ter suspeitado.

Na Jordânia com a mesma intenção que nos estudos anteriores numa amostra de 400 dentistas, verificou-se que apesar dos profissionais deterem treinamento formal em reconhecimento e denúncia dos maus tratos infantis, e apesar de metade suspeitarem dos abusos, apenas 12% relataram as suas suspeitas. As principais razões para não relatarem as suas suspeitas foram essencialmente medo que represálias por parte dos pais (43%), incertezas sobre o diagnóstico (41%), e incertezas sobre os procedimentos de encaminhamentos (41%) (Sonbol, Abu-Ghazaleh, Rajab, Baqain, Sman, & Al-Bitar (2011).

Na Índia, foram realizadas pesquisas sobre os conhecimentos e atitudes face aos maus tratos infantis em 158 raparigas estudantes de enfermagem (51,3% eram estudantes do segundo ano, 24,1% do terceiro e 24,7% do quarto ano). Os resultados, não são positivos, visto que os conhecimentos que os estudantes universitários detêm são insuficientes, mais de metade dos participantes responderam “não sei”, verificando-se ainda uma relação negativa entre as atitudes e conhecimentos e a idade, isto porque, quanto mais novos os estudantes menos os conhecimentos que mostraram possuir, o que à partida era de esperar, uma vez que quantos mais anos de ensino maiores os conhecimentos (Poreddi et al., 2016).

Em suma, os estudantes do ensino superior carecem de mais informação sobre a temática, havendo a necessidade de conhecer profundamente as crenças e conhecimentos de estudantes de várias áreas, para que seja mais fácil, no futuro, delimitar medidas que permitam romper com a violência reproduzida transgeracionalmente.

Parte - II – Estudo Empírico

Os maus tratos infantis são um tema atual com grande interesse para a Psicologia Clínica e da Saúde, uma vez se trata de um problema de saúde pública que afeta o bem-estar dos indivíduos não só na infância, mas também ao longo da vida.

Considerando que os números de vítimas não param de aumentar, torna-se essencial estudar se há outras variáveis, como o nível de estudos, a idade, o sexo, a autoestima que possam influenciar os conhecimentos que a população mais jovem tem sobre este fenómeno, uma vez que estes conhecimentos podem perpetuar o problema na sociedade.

2. Objetivo geral e objetivos específicos

O objetivo geral do presente estudo é descrever e analisar as atitudes e os conhecimentos dos estudantes universitários sobre os maus tratos infantis.

Como objetivos específicos procura:

- Descrever e analisar se os conhecimentos e atitudes sobre os maus tratos infantis variam em função da área de estudo, do sexo e da idade;
- Compreender de que forma as vivências na infância e juventude influenciam as atitudes e conhecimentos dos universitários;
- Analisar a relação entre autoestima, vivências na infância e juventude e atitudes e conhecimentos dos universitários.

3. Método

3.1. Participantes

A amostra é constituída por 261 participantes, estudantes na Universidade do Algarve provenientes de diferentes cursos e diferentes anos, com idades compreendidas entre os 17 e os 56 anos ($M = 21,07$; $DP = 4,47$).

3.2. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes questionários: conhecimentos e atitudes do maltrato infantil, o questionário de avaliação de trauma infantil – CTQ-SF, a escala de autoestima de Rosenberg, ambos de resposta fechada e aplicados em contexto de sala de aula.

3.2.1. Questionário sobre conhecimentos e atitudes sobre o maltrato infantil

Desenvolvido por Rodríguez e Gutiérrez (2013) e traduzido e adaptado ao português por Nunes (2015). Pretende obter informação sobre: 1) dados sociodemográficos e experiência pessoal dos maus tratos; 2) gravidade e frequência de diversas condutas de interação de pais-filhos (e.g. “bater-lhe, não lhe mostrar afeto, insultá-la”); 3) causas percebidas de maus tratos (e.g. “não atender as necessidades educativas dos filhos”); 4) crenças e mitos sobre as condutas de maus tratos dos pais para os filhos (e.g. “os pais maltratantes padecem de algum transtorno mental”).

É composto por 40 perguntas das quais, 11 são sobre os comportamentos que podem ser habituais numa relação entre pais e filhos. A pessoa tem de identificar se considera os comportamentos como atitudes de maus tratos infantis ou não, no caso de a pessoa responder sim, tem de escolher o grau de gravidade: 1 – Nada grave, 2 – Pouco grave, 3 – Algo grave, 4 – Grave, e 5 – Muito grave. A gravidade da conduta divide-se em três fatores: 1) maus tratos passivos com a fiabilidade de 0,80; 2) maus tratos leves

com um Alpha de Cronbach de 0,77 e 3) maus tratos ativos graves com a consistência interna de 0,68.

As seguintes 11 perguntas são sobre a frequência, referem-se à percepção da frequência que se podem dar numa série de comportamentos inadequados por parte dos pais para com os filhos. Respondem utilizando uma escala tipo Likert, com cinco opções de resposta: 1 – Nada frequente, 2 – Pouco frequente, 3 – Frequente, 4 – Bastante frequente, e 5 – Muito frequente. A frequência da conduta divide-se em dois fatores: 1) frequência de maus tratos passivos, constituída por seis itens, e uma fiabilidade de 0,82, e 2) frequência de maus tratos ativos, formada por cinco itens e com uma fiabilidade de 0,85.

Por fim, o último grupo de 18 perguntas diz respeito aos motivos que podem explicar os maus tratos infantis (crenças sobre os filhos e crenças sobre os progenitores), numa escala de cinco pontos: 1 – Totalmente de desacordo, 2 – Em desacordo, 3 – Não tenho a certeza, 4 – De acordo, e 5 – Totalmente de acordo. As crenças sobre os filhos, variável constituída por cinco itens estruturados em três fatores: 1) comportamento dos filhos, dimensão composta por dois itens em que se pretende saber se a crença e se o fracasso escolar dos filhos e o seu comportamento agressivo podem ser detonantes do ato de maus tratos infantis, esta variável tem uma consistência interna de 0,63; 2) O estado físico e psicológico, em que se usam dois itens para saber se uma criança com incapacidade ou doença física ou psíquica tem mais probabilidade de ser maltratada, escala com fiabilidade de 0,92; 3) Filho não desejado, formada por um item independente, onde se pretende saber se o filho indesejado aumenta a probabilidade de maus tratos, a variância explicada é de 16,6%. As crenças sobre os progenitores, é uma variável medida através de 12 itens organizados nos seguintes fatores: 1) crenças sobre as circunstâncias económicas, composta por cinco itens com a fiabilidade de 0,76; 2) história pessoal

constituída por dois itens com um Alpha de Cronbach de 0,67; 3) crenças sobre a maior responsabilidade da figura paterna, com quatro itens e uma fiabilidade de 0,62; e 4) crenças sobre a perturbação mental, medida através de um item e que contribui com 8,7% para explicar o constructo. Os fatores filho não desejado e existência de transtorno mental por serem constituídos apenas por um único item não permitem o cálculo dos respetivos valores de alfa, assumindo uma variância de 16,6% e 8,7% respetivamente.

