



NEGLIGÊNCIA INFANTIL: ESTUDO DE ALGUNS FACTORES DE RISCO

Magui Rodrigues Dias

CHLC, EPE Hospital D. Estefânia

Enfermeira

Rua Pedro Nunes nº18 1ºD Torre da Marinha, 2840-442 Seixal, Portugal

00351 933136736

maguirodriguesdias@gmail.com

Ana Sofia Garcia Jesus

CHLC, EPE Hospital D. Estefânia

Enfermeira

R. São Pedro, nº14 Serra de Casal de Cambra 2605-315 Belas, Portugal

00351 966525664

anagarciajesus@gmail.com

Sónia Margarida Morgado Luís

Hospital Reynaldo Dos Santos – Vila Franca de Xira

Enfermeira

Parque Residencial do Cabo, Lote 20B 1º Dto

2600-257 Vila Franca de Xira, Portugal

00351 919783888

soniammluis@gmail.com

ABSTRACT:

Neglect occurs when the essential basic needs to the normal growth and development of children and young people are not provided.

Objectives : To verify if the age of the mothers, the number of sons and knowledges of mothers are related with the group that they belong – with or without risk for neglect.

Methodology: Correlational study. The sample is not probabilistic and intentional, being composed by 21 mothers registered in a health center in Lisbon. The mothers were divided in two groups: without risk and with risk for neglect, according the presence or absence of risk factors in the baby. The knowledge evaluation of mothers about baby care was accomplished by a questionnaire with 93 questions.

Results: It was identified 5 risk factors that act at child level and 11 risk factors related to family. The most risk factors identified in the same baby was 8.

The mothers of the group with risk are older, mostly single, they have usually more children and



NEGLIGÊNCIA INFANTIL: ESTUDO DE ALGUNS FACTORES DE RISCO

more precarious jobs than mothers belonging to the without risky group. According to, age of mothers and number of sons and knowledge about baby care there is no statistic expressive difference between the two groups.

Conclusion: Programs of parent's education are important to reduce child neglect.

KEYWORDS: Maltreatment; neglect, risk factors, nursing, mothers' knowledge

INTRODUÇÃO

Os maus-tratos infantis existem desde os primórdios da humanidade (Scherer e Scherer, 2000; Magalhães, 2005).

A qualidade dos cuidados que uma criança recebe nos primeiros anos de vida e a relação que estabelece com os seus pais são extremamente importantes para o seu desenvolvimento global, uma vez que as carências afectivas experimentadas nos primeiros anos de vida poderão afectar gravemente o seu futuro (Sousa, 2007). Assim, dado o papel central e relevante que os pais têm no desenvolvimento dos seus filhos, importa que a sua parentalidade seja exercida da melhor forma possível.

Cada criança enquanto ser único e irrepetível possui factores individuais de ordem física, psicológica ou social que podem protegê-la ou aumentar o risco de ocorrência de maus-tratos – factores de risco e de protecção. Por factores de risco entende-se “qualquer tipo de influências que aumentem a possibilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos”, e por factores de protecção entende-se “as variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem actuar como moderadores dos factores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacto” (DGS, 2008, p.9).

A prevalência de ocorrência de maus-tratos infantis é elevada e podem ter repercussões negativas ao nível físico, cognitivo, social e emocional (Tarabulsky, St-Laurent, Cyr, Chantal, Pascuzzo, Moss, Bernier e Dubois-Comtois, 2008; Gonzalez e MacMillan, 2008) na vida presente e futura das crianças que deles são vítimas, pelo que são tidos como verdadeiros problemas de saúde pública (WHO, 2007; MacDonald, 2007; DGS, 2008; Eckenrode, Ganzel e Henderso, 2000; Slep, 2008; CDCP, 2008; Dubowitz, Feigelman, Lane e Kim, 2009).

Os indicadores de risco operam ao nível da criança, da família e da comunidade (Aracena, Balladares, Róman e Weiss, 2002; Gonzalez e MacMillan, 2008)^{6;23}.

A negligência é considerada um comportamento regular de omissão, relativamente aos cuidados a ter com um menor (Magalhães, 2005; Despacho n.º 31292/2008; DGS, 2008). Esta existe quando não há capacidade de proporcionar a satisfação das necessidades básicas mais indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento normais da criança e jovem (cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto, saúde, segurança, educação, estimulação e apoio) (Magalhães, 2005; ISPCAN, 2006; Despacho n.º 31292/2008; DGS, 2008; CDCP, 2008; WHO, 2006).

Os maus-tratos por negligência nem sempre são de fácil detecção pois os sinais e sintomas a ter em conta na sua detecção (DGS, 2008). A identificação/observação de vários destes sinais e sintomas, mais ou menos explícitos poderão, de acordo com o contexto, levar profissionais mais despertos a suspeitar de negligência e em consequência desenvolver esforços para que a sua ocorrência não se efective (Graça, Lavadinho e Cruz, 2002; DGS, 2008; Gonzalez e MacMillan, 2008).

Sendo os maus-tratos por negligência uma realidade muito prevalente, em especial na população alvo do estudo, foram delineados os seguintes objectivos para o presente estudo:

Identificar principais factores de risco para a ocorrência de maus-tratos por negligência;

Determinar de que forma a idade, número de filhos e conhecimentos maternos sobre os cuidados ao bebé se relacionam com o risco de ocorrência de maus-tratos por negligência consoante o grupo a que pertencem



METODOLOGIA

O estudo desenvolvido é do tipo correlacional.

População e amostra:

A população alvo foram as mães de crianças da área de influência de um Centro de Saúde (CS) da área de Lisboa. Foram definidos como critérios de inclusão na amostra: a mãe e o bebé estarem inscritos no CS onde foram colhidos os dados, o bebé ter idade compreendida entre os três dias e os seis meses de vida; as mães aceitarem participar voluntariamente no estudo pelo que a amostra é do tipo não probabilística intencional. A colheita de dados foi efectuada entre o dia 9 de Novembro e o dia 20 de Dezembro de 2009 num CS da área de Lisboa. Integraram a amostra 21 mães com idades compreendidas entre os 23 e os 41 anos de idade, sendo a média () de idades 29,5 anos (Desvio Padrão= 5,4).

Hipóteses:

Com esta investigação pretendemos verificar as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade da mãe e o pertencer ou não ao grupo de risco para a ocorrência de negligência infantil.

H2: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de filhos e o pertencer ou não ao grupo de risco para a ocorrência de negligência infantil.

H3: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de conhecimentos das mães sobre os cuidados ao bebé e o pertencer ou não ao grupo de risco para a ocorrência de negligência infantil.

Instrumentos:

Para consecução dos objectivos foram construídos três instrumentos:

Ficha de Caracterização da Mãe - os dados de caracterização das mães contemplam os seguintes parâmetros: gravidez desejada ou não, escolaridade, profissão, estado civil e número de filhos e foram obtidos por consulta do processo clínico e entrevista às mães.

Questionário de conhecimentos das mães sobre os cuidados ao bebé.

Este questionário foi elaborado especialmente para este estudo, tendo por base as competências parentais identificadas na bibliografia consultada, no que se refere aos cuidados ao bebé.

O questionário é constituído, no total, por 93 questões com escala dicotómica de verdadeiro/falso para aferir os conhecimentos das mães nas seguintes áreas de competências parentais: alimentação (22 questões), higiene (14 questões), vestuário (5 questões), afecto e estimulação do bebé (12 questões), posição de deitar (2 questões), hábitos de sono (3 questões), eliminação vesical (2 questões), hábitos intestinais e cólicas (6 questões), acidentes e segurança (8 questões), temperatura normal e febre (5 questões), sintomas/sinais de alerta (6 questões), saúde/vacinas (8 questões).

Os valores de respostas certas poderão oscilar entre um mínimo de zero e um máximo de noventa e três.

Grelha de factores de risco de negligência

Esta grelha foi elaborada, tendo por base os factores de risco da criança e da família enumerados no Despacho nº 31292/2008. No que diz respeito aos factores da criança é constituída por 11 itens, relativamente aos factores da família é composta por 17 itens, de resposta fechada (presenças ou ausentes). A informação recolhida foi por meio de observação do bebé, por entrevista à mãe e por consulta do processo familiar.

É por meio desta grelha que se dividem em dois grupos distintos os bebés de risco e os bebés



NEGLIGÊNCIA INFANTIL: ESTUDO DE ALGUNS FACTORES DE RISCO

sem risco para a ocorrência de maus-tratos por negligência, podendo o número de factores de risco oscilar entre 1 e 28. As respectivas mães integram de futuro grupos distintos: sem risco e com risco.