Quadro 2. Alfas das dimensões e dos fatores do questionário conhecimentos e atitudes face aos maus tratos infantis

| Partes | Dimensões | Fatores | Itens | α original | α presente estudo | |
|-----------------------|----------------------------|---------------------------------------|---|---|--------------------------|-----|
| Crenças | Crenças sobre filhos | Comportamento dos filhos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insucesso escolar; ▪ Comportamento agressivo. | ,63 | ,69 | |
| | | Estado físico e psicológico | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficiência; ▪ Doença física ou mental. | ,92 | ,81 | |
| | | Filho não desejado | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser filho não desejado. | - | - | |
| | Crenças sobre o progenitor | Socioeconómicos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nível cultural; ▪ Stress laboral; ▪ Problemas económicos; ▪ Conflitos de casal. | ,76 | ,72 | |
| | | História pessoal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mede se os pais maltratantes foram maltratados na infância; ▪ Mede se os pais que consomem álcool tendem a maltratar os seus filhos. | ,67 | ,44 | |
| | | Figura paterna | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocorrência de maltrato por parte da figura materna; ▪ Figura paterna como modelo mais agressivo. | ,62 | ,41 | |
| | | Transtorno mental | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mede se os maltratantes padecem de algum transtorno mental. | - | - | |
| | Gravidade da conduta | Maltrato passivo | Valorização da gravidade de condutas de desatenção. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descuidar de necessidades educativas; ▪ Não responder a necessidades primárias (alimentação, higiene, vestuário, alimentação). | ,80 | ,80 |
| | | Maltrato ativo leve | Gravidade que atribuem a condutas ativas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gritar, insultar e dar bofetadas. | ,77 | ,62 |
| Maltrato ativo grave | | Gravidade atribuída a condutas ativas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bater e ameaçar. | ,68 | ,72 | |
| Frequência da conduta | Maltrato passivo | Frequência de comportamentos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impedir de ter amigos; ▪ Não ter em conta as suas opiniões; ▪ Não dar carinho; ▪ Negligenciar as suas necessidades educativas. | ,82 | ,86 | |
| | Maltrato ativo | Frequência de comportamentos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insultos, ameaças, golpes e bofetadas. | ,85 | ,83 | |

3.2.2. *Questionário de avaliação de trauma infantil – CTQ-SF*

O questionário de avaliação de trauma infantil – CTQ-SF, é um instrumento de autoavaliação de exposição a situações de maus tratos, para adultos e adolescentes a partir dos 12 anos de idade (e.g. achava que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido; sabia que havia alguém para me cuidar e proteger). É constituído por 28 itens, versão examinada por Bernstein e colaboradores, de aplicação mais rápida que a versão anterior, classificáveis numa escala de Likert de 5 pontos. É originária da versão longa de 70 itens desenvolvida por Bernstein, Ahluvalia, Pogge e Handelsman em 1997. Os itens que descrevem experiências de infância são classificados de acordo com a frequência com que ocorreram: 1 – Nunca, 2 – Poucas vezes, 3 – Às vezes, 4 – Muitas vezes, 5 – Sempre, sendo enunciados como experiências de maus tratos ou cuidados adequados durante a infância. Os itens são cotados de um a cinco, de acordo com a frequência que ocorreram, sendo a cotação invertida no caso dos itens que descrevem uma infância agradável (2, 5, 7, 13, 19, 26 e 28). Para além de conter um indicador geral de exposição a maus tratos na infância, que resulta da soma da cotação das subescalas, e um índice de negação, o instrumento avalia a exposição a cinco tipos de maus tratos – emocional, físico, sexual, negligência física e negligência emocional. O índice de negação é avaliado pela existência de respostas extremas aos itens 10, 16 e 22, os quais refletem a existência de uma infância perfeita. O índice anteriormente referido, obtido pela soma de um ponto por cada resposta “sempre” nos itens indicados, é usada para avaliar questões relacionadas com a desejabilidade social ou tendência para negar experiências negativas durante a infância (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006).

O CTQ-SF apresenta boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach a variar entre 0,92 para a subescala de maus tratos sexuais, 0,91 para a negligência

emocional, 0,87 para maus tratos emocionais, 0,83 para os maus tratos físicos e 0,61 para a negligência física.

3.2.3 Escala de autoestima de Rosenberg

Será usada a versão portuguesa de Pechorro, Marôco, Poiares, & Vieira (2011), para a escala de autoestima de Rosenberg (RSES). A escala de autoestima tem uma medida breve constituída por 10 itens que avalia a autoestima em adolescentes e adultos (e.g. de um modo geral estou satisfeito comigo próprio; por vezes penso que não presto; por vezes sinto que sou um inútil). Foi desenvolvida a partir das pontuações de 5024 participantes de ambos os sexos provenientes de níveis socioeconómicos diversos e profissões variadas. Será possivelmente a mais divulgada de todas as medidas de autoestima a nível internacional. Originalmente concebida como escala Guttman, a RSES também pode ser cotada simplesmente somando os itens tipo Likert de 4 pontos (Discordo fortemente = 0; Discordo = 1; Concordo = 2; Concordo fortemente = 3), após se ter feito a reversão dos itens indicados (nomeadamente os itens 2,5,6,8,9). A pontuação na escala varia entre 0 e 30, sendo que pontuações elevadas na escala indicam autoestima elevada e vice-versa.

Os estudos feitos demonstraram que a escala tem possuído adequadas propriedades psicométricas. A nível da estabilidade temporal obtiveram-se correlações de 0,82 a 0,88. A nível da consistência interna por alfa de Cronbach obtiveram-se valores de 0,77 a 0,88 (Pechorro et al., 2011). No que respeita ao presente estudo obteve-se um alfa de Cronbach de 0,88.

A RSES demonstra ter boa validade de constructo ao correlacionar-se de forma forte e significativa com outras medidas de autoestima e a não se correlacionar com medidas que envolvem outros constructos diferentes não sobreponíveis.

3.3. Procedimento

Foi solicitada autorização formal ao Reitor da Universidade do Algarve (Anexo A), onde foram preenchidos questionários. Estes foram aplicados coletivamente em contexto de sala de aula a estudantes de diferentes cursos da Universidade do Algarve (psicologia, enfermagem, ciências biomédicas, biologia, gestão de empresas e economia).

A aplicação dos questionários abrangeu os anos letivos 2016/2017. Os participantes foram informados acerca do objetivo do estudo e do processo de recolha dos dados, garantindo a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

3.4. Plano de análise

Este estudo é do tipo descritivo e correlacional na medida em que se pretende descrever as variáveis e explorar relações entre elas (Fortin, 1999).

Os dados serão analisados através do IBM SPSS Statistics v20 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Os pressupostos estatísticos para as análises paramétricas serão verificados seguindo as recomendações de Tabachnick e Fidell (2007), o que pressupõe a existência de uma distribuição normal, homogeneidade dos dados, variáveis intervalares e contínuas. Inicialmente será analisada a qualidade dos dados e os dados em falta serão extrapolados utilizando o *missing value* do SPSS (*algoritmo EM*) depois de verificar que os dados que faltam são aleatórios através do teste *Little's MCAR*. Se mais de 10% dos itens de um questionário faltarem o mesmo será excluído das análises.

De seguida faremos análises exploratórias para verificar diferenças entre subgrupos da amostra. Serão utilizados o teste t para amostras independentes e a ANOVA quando o número de sujeitos em cada subgrupo for superior a 30, garantindo os pressupostos da normalidade da amostra. O teste t para amostras independentes será

aplicado quando for necessário comparar apenas dois grupos e a ANOVA univariada será utilizada para comparar os grupos quando estes forem superiores a três. Para realizar comparações múltiplas a posteriori elegemos o Teste Games-Howell visto ajustar-se para variações e tamanhos de amostras desiguais nos grupos, sempre que não for possível garantir a normalidade da distribuição da amostra será utilizado o teste Kruskal-Wallis (Dancey & Reidy, 2011).

Utilizaremos o coeficiente de correlação de *Pearson* para analisar as relações entre variáveis de escala. As correlações serão consideradas fracas quando os valores se situam $> 0,10$ e $< 0,30$ ou $> - 0,10$ e $< - 0,30$; moderadas com valores $> 0,30$ e $< 0,50$ ou $> - 0,30$ e $< - 0,50$ e fortes com os valores $> 0,50$ ou $> - 0,50$ (Cohen, 1988).

Os resultados serão considerados significativos se $p \leq ,05$. O tamanho do efeito foi calculado para esclarecer o grau de precisão e fiabilidade estatística e a força da relação entre as variáveis (Stigler, 2008).

4. Resultados

Depois de apresentada a metodologia utilizada neste estudo, segue-se então a apresentação dos resultados obtidos. Desta forma, em primeiro lugar analisamos os dados relativos à influência que a área de estudo exerce nos conhecimentos e atitudes face aos maus tratos infantis, seguido das diferenças no que confere ao sexo face aos maus tratos, o efeito que exerce a idade, e por último relacionar a autoestima com as atitudes e crenças do mesmo.

4.1. Caracterização dos participantes

A amostra é constituída por 261 participantes, dos quais 29,5% são homens e 69,7% são mulheres, estudantes na Universidade do Algarve, com idades compreendidas

entre os 17 e os 56, com uma média de 21,7 anos. A nível de estudos, a percentagem de 94,6% corresponde a estudos secundário/profissional, e 5,4% a ensino universitário.

A comparação com a área científica (Tabela 1) mostra uma predominância de participantes do curso de Gestão de Empresas do segundo ano (G.E_2º), e uma minoria de estudantes do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (MPCS_1º).

Tabela 1.
Número de participantes consoante a área de estudo

| Curso | Geral (N = 261) | |
|-----------|--------------------|-------|
| | N | % |
| Bio_3º | 26 | 10,0% |
| C.bio_1º | 60 | 23,0% |
| CEF_3º | 10 | 3,80% |
| Econ_2º | 17 | 6,50% |
| Enferm_1º | 38 | 14,6% |
| G.E_2º | 64 | 24,5% |
| MPCS_1º | 5 | 1,90% |
| Psicol_2º | 41 | 15,7% |

Nota: Bio – Biologia; C.bio – Ciências Biomédicas; Econ – Economia; Enferm – Enfermagem; G.E – Gestão de Empresas; MPCS – Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde; Psicol – Psicologia.

No que respeita ao estado civil dos participantes, a maior percentagem dos estudantes 97,3% são solteiros, 1,1% dos estudantes estão casados ou vivem em união estável, e 0,4% são separados ou divorciados, desconhecendo-se o estado civil de 1,2% dos participantes. A maioria dos estudantes não têm filhos, sendo que apenas 3,4% são pais.

A percentagem de 5,75% corresponde aos estudantes ativos que trabalham todo o ano, sendo igual a percentagem dos ativos que trabalham temporariamente (5,75%), e 88,7% corresponde aos estudantes inativos a nível de situação laboral. Isto diz-nos que a maioria dos estudantes não trabalham, apenas se dedicam aos estudos (figura 3). A percentagem de imigração indica-nos que 88,1% não são imigrantes, sendo a restante valor de 11,9% participantes imigrantes.

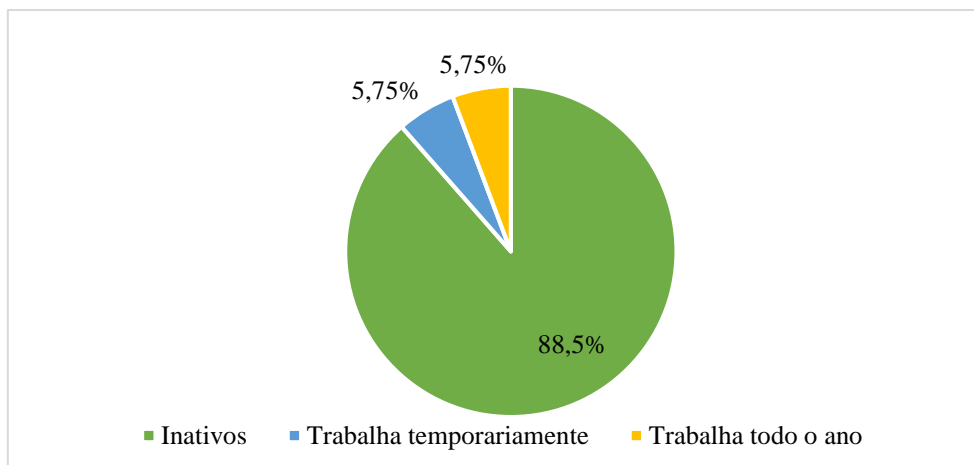


Figura 3. Situação laboral dos participantes

No que concerne aos estudos dos pais dos participantes, não se encontram diferenças significativas entre ambos, segundo a (Figura 4) a maior percentagem corresponde ao ensino secundário com 29,9% para as mães e 20,7% para os pais; segue-se o ensino universitário com 25,3% e 18,4% respetivamente; 20,3% corresponde às mães com o terceiro ciclo e 20,7% aos pais; no segundo ciclo temos 11,5% para as mães e 16,5% para os pais; no primeiro ciclo 8% para as mães e 10,3% para os pais, e o valor de 1,10% corresponde os pais sem escolaridade, sendo as mães todas escolarizadas.