Procedimentos formais e éticos:

A colheita de dados para a investigação teve o seu início após terem sido obtidas as respectivas autorizações institucionais para a realização da investigação.

Foi também solicitado às mães a assinatura do consentimento informado após lhe ter sido explicado o âmbito e objectivos do estudo, neste era também assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos. Foi ainda assegurada a possibilidade de em qualquer momento poderem abandonar o estudo.

Tratamento de dados:

Foi utilizada a estatística descritiva para caracterizar a população em estudo, nomeadamente distribuição de frequências absolutas e relativas (máximo e mínimo) e medidas de tendência central (média e desvio padrão).

No estudo da relação entre as variáveis em estudo foi utilizado o teste de U de Mann Whitney, considerando-se apenas com significado estatístico quando $p < 0,05$. Utilizou-se a estatística não paramétrica em virtude das variáveis em estudo não apresentarem distribuição normal.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em virtude de termos procedido à divisão das mães em dois grupos consoante a presença ou ausência de factores de risco para a negligência infantil a análise e discussão dos dados inicia-se pela determinação dos factores de risco, assim como o seu número em que estão presentes na amostra.

Quadro 1. Factores de Risco para a Negligência Infantil (DGS, 2008)

Factores de risco criança	Factores de risco família
Portadora de deficiência	Relações instáveis
Doença crónica	Violência familiar
Temperamento difícil	Famílias numerosas
Prematuridade	Fratia diversa
Baixo Peso	Crianças retiradas
Separação mãe	Alcoolismo
Não desejada	Toxicodependência
Atraso PNV	Doença mental
Atraso consulta saúde infantil	Baixa Auto-estima
Maus cuidados de higiene	Desemprego
	Precaridade Laboral
	Processos Legais
	Cumprir pena
	Separação
	Parentalidade muito jovem
	Gravidez muito próxima
	Gravidez não vigiada



PSICOLOGÍA POSITIVA Y CICLO VITAL

Em Portugal são considerados factores de risco para a ocorrência de negligência infantil os factores de risco enumerados no quadro 1. No nosso estudo identificámos cinco factores de risco da criança na amostra 12,5% dos bebés não foram desejados, 12,5% tinha o Plano Nacional de Vacinação (PNV) em atraso, em 25% verificou-se atraso na consulta de saúde infantil, 25% tinham maus cuidados de higiene e 25% odor desagradável.

No que diz respeito aos factores de risco relacionados com a família, verifica-se que os mais identificados foram as relações instáveis (12,4%), famílias numerosas (12,4%), filhos de pais separados (12,4%) e desemprego (18,7%).

Foram ainda identificados como factores de risco da família a violência familiar, a fratria diversa, a toxicodependência, baixa auto-estima, desemprego, processos legais, parentalidade muito jovem e gravidez muito próxima.

O número máximo de factores de risco identificados na amostra foi de oito, e apenas dois bebés tinham um único factor de risco para a ocorrência de negligência infantil. No entanto em 66,7% da amostra não são identificados factores de risco para a ocorrência de negligência infantil.

As mães do grupo com risco têm menores graus de escolaridade. De salientar que 14,3% apresentam ausência de escolaridade e 57,1% apenas completaram o 2º Ciclo do ensino básico.

No grupo sem risco 57,1% possuem uma escolaridade entre o ensino secundário e o mestrado, 35,7% possuem o 2º ciclo ou o 3º ciclo do ensino básico e apenas 7,1% possuem apenas o 1º ciclo do ensino básico.

Quanto ao estado civil, verificar-se que 57,1% das mães do grupo com risco são solteiras, sendo que no grupo sem risco a maioria 42,9% são casadas.

No que às profissões diz respeito o grupo sem risco distribui-se por quase todos os grupos profissionais, só não existem desempregados. No grupo de risco apenas encontramos mulheres desempregadas, domésticas, não qualificadas e pessoal de serviços e vendedores.

Relativamente à profissão verificamos que as mães do grupo de risco são maioritariamente domésticas (42,9%), e as mães do grupo sem factores de não risco são maioritariamente pessoal de serviços e vendedores (28,6%).

TESTES DE HIPÓTESES:

Hipótese 1: Existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade da mãe e o pertencer ou não ao grupo de risco para a ocorrência de negligência infantil.