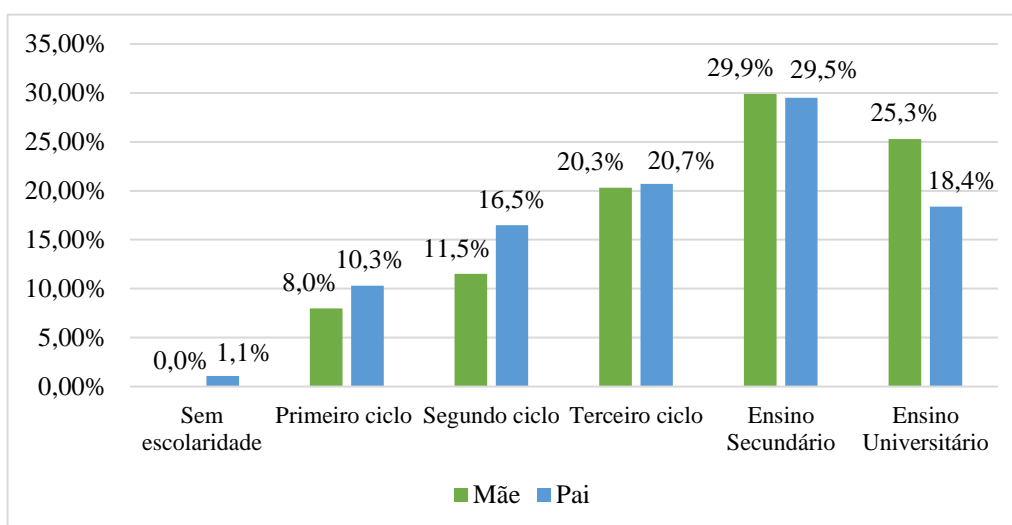


Figura 4. Distribuição relativa à escolaridade dos pais dos participantes

4.1.1. Influência da área científica nas atitudes e conhecimentos dos participantes

Para a análise de diferenças entre as médias recorreremos ao teste paramétrico de análise de variância One-Way ANOVA de forma a testar diferenças entre os vários cursos. Dado o elevado número de cursos fez-se um reagrupamento em função da área, sendo que, a licenciatura e mestrado em psicologia foram agrupados na categoria psicologia, economia, gestão de empresas e ciências da educação e formação na categoria sociais, e ciências biomédicas, enfermagem e biologia na categoria biomédicas.

Como é possível verificar na Tabela 2 não se registam diferenças entre os grupos, para nenhuma das escalas avaliadas, com exceção da crença sobre as características dos filhos ($F = 3,615$; $p = ,028$; $d = ,418$), em que a área de psicologia tem uma média superior à área de biomédicas ($p = ,019$).

Tabela 2.

Diferenças entre médias segundo a área científica e as atitudes e conhecimentos

| | Biomédicas | | Sociais | | Psicologia | | F | p |
|---------------------------------|------------|------|---------|------|------------|------|-------|------|
| | M | DP | M | DP | M | DP | | |
| Atitudes e conhecimentos | | | | | | | | |
| Grave Passivo | 4,01 | 0,90 | 3,87 | 1,05 | 3,86 | 0,87 | 0,641 | ,528 |
| Grave Ativo Leve | 3,03 | 0,97 | 3,00 | 0,96 | 3,05 | 0,75 | 0,067 | ,936 |
| Grave Ativo Grave | 3,82 | 0,89 | 3,64 | 1,06 | 3,69 | 0,87 | 0,646 | ,525 |
| Frequência Passivo | 2,59 | 0,68 | 2,59 | 0,76 | 2,84 | 0,72 | 2,274 | ,105 |
| Frequência Ativo | 2,90 | 0,84 | 2,89 | 0,74 | 3,20 | 0,74 | 2,646 | ,073 |
| Crenças | | | | | | | | |
| Filhos | 2,91 | 0,70 | 3,10 | 0,73 | 3,20 | 0,56 | 3,615 | ,028 |
| Progenitores económica | 3,20 | 0,61 | 3,20 | 0,75 | 3,33 | 0,56 | 0,724 | ,486 |
| Progenitores história pessoal | 2,71 | 0,69 | 2,90 | 0,67 | 3,81 | 0,53 | 0,902 | ,407 |
| Progenitores Pai | 3,67 | 0,77 | 3,77 | 0,66 | 2,71 | 0,53 | 2,378 | ,095 |
| Progenitores transtorno mental | 3,12 | 0,53 | 3,22 | 0,54 | 3,19 | 0,37 | 1,019 | ,363 |

4.1.2. Verificar se o sexo exerce influência nas atitudes e nos conhecimentos dos estudantes

Relativamente à comparação do sexo dos participantes (Tabela 3) recorreu-se ao teste t para amostras independentes, utilizando-se o teste de Levene para verificar se as variâncias dos grupos em comparação são semelhantes. Verificou-se diferenças significativas nas crenças sobre o progenitor, sendo que o sexo masculino tem uma média ($M = 2,97$) mais elevada que o sexo feminino ($M = 2,69$; $t = - 2,892$; $p = 0,005$; $d = -,432$).

Tabela 3.

Comparação de médias e desvios-padrão nas dimensões gravidade, frequência, crenças e conhecimentos dos maus tratos infantis

| | Masculino | | Feminino | | <i>t</i> | <i>p</i> |
|---------------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | |
| Atitudes e conhecimentos | | | | | | |
| Grave Passivo | 3,91 | 1,09 | 3,94 | 0,88 | 0,223 | ,824 |
| Grave Ativo Leve | 2,88 | 0,92 | 3,08 | 0,92 | 1,524 | ,128 |
| Grave Ativo Grave | 3,70 | 1,09 | 3,77 | 0,87 | 0,509 | ,612 |
| Frequência Passivo | 2,65 | 0,79 | 2,62 | 0,68 | -0,294 | ,769 |
| Frequência Ativo | 2,95 | 0,81 | 2,95 | 0,81 | -0,053 | ,958 |
| Crenças | | | | | | |
| Filhos | 3,05 | 0,66 | 3,22 | 0,62 | -0,210 | ,834 |
| Progenitores económica | 3,22 | 0,74 | 3,22 | 0,74 | -0,021 | ,983 |
| Progenitores história pessoal | 3,72 | 0,83 | 3,74 | 0,63 | 0,155 | ,877 |
| Progenitores Pai | 2,97 | 0,71 | 2,69 | 0,62 | -3,061 | ,002 |
| Progenitores transtorno mental | 3,23 | 0,61 | 3,14 | 0,46 | 1,184 | ,238 |

4.1.3. Influência que a idade exerce nas atitudes e conhecimentos dos estudantes universitários

De modo a averiguar a relação entre as atitudes e os conhecimentos dos estudantes com a idade dos mesmos, foram utilizadas correlações de Pearson. Não foi observada nenhuma correlação significativa entre nenhuma das dimensões das atitudes e conhecimentos dos jovens com a idade (Tabela 4).

Tabela 4.