Verifica-se que as mães do grupo com risco para a ocorrência de negligência infantil são em média mais velhas ($\bar{x}=29,71$; $DP=5,312$) do que as mães que não apresentam factores de risco ($\bar{x}=29,14$; $DP=6,094$) no entanto essas diferenças não têm significado estatístico ($Z=-,376$; $U=44,00$ $p>0,05$).

Paavilainen (2001) ao estudarem os factores de risco da família também não encontraram médias de idades diferentes entre as mães de famílias maltratantes e mães de famílias normais, no entanto a média de idades é superior ($\bar{x}=34$ anos).

Quadro 2: Resultados da aplicação do teste de U de Mann Whitney às idades das mães sem e com risco para a ocorrência de negligência.

	n	$\bar{x}$	DP	Z	U	p
Sem risco	14	29,71	5,312	-,376	44,00	0,707
Com risco	7	29,14	6,094			

**NEGLIGÊNCIA INFANTIL: ESTUDO DE ALGUNS FACTORES DE RISCO**

Hipótese 2: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de filhos e o pertencer ou não ao grupo de risco para a ocorrência de negligência infantil.

Verifica-se que as mães que pertencem ao grupo com risco para a ocorrência de negligência infantil tem em média mais filhos ($\bar{x}=1,57$; $DP=1,27$) do que as mães que não pertencem ao grupo de risco ($\bar{x}=0,78$; $DP=1,05$) no entanto essas diferenças não apresentam significado estatístico ($Z=-1,436$; $p>0,05$). Resultados semelhantes foram obtidos por Paavilainen (2001), sendo que o grupo de risco tinha em média 2,3 filhos e o grupo sem risco tinha 1,8 filhos.

Quadro 3: Resultados da aplicação do teste de U de Mann Whitney ao número de filhos consoante o grupo de risco a que pertence

	n	$\bar{x}$	DP	Z	U	p
Sem risco	14	0,78	1,05	-1,436	31,000	0,151
Com risco	7	1,57	1,27			

Hipótese 3: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de conhecimentos das mães sobre os cuidados ao bebé e o pertencer ou não ao grupo de risco para a ocorrência de negligência infantil.

Ao observarmos o quadro 4, que a seguir se apresenta, verificamos que as mães que pertencem ao grupo de risco apresentaram em média mais conhecimentos que as mães grupo sem risco em quatro áreas, são elas: vestuário, posição de deitar, acidentes e segurança, sinais e sintomas de alerta. Nas restantes oito áreas são as mães do grupo sem risco que detêm mais conhecimentos.

Podemos também observar que o maior número de respostas certas no grupo das mães sem risco foi ao nível da higiene ($\bar{x}=11,07$; $DP=1,44$), afecto e estimulação ($\bar{x}=10,71$; $DP=1,14$) e alimentação ($\bar{x}=18,60$; $DP=1,07$).

No grupo com risco o maior número de respostas certas verificou-se nas seguintes áreas: higiene ($\bar{x}=10,29$; $DP=2,14$), afecto e estimulação ($\bar{x}=10,33$; $DP=0,52$), acidentes e segurança ($\bar{x}=7,43$; $DP=0,79$) e alimentação ($\bar{x}=18,20$; $DP=0,84$).

Através da análise do quadro 23 podemos também afirmar que apesar das diferenças encontradas entre os conhecimentos do grupo de risco e sem risco ($p>0,05$ estas não são estatisticamente significativas em nenhuma das áreas).

Em estudos realizados na mesma temática, os autores concluíram que muitos dos pais maltratantes têm oportunidades insuficientes para adquirir competências parentais (Cowen, 2001).

Ao analisarem a efectividade de intervenções com múltiplos componentes de apoio, os autores³⁸ chegaram à conclusão de que podem intervir de várias formas (suporte à família, educação pré-escolar, competências parentais e cuidados à criança) com o objectivo de reduzir o risco de mau-tratos infantis. Ao analisarem três revisões sistemáticas da literatura, nas quais eram discutidos sete artigos, concluíram que em duas delas este tipo de intervenção era duvidosa ou insuficiente e a outra considera-a promissora (Mikton e Butchart, 2009).