Correlação das atitudes e conhecimentos sobre os maus tratos infantis com a idade dos participantes

| | Idade |
|---------------------------------|--------------|
| Atitudes e conhecimentos | |
| Grave Passivo | ,097 |
| Grave Ativo Leve | ,035 |
| Grave Ativo Grave | ,056 |
| Frequência Passivo | ,032 |
| Frequência Ativo | ,095 |
| Crenças | |
| Filhos | ,021 |
| Progenitores económica | ,071 |
| Progenitores história pessoal | ,069 |
| Progenitores Pai | ,025 |
| Progenitores transtorno mental | ,064 |

Nota. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

4.1.4. Relação entre as atitudes e os conhecimentos sobre os maus tratos infantis, com o índice geral de maus tratos e a autoestima

De acordo com a Tabela 5 a autoestima apresenta uma correlação positiva fraca significativa com o Mau Trato Infantil Grave Passivo ($r = 0,142$; $p = 0,031$). Verifica-se ainda uma correlação negativa moderada muito significativa entre autoestima e o índice de maus tratos infantis ($r = - 0,364$; $p = 0,000$).

Tabela 5.

Relação entre as atitudes e conhecimentos dos estudantes com a autoestima e o índice geral de maus tratos

| | Autoestima | IG maus tratos |
|---------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Atitudes e conhecimentos | | |
| Grave Passivo | ,142* | -,005 |
| Grave Ativo Leve | ,091 | ,013 |
| Grave Ativo Grave | ,101 | -,008 |
| Frequência Passivo | -,135* | ,169** |
| Frequência Ativo | -,174** | ,237** |
| Crenças | | |
| Filhos | -,061 | ,277** |
| Progenitores económica | -,155* | ,170** |
| Progenitores história pessoal | -,103 | ,228** |
| Progenitores Pai | -,045 | -,016 |
| Progenitores transtorno mental | -,137* | ,157* |
| IG maus tratos | -,364** | - |

Nota. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Parte - III – Discussão

O presente estudo teve como objetivo caracterizar as atitudes e os conhecimentos face aos maus tratos infantis, numa amostra de estudantes universitários de ambos os sexos. Procurou-se da mesma forma observar se existem diferenças entre os sexos, idade e o curso dos participantes no que respeita à problemática em estudo, bem como analisar se as vivências de maus tratos na infância e a autoestima têm influência na formação dos conhecimentos da amostra.

Após análise e tratamento dos dados recolhidos, verificamos que, de uma forma geral, os resultados obtidos não apontam para a existência de diferenças entre os grupos de estudo para a maior parte das variáveis sociodemográficas.

No que concerne aos participantes em estudo, foram realizadas questões sobre a gravidade, a frequência, atitudes e conhecimentos que ambos têm sobre os maus tratos infantis, e ainda sobre a relação das vivências na infância com a autoestima.

Em função da área de estudo, verifica-se que não há diferenças na maior parte das dimensões. Há diferenças entre os alunos de psicologia e biomédicas, em que a área de psicologia tem uma média superior à área de biomédicas no que diz respeito às características dos filhos enquanto responsáveis pelos maus tratos. O curso de psicologia tem os resultados mais elevados, porque à partida os estudantes têm mais conhecimentos, o que por seu turno reduz o preconceito e o estereótipo da culpa ser da criança.

O facto de não haver diferenças em geral em função da área científica parece ser corroborado pelos estudos que indicam que os profissionais de saúde encaram os maus tratos mais pela experiência que vão tendo ao longo do tempo, do que propriamente por influenciada da área científica ou da sua carreira profissional (Foster, Olson- Dorff, Reiland, & Budzak- Garza, 2017).

Independentemente do curso onde estão inseridos, é de notar pelos estudos realizados que ainda há muitos estudantes que precisam de mais esclarecimentos no que diz respeito à problemática dos maus tratos infantis (Bagherian, Hashemi, & Hosseini, 2011), pois apresentam conhecimentos insuficientes quando submetidos a questões sobre o tema (Bodrumlu, Avsar, & Arslan, 2016; Poreddi, Pashapu, Gandhi, & Math, 2016; Vergara, Cárdenas, & Martínez, 2017), tal como acontece na presente amostra que apresenta médias inferiores a 3 nas atitudes e conhecimentos sobre a frequência da violência passiva e ativa e nas crenças sobre as características do pai na responsabilidade deste tipo de conduta.

Verifica-se, portanto, que os maus tratos infantis apesar de serem um tema muito debatido continuam ainda a suscitar dúvidas, o que leva a que muitos estudantes continuem ainda com conhecimentos insuficientes sobre o mesmo (Bagherian, Hashemi, & Hosseini, 2011; Bodrumler, Avsar, & Arslan, 2016; Borges & Catarino, 2009; Gomes et al., 2011; Kenny, 2004; Poreddi et al., 2016).

No que respeita ao sexo, não há diferenças na maior parte dos itens, verificando-se à semelhança da área de estudo, diferenças nas crenças acerca da influência das características do pai. As mulheres por seu turno obtêm um valor mais baixo acerca da crença que os pais são mais agressivos. No estudo feito por Azevedo e colaboradores (2011), com cirurgiões-dentistas brasileiros não foram observadas diferenças entre os sexos, e ano de ensino, tal como o sucedido no presente estudo para a maioria das variáveis.

Estudos realizados na Índia e na Turquia dizem-nos que as atitudes e conhecimentos face aos maus tratos infantis dos estudantes universitários eram influenciados pela idade, pois quanto mais novos eram os estudantes menores os conhecimentos que possuíam (Bodrumlu, Avsar, & Arslan, 2016; Poreddi, Pashapu,

Gandhi, & Math, 2016), o que não aconteceu no presente estudo. Neste estudo não se observou qualquer correlação entre a idade e as atitudes e crenças sobre maus tratos. Foram também encontrados estudos cujos resultados não demonstraram correlação entre o ano de ensino que frequentavam e os conhecimentos (e.g. Azevedo et al., 2011), o que leva a crer que o facto de não se terem detetado resultados tenha a ver com a proximidade de idades dos sujeitos da amostra ($M = 21,7$; $DP = 4,47$). Seria então importante testar esta hipótese em gerações diferentes.

De maneira a compreender de que forma as vivências na infância e juventude influenciam as atitudes e conhecimentos dos universitários, verifica-se que há uma correlação entre os alunos que vivenciaram maus tratos na infância e juventude e as crenças que têm atualmente. No entanto, o índice geral de maus tratos não se correlaciona com as atitudes e conhecimentos que têm face à gravidade da agressão. O adulto maltratado acredita que é mais frequente a existência de maus tratos passivos e ativos, que a responsabilidade dos maus tratos tem a ver com os comportamentos dos filhos, admite que o transtorno mental exerce influência, mas não acredita que o pai maltrate mais do que outros. Os estudantes quanto mais maltratados foram, maiores os níveis acerca das crenças da frequência e responsabilidade dos próprios filhos, do contexto pessoal e económico dos pais.

Os estudos desenvolvidos na área da violência vieram refutar uma alegação comum acerca do homem ser um predador e a mulher a sua vítima (Caridade & Machado, 2006), o que traduz a ausência de relação entre o índice geral de maus tratos e a crença sobre o homem ser mais responsável por este tipo de violência do que a mulher. Esta amostra pode já representar uma mudança a respeito deste mito.

Um estudo comandado por Bartlett, Kotake, Fauth, e Easterbrooks (2016) sobre as vivências na infância e juventude de mães adolescentes, permitiu constatar que história

materna de maus tratos na infância afeta os conhecimentos e atitudes na vida adulta dessas mães. Os resultados permitiram verificar que as mães vítimas de maus tratos maltrataram mais os seus filhos do que mães que não sofreram maus tratos.

Tal como no estudo anterior, Calheiros (2013) concluiu que na sua amostra quem vivenciou maus tratos apresentava diferenças nas crenças e conhecimentos ao nível das características do agressor e da vítima como influencia na gravidade e frequência dos maus tratos.

Assim, reforça-se no presente estudo o impacto das vivências na infância especialmente nas crenças do indivíduo, o que provavelmente poderá perpetuar a violência de pais para filhos, caso não haja qualquer tipo de intervenção.

Na análise da relação entre a autoestima, as vivências na infância e juventude e as atitudes e conhecimentos dos universitários, observam-se algumas dimensões que exercem influência, como as crenças e a frequência dos maus tratos. Como seria de esperar, os estudantes maltratados têm pior autoestima.

A autoestima revela-se como um produto de contingências de reforçamento positivo de origem social. Sempre que a criança se comporte de maneira específica, e os pais a repreendem, a criticam, e se afastam dela, não lhe dando atenção e os cuidados que ela merece a autoestima da criança diminui (Guilhardi, 2002), explicando assim, o resultado obtido no presente estudo. Por exemplo, Herrenkohl, Klika, Herrenkohl, e Dee (2012), fizeram um estudo que demonstrou haver correlação entre a disciplina fisicamente abusiva e o bem estar dos adultos, incluindo a raiva, a autoestima, a felicidade/satisfação com a vida.

De mencionar ainda que os estudantes que têm uma autoestima mais baixa, referem uma maior frequência de maus tratos do tipo passivo, mas não do tipo ativo. Isto pode acontecer porque as práticas do tipo passivo (e.g. impedir de ter amigos,

negligenciar vontades), são práticas que não valorizam as características pessoais da criança e esta sente-se pouco apreciada. A autoestima desenvolve-se na infância numa primeira fase muito dependente da forma como a criança se sente reconhecida pelos seus pais (Rosenberg, 1989). Assim, parece-nos pertinente que a existência de uma maior frequência de maus tratos passivos tenha como consequência o desenvolvimento de uma autoestima mais baixa mesmo na idade adulta.

Contrariamente ao esperado, a autoestima não tem relação com o facto de achar que os filhos são responsáveis. Esperava-se que os adultos com uma autoestima mais baixa se sentissem culpados e atribuíssem assim parte da responsabilidade à criança agredida, algo que não se verificou. Seria interessante explorar esta questão do ponto de vista da vitimização frequente em indivíduos com a autoestima mais baixa, incluindo em próximos estudos variáveis relacionadas com o locus de controlo.

Em suma, parece que os conhecimentos e as atitudes face aos maus tratos infantis são principalmente influenciados quer pela autoestima, quer pelas vivências de maus tratos na infância.

Parte - IV – Conclusão

O estudo apresentado conduziu a um conjunto de resultados que contribuíram para perceber quais os conhecimentos dos estudantes a respeito dos maus tratos, e de que forma as vivências que tiveram na infância e juventude exerceram influência sobre a formação desses mesmos conhecimentos.

Desta forma, o objetivo de verificar as atitudes e conhecimentos dos estudantes universitários face aos maus tratos infantis foi cumprido, acrescentando ganhos ao nível da investigação nesta área. Como acrescento às investigações já existentes sobre o tema, constatou-se que não existem diferenças nas crenças e nos conhecimentos no que concerne à idade, ao sexo e à área de estudo dos estudantes, porém verifica-se que a autoestima e as vivências na infância exercem influência nas crenças e conhecimentos que os mesmos formam sobre os maus tratos.

Concluimos que apesar de não existirem diferenças significativas no que diz respeito ao sexo e área científica dos participantes, os alunos de biomédicas apresentaram diferenças face aos alunos de psicologia no que respeita às características da criança enquanto responsável pelos maus tratos. Na idade por sua vez não se encontraram correlações com as atitudes e crenças sobre os maus tratos. Parece então que apenas as vivências que os participantes experienciam na infância e juventude, e que por sua vez determinam a autoestima são as principais variáveis que se relacionam com as atitudes e conhecimentos.

Atendendo, a que estes jovens serão futuros profissionais e provavelmente constituirão família as suas crenças e conhecimentos são determinantes nas suas atitudes com as crianças com as quais vão interagir. Deste modo, parece que realmente a vivência de maus tratos na infância, poderá influenciar as crenças e atitudes, o que em termos futuros perpetua a violência ativa ou passiva de pais para filhos. De forma a romper esta

tendência é necessário investir no esclarecimento sobre os maus tratos desde a infância, reforçando no ensino superior a informação sobre o tema.

Perante toda a análise verificou-se que o estudo apresenta algumas limitações, destacando-se: a idade, a amostra, e os alfas encontrados nas escalas dos instrumentos utilizados. Na idade constatou-se que analisar uma variável com uma população académica cujas idades são semelhantes pode não permitir compreender a real influência da idade. Por sua vez na amostra, o facto da investigação ter sido feita apenas com alunos da Universidade do Algarve não permite extrapolar para a realidade nacional. No que concerne aos alfas, verificou-se que há alfas abaixo do valor recomendado em algumas dimensões (e.g. crenças sobre o progenitor), o que pode enviesar a interpretação dos resultados.

Como sugestões de investigação surge a necessidade de se fazer um estudo mas em diferentes gerações; incluir novas variáveis (e.g. locus de controlo, agressividade); conduzir um programa de intervenção sobre crenças e mitos relativamente aos maus tratos infantis, verificando possíveis ganhos para os participantes; alargar a amostra e comparar os resultados de estudantes de diferentes universidades; e comparar resultados do mesmo estudo entre pais e filhos, de forma a verificar a influência dos pais na aquisição de conhecimentos e atitudes.