PSICOLOGÍA POSITIVA Y CICLO VITAL

Quadro 4: Resultados da aplicação do teste de U de Mann Whitney ao nível de conhecimentos por áreas consoante o grupo de risco a que pertence

	Sem risco			Com risco					
	N*	$\bar{x}$	DP	n	$\bar{x}$	DP	U	Z	p
Alimentação (0-22)	10	18,60	1,07	5	18,20	0,84	20,50	0,590	0,555
Vestuário (0-5)	14	4,50	0,65	7	4,71	0,76			
Higiene (0-14)	14	11,07	1,44	7	10,29	2,14	40,5	0,658	0,51
Posição ao deitar (0-2)	14	1,07	0,62	7	1,29	0,49	40,5	0,763	0,446
Hábitos de sono (0-3)	14	2,21	0,70	7	2,14	0,69	46	-0,247	0,805
Eliminação vesical (0-2)	14	1,50	0,65	7	1,29	0,76	41	0,666	0,505
Afecto e estimulação (0-12)	14	10,71	1,14	6	10,33	0,52	30	1,058	0,29
Eliminação intestinal e cólicas (0-6)	13	5,46	0,52	7	4,71	1,80	23,5	1,892	0,058
Acidentes e segurança (0-8)	13	6,85	0,80	7	7,43	0,79	27,5	1,512	0,13
Temperatura e Febre (0-5)	13	3,77	0,73	7	3,29	0,76	29	1,491	0,136
Sinais e Sintomas de alerta (0-6)	13	5,15	0,69	7	5,43	0,79	35	0,906	0,365
Saúde e vacinas (0-8)	13	6,79	1,12	7	6,57	0,53	35,5	1,122	0,262

*O n é diferente nas várias áreas do conhecimento em virtude de haver indicadores aos quais as mães responderam não se adequar.

CONCLUSÕES:

De acordo com os dados disponíveis, os maus-tratos são mais frequentes em famílias de mais baixo nível social. Se nos reportarmos à profissão podemos pela análise concluir que no grupo de risco predominam profissões pouco ou não qualificadas. Podemos ainda verificar que nesse grupo, em comparação com o grupo sem risco, baixo nível de escolaridade é inferior.

Da análise dos resultados sobre os conhecimentos das mães sobre os cuidados ao bebé, não podemos dizer que a ocorrência de maus-tratos por negligência está relacionada com a falta de conhecimentos das mães, uma vez que responderam acertadamente à maioria das questões. No entanto parece não haver concordância entre o que respondem e o que fazem, pelo que em estudos posteriores será importante a inclusão de observação de práticas parentais para aferir o risco de negligência.

Outra limitação do estudo é a dimensão da amostra ser reduzida, o que não permite generalizações.

Acreditamos que programas de apoio ao desempenho adequado da parentalidade poderão contribuir para uma diminuição da negligência infantil, em especial se realizados de acordo com o contexto de vida de cada família, pelo que é importante a realização de visitas domiciliárias.

As visitas domiciliárias num contexto de criança identificada como vítima de maus-tratos são utilizadas para encorajar os pais a organizar e gerir a qualidade dos seus cuidados parentais no seu ambiente natural (Tarabulsy et al, 2008)²², em especial quando realizada por enfermeiros leva a uma diminuição significativa de maus tratos aos recém-nascidos de risco (Slep, 2008).

A visita domiciliária durante o período peri-natal surge como uma importante intervenção na prevenção dos maus-tratos e negligência em situações de primíparidade, estatuto socioeconómico baixo, parentalidade muito jovem e famílias monoparentais (MacMillan, 2000), pelo que devem ser desenvolvidos esforços para que a sua realização seja uma realidade.