Parte VI – Referências Bibliográficas

- Almeida, A. N., Ramos, V., Almeida, H. N., Escobar, C.G., & Garcia, C. (2017). Analysis of contextual variables in the evaluation of child abuse in the pediatric emergency setting. *Jornal de Pediatria*, 93(4), 374-381.
- Azevedo, M. S., Goettems, M. L., Brito, A., Possebon, A. P., Domingues, J., Torriani, D. D. (2012). Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Brazilian Oral Research*, 26(1), 5-11.
- Bagherian, F., Hashemi, S. R., & Hosseini, S. M. (2011). Attitudes towards child abuse among Iranian teenagers. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 822-825.
- Bartlett, J.D., Kotake, C., Fauth, R., & Easterbrooks, M. A. (2017). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? *Child Abuse & Neglect*, 63, 84-94.
- Bastos, A. C. M. (2015). *Maus-tratos na infância e a violência nas relações de intimidade na vida adulta* (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona do Porto, Porto.
- Bazon, M. R., Mello, I. L. M. A., Bérnago, L. P., & Faleiros, J. M. (2010). Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e apoio social parental stress and social support. *Temas em Psicologia*, 18(16), 71-84.
- Beatriz, E. D., Salhi, G., Griffith, J. L., & Molnar, B. E. (2018). Urbanicity matters in self-reported child maltreatment prevalence: Findings from a nationally representative study. *Child Abuse & Neglect*, 79, 371-383.

- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1978). *Three Theoretical Models of Child Abuse: A Critical Review*. New York: Pergamon Press.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method Englewood*. New Jersey: Preutice-Hall.
- Bolger, K., Patterson, C. (2001). Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology*, 13, 913-940.
- Bodrumlu, E. H., Avsar, A., & Arslan, S. (2016). Assessment of knowledge and attitudes of dental students in regard to child abuse in Turkey. *European Journal of Dental Education*, 22, 40-46.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The experimental ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brčina, N., Mujkić, A., Milošević, M., Miškulin, M., & Wallis, A. B. (2014). Comparison of knowledge, attitudes and behavior of health professionals and parents regarding child injuries. *Central European Journal of Public Health*, 22(4), 245-250.
- Burela, A., Piazza, M., Alvarado, G. F., Gushiken, A., Fiestas, F. (2014). Acceptability of physical punishment in child rearing by people who were victims of physical

violence during childhood in Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 669-675.

Calheiros, M. M. (2013). Parents beliefs on the causes of child maltreatment.

International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 13(1), 1–14.

Calheiros, M., Monteiro, M. B., Patrício, N. J., & Carmona, M. (2016). Defining Child Maltreatment Among Lay People and Community Professionals: Exploring Consensus in Ratings of Severity. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2292-2305.

Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise Psicológica*, 24(4), 485–493.

Carreño, C. I., & Rey, A. (2010). Reflexiones en torno a la comprensión del maltrato infantil. *Universitas Psychologica*, 9(3), 807–822.

Catarino, H. C. (2009). Atitudes E Conhecimentos Dos Educadores Sobre Mau Trato Infantil: Resultados Preliminares. *International Journal of Developmental and Education Psychology*, 2, 321–330.

Catarino, H. C. B. P. (2009). *Maltrato infantil: Actitudes y conocimientos de los educadores* (Dissertação de doutoramento). Universidade de Extremadura, Badajoz.

Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergeneration transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 31-35.

Chan, J. S., Elliott, J. M., & Thomas, Y. C. J. I. (2002). Does professional and public opinion in child abuse differ? An issue of cross-cultural policy implementation.

Child Abuse Review, 11, 359-379.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power for the Behavioral Sciences*. 2nd edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2016). *Relatório de Avaliação da Atividade das CPCJ – 2016*. Lisboa: CNPDPCJ.

Dancey, C. P. & Reidy, J. (2011). *Statistics Without Maths for Psychology: Using Spss for Windows*. New York: Prentice Hall/Pearson.

Dávila-Bacarji, K. M., Marturano, E. M., Elias, L. C. (2005). Parental support: a study on children with school problems. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 107-115.

Declaração dos Direitos da Criança (1959). Proclamada pela Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas nº 1386 (XIV) de 20 de Novembro de 1959.

De Paúl, J., & San Juan, C. (1992). La representación social de los malos tratos y el abandono infantiles. *Anuario de Psicología*, 53, 149–157.

Direção-Geral de Saúde (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*.

English, D. J., Upadhyaya, M. P., Litrownik, A. J., Marshall, J. M., Runyan, D. K., Graham, J. C., & Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: the relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 29(5), 597-619.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação, da concepção à realização*. Loures: Lusociência Edições.

Foster, R. H., Olson-Dorff, D., Reiland, H. M., & Budzak-Garza, A. (2017).

Commitment, confidence, and concerns: Assessing healthcare professionals' child maltreatment reporting attitudes. *Child Abuse & Neglect*, 67, 54-63.

Gabel, M. (1997). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus.

Garbarino, J. (1982). *Children and families in the social environment*. New York: Aldine Transaction.

Garbarino, J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal of Marriage and Family*, 39, 721-736.

Garbarino, J. Guttman, D., Secley, J. W. (1986). *The psychological battered child*. London: Jossey-Bass.

Gelles, R. J. (1973). Child Abuse as psychopathology: A sociological critique and reformulation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43, 611-621.

Gil, D. (1970). *Violence against children: Physical child abuse in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.

Gilbert, R., Fluke, J., O'Donnell, M., Gonzalez-Izquierdo, A., Brownell, M., Gulliver, P., ... Sidebotham, P. (2012). Child maltreatment: Variation in trends and policies in six developed countries. *The Lancet*, 379(9817), 758-772.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81.

Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday.

- Gomes, C. (2015). *Maus Tratos: a negligência e a proteção social dos menores* (Projeto de Licenciatura). Universidade de Fernando Pessoa, Porto.
- Gomes, L. S., Pinto, T. C., Costa, E. M., Ferreira, J. M., Cavalcanti, S. D., & Granville-Garcia, A. F. (2011). Percepção de académicos de odontologia sobre maus-tratos na infância. *Odontologia Clínico-Científica*, 10(1), 73–78.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249–255.
- Guilhardi, H. J. (2002). *Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade*. Instituto de Terapia Por Contingências de Reforçamento.
- Helfer, R.E. (1973). The etiology of child abuse. *Pediatrics*, 51, 77-789.
- Hernanz, E. A., Revuelta, A. D. L. F., Aranzadi, J. G., Cuasante, T. G., Aguirre, J. G., Extxeberria, M. L., ... Martínez, M. U. (2000). Maltrato y desprotección en la infancia y adolescência. Bilbao: *Departamento de Sanidad Diputación Foral de Bizkaia*. Bizkaia: Gobierno Vasco.
- Herrenkohl, T. I., Klika, J. B., Herrenkolh, R. C., & Dee, T. (2012). A Prospective Investigation of the Relationship Between Child Maltratment and Indicators of Adult Psychological Well-being. *Violence & Victims*, 27(5),764-776.
- Hughes, H. M., Graham-Bermann, S. A., & Gruber. G. (2001). Resilience in children exposed to domestic violence. In: S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Orgs). *Handbook of early childhood intervention*. (pp. 67-90). Nova York: Cambridge University Press.

- Jodelet, D. (1988). Las representaciones sociales: Fenómenos, conceptos y teorías. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social II, pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 469–494). Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (1991). Representaciones sociales: Un área en expansión. En D. Páez, C. San Juan, & A. Vergara (Eds.), *SIDA: Imagen y prevención* (pp. 25–64). Barcelona: Paidós.
- Kenny, M. C. (2004). Teachers' attitudes toward and knowledge of child maltreatment. *Child Abuse e Neglect*, 28, 1311-1319.
- Kempe, C.H., & Helfer, R.E. (1972). *Helping the battered child and his family*. Philadelphia: J.B. Lipponcott.
- Kempe, H.C., Silverman, N.F., Steele, B.F., Droegemueller, W., & Silver, H.K. (1962). The battered-child syndrome. *JAMA*, 181(1), 105-112.
- Kim, H., Wildeman, C., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2017). Lifetime prevalence of investigating child maltreatment among US children. *American Journal of Public Health*, 107(2), 274-281.
- Kim, K., Mennen, F. E., & Trickett, P. K. (2017). Patterns and correlates of co-occurrence among multiple types of child maltreatment. *Child and Family Social Work*, 22, 492-502.
- Lamb, M., Frodi, A., Hwang, C., Frodi, M., & Steinberg, J. (1980). Mother and father interaction involving play a holding in traditional and nontraditional swedish families. *Developmental Psychology*, 18(2). 215-221.
- Leeb, R., Paulozzi, L. J., Melanson, C., Simon, T. R., & Arias, I. (2008). *Child*

maltreatment surveillance: uniform definitions for public health and recommended data elements. Georgia: Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control Atlanta.

Maia, J. M., & Williams, L. C. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas Em Psicologia*, 13(2), 91–103.

Magalhães, T. (2010). *Abuso de Crianças e Jovens: da suspeita ao diagnóstico*. Porto: Lidel.

Manso, J. M. (2006). Revision de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 11(2), 271–292.

Martins, P. C. (2001). O mau trato infantil na comunicação social. *Mealibra*, 8, 59-64.

Marturano, E. M. (2008). Tensões cotidianas na transição da primeira série: um enfoque de desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 79-87.

McKenzie, K. & Scott, D. A. (2011). Using routinely collected hospital data for child maltreatment surveillance: issues, methods and patterns. *BMC Public Health*, 11(7) 1-10.

Mello, M. F., Faria, A. A., Mello, A. F., Carpenter, L. L., Tyrka, A. R., Price, L. H. (2009). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 41-48.

Milner, J.S. (1990). Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 5-15.

Milot, T., Ethier, L. S., St-Laurent D., Provost, M. A. (2010). The role of trauma

symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 225-34.

Ministério da Saúde (2002). *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde.

Moran, P. & Eckenrode, J. (1992). Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 16, 743–54.

Moscovici, S. (1987). Answers and questions. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 17, 513–529.

Norman, R. E., Byambaa, M., Ruma, D., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), 1-31.

Nunes, M. C. (2015). *Questionário sobre conhecimentos e atitudes sobre o maltrato infantil*. Universidade do Algarve, Faro (não publicado).

Oliveira, P. A. D., Scivoletto, S., Cunha, P. J. (2010). Estudos neuropsicológicos e de neuroimagem associados ao stress emocional na infância e adolescência. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(6), 271-279.

Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5), 174–179.

Pereira, E. A. (2011). História de maltrato e indicadores de qualidade de vida: o que

relatam os sujeitos identificados como maltratados na infância (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Braga.

- Picini, M., Gonçalves, J. R. R., Bringhenti, T., Forlin, E. (2017). Avaliação de crianças com suspeita de maus-tratos físicos: um estudo de 500 casos. *Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*, 52(3), 284-290.
- Poreddi, V., Pashapu, D., Kathyayani, B. V., Gandhi, S., El- Arousy, W., & Math, S. B. (2016). Nursing students' knowledge of child abuse and neglect in India. *British Journal of nursing*, 25(5), 264-268.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK : Findings from a population survey of caregivers , children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 801–813.
- Ramos, M. L. & Silva, A. L. (2011). Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil. *Saúde e Sociedade de São Paulo*, 20(1), 136-146.
- Reading, R., Bissell, S., Goldhagen, J., Harwin, J., Masson, J., Moynihan, S., ... Webb, E. (2009). Promotion of children's rights and prevention of child maltreatment. *The Lancet*, 373(9660), 332–343.
- Ricas, J., Donoso, M. T. V., & Gresta, M. L. M. (2006). A violência na infância como uma questão cultural. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(1), 151-154.

- Rodríguez, M. T. & Gutiérrez, L. M. (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.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image* (Revised ed.). Middletown: Wesleyan University Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rouland, B. & Vaithianathan, R. (2018). Cumulative prevalence of maltreatment among New Zealand children, 1998-2015. *American Journal of Public Health*, 108(4), 511-514.
- Santana-tavira, R., Sánchez-ahedo, R., & Herrera-Basto, E. (1998). El maltato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México*, 40(1), 1-8.
- Schmid, H. & Benbenishty, R. (2011). Public attitudes toward child maltreatment in Israel: Implications for policy. *Children and Youth Services Review*, 33, 1181-1188.
- Simarra, J., Paúl, J., & Juan, C. J. (2002). Malos tratos infantiles: representaciones sociales de la población general y de los profesionales del ámbito de la infancia en el caribe colombiano. *Child Abuse & Neglect*, 26, 815-831.
- Sonbol, H. N., Abu-Ghazaleh, S., Rajab, L. D., Baqain, Z. H., Saman, R., & Al-Bitar, Z. B. (2001). Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *European Journal of Dental Education*, pp. 158-165.
- Sousa, C. & Figueiredo, B. (2000). Perspetiva ecológica na compreensão dos maus tratos

infantis. *Infancia e Juventude*, 4, 79-94.

Spinetta, J., & Rigler, D.L. (1972). The child abusing parents: A psychological review.

Psychological Bulletin, 77, 296-304.

Stigler, S. (2008). Fisher and the 5% level. *Chance*, 21(4), 12.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn & Bacon/Pearson Education.

Tofoli, S. M., Baes, C. V., Martins, C. M. S., & Juruena, M. (2011). Early life stress, HPA axis, and depression. *Psychology & Neuroscience*, 4(2), 229-234.

United Nations Children's Fund. (2014). *Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children*. New York: UNICEF.

Vergara, K. A., Cárdenas, S. D., & Martínez, K. R. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 33(2), 129-138.

Witt, A., Munzer, A., Ganser, H. G., Fegert, J. M., Goldbeck, L., & Plener, P. L. (2016). Experience by children and adolescents of more than one type of maltreatment: Association of different classes of maltreatment profiles with clinical outcomes variables. *Child Abuse & Neglect*, 57, 1-11.

Wolfe, D. A. (1985). Child abusive parents: an empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97, 462-482.

Wolfe, D. (1991). *Programa de conducción de niños maltratados*. México, D.F.: Trillas.

World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and

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

World Health Organization (2013). *European report on preventing child maltreatment*.
Copenhaga: World Organization.

ANEXOS

ANEXO A – carta de autorização do reitor