**NEGLIGÊNCIA INFANTIL: ESTUDO DE ALGUNS FACTORES DE RISCO****REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aracena, M.; Balladares, E.; Róman, F. Weiss, C. (2002). Conceptualización de las pautas de crianza de buen trato e maltrato infantil, en familias del estrato socioeconómico bajo: una mirada cualitativa. *Rev de Psicología*. Vol XI, 2, 39-53.
- Atta, H. Y. (1998) Child abuse and neglect: mothers' behaviour and perceptions. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 3, 502-512. Acedido a 7 Fevereiro, 2010, em www.emro.who.int
- Calheiros, M; Monteiro, M. B. (2000). Mau trato e negligência parental: contributos para a definição social dos conceitos. *Sociologia*.34, 145-176.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008). Understanding Child Maltreatment. Acedido a 28 Junho, 2009, em www.cdc.gov/injury
- Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (2005). Síntese do Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens. Acedido a 24 Junho, 2009, em <http://www.cnpcjr.pt>.
- Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (2007). Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco: Distrito de Lisboa.. Acedido a 1 Julho, 2009, em <http://www.cnpcjr.pt/>.
- Cowen, P. S. (2001). Effectiveness of a Parent Education Intervention for At-risk Families. *JSPN*. Vol. 6, 2, 73-82.
- Despacho n.º31292/2008 (2008). Diário da Republica II série. 236, .49207-49231.
- Direcção Geral De Saúde (2008). Maus-Tratos em Crianças e Jovens: Intervenção da Saúde. Acedido a 28 Junho, 2008, em <http://www.dgs.pt>
- Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. (2009). Pediatric Primary to Help Prevent Child Maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics*. 3, 858-864.
- Eckenrode, J.; Ganzel, B.; Henderson, C. R. (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA*. 11, 1385-1391. Acedido a 7 Junho, 2009, em www.jama.com.
- International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Acedido a 4 Julho, 2009, em <http://www.ispcan.org>.
- Gonzalez, A.; MacMillan, H.L. (2008). Preventing child maltreatment: an evidence-based update. *J Postgrad Med*. 4, 280-286. Acedido a 7 Junho, 2009 em www.jpgmonline.com
- Graça, C.; Lavadinho, C.; Cruz (2002). Violência Parental/Familiar. *Revista do Instituto de Reinserção Social*, 3,95-107.
- Hussey, J.M.; Chang, J.J.; Kotch, J.B. (2006). Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 3, 933-942. Acedido a 7 Fevereiro, 2010, em www.pediatrics.org
- Jesus, E. (2005) Desenvolvimento infantil. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 11 Junho, 2009, em <http://ordemenfermeiros.pt>
- Kemp, L.; Harris, E.; McMahon, C.; Matthey, S.; Vimpani, G.; Anderson, T.; Schmied, V. (2008). Miller Early Childhood Sustained Home Visiting (MECSH) trial: desing, method and sample description. *BMC Public Health*. 8, 424-432. Acedido a 7 Fevereiro, 2010, em www.biomedcentral.com
- Kendall-Tackett, K. (2009). Psychological trauma and physical health: a psychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions. *Psychol Trauma*. 1, 35-48.
- MacDonald, Kelly Colleen (2007). Child Abuse: Approach and Management. *American*
- Eckenrode, J.; Ganzel, B.; Henderson, C. R. (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA*. 11, 1385-1391.



PSICOLOGÍA POSITIVA Y CICLO VITAL

Acedido a 7 Junho, 2009, em www.jama.com.

Family Physician. 2, 221-228.

MacMillan, H. L. (2000). Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ*. Vol 28, p.1451-1458. Acedido a 7 Fevereiro de 2010 em: www.cmaj.ca.

Magalhães, T. (2005). Maus tratos em crianças e jovens. Coimbra: Quarteto.

Mikton, C.; Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organ*. 87, 353-361.

Ornelas, J.H.; Moniz, M. J. V. (2007). Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica*. XXV, 153-158

Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Paunonen-Ilmonen M, Laippala P. (2001). Risk factors of child maltreatment within the family towards a knowledgeable base of family nursing. *Int J Nurs Stud*. 8, 297-303. Acedido a 7 Fevereiro, 2010, em www.elsevier.com

Scherer, E. A.; Scherer, Z. A. P. (2000). A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev latino-am enfermagem*. 4, 22-29.

Slep, A. M. S.; Heyman, R.E. (2008). Public Health Approches to Family Maltreatment Prevention: Resentting Family Psychology's Sights From the Home to the Community. *Journal of Family Psychology*. 3, 518-528.

Sousa, M. A. (2007). A protecção de crianças: enunciado de posição. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 11 Junho, 2009, em <http://ordemenfermeiros.pt>.

Tarabulsky, G. M.; St-Laurent, D.; Cyr, Chantal; Pascuzzo; K.; Moss, H.; Bernier, A. Dubois-Comtois, K. (2008). Attachment-based intervention for maltreating families. *Am J Orthopsychiatry*. 3, 322-332.

US Departement of Health and Human Services (2010). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to congress. Acedido a 8 Fevereiro, 2010, em <http://www.hhs.gov>

World Health Organization (2006) Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Acedido a 30 Junho, 2009, em <http://whqlibdoc.who.int>

Fecha de recepción: 23 de enero de 2010

Fecha de admisión: 19 de marzo de 2010

