



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Autorregulação parental em pais ex-acolhidos e em pais nunca acolhidos expostos a experiências de adversidade precoce

Vânia Alexandra Gonçalves Pires

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Isabel Soares Baptista, Professora Auxiliar
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Coorientador:

Professor Doutor João Pedro Gaspar,
Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS20 – Univ. Coimbra), Instituto
de Psicologia Cognitiva, Universidade de Coimbra
Plataforma PAJE- Apoio a jovens (Ex)acolhidos

outubro, 2021

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Autorregulação parental em pais ex-acolhidos e em pais nunca acolhidos expostos a experiências de adversidade precoce

Vânia Alexandra Gonçalves Pires

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Isabel Soares Baptista, Professora Auxiliar
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Coorientador:

Professor Doutor João Pedro Gaspar
Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS20 – Univ. Coimbra), Instituto
de Psicologia Cognitiva, Universidade de Coimbra
Plataforma PAJE- Apoio a jovens (Ex)acolhidos

outubro, 2021

Agradecimentos

Palavras não bastam quando nos facilitam o percurso com altruísmo, reforço positivo, dedicação, generosidade e um sorriso.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Joana Baptista, pela disponibilidade constante, pela ajuda e paciência, por todos os sorrisos, críticas construtivas e palavras encorajadoras, ao longo do processo de orientação.

Ao meu coorientador, Professor Doutor João Pedro Gaspar, agradeço por todas as palavras de motivação e oportunidades enriquecedoras ao longo deste caminho, que me tornaram uma pessoa mais segura.

A todos os pais deste estudo, a minha maior gratidão pela disponibilidade e amabilidade. Sem vocês não teria sido possível.

Aos meus pais. À minha mãe, a razão de todas as coisas. Onde quer que estejas, a conclusão deste ciclo é dedicada a ti, pela vontade que tinhas que o concluísse. Sei que não há ninguém com mais orgulho do que tu. Ao meu pai, o meu companheiro de equipa, por me ajudar a concretizar sonhos e ambições, por saber quando preciso de uma palavra motivadora, mas sobretudo, por me mostrar como é que se finta a vida.

À minha avó, o meu ombro e o meu colo. Pelas palavras tão sábias, que só ditas por ela fazem sentido.

Ao meu Martim, o meu afilhado, um amor que me dá força e coragem.

Ao resto da família, aos meus tios e primos. Aos primeiros, por serem tão especiais e preocupados. As vossas palavras de conforto guiaram o meu caminho. Aos segundos, por serem verdadeiros companheiros de riso e memórias.

Aos meus amigos, a minha bússola. À Nina, minha irmã. A minha companheira de lutas. Palavras nunca serão suficientes para todo o reforço e gestos de carinho e amor. À Ana, por nunca me largar da mão e acreditar sempre na minha melhoria e progresso.

À Céu, à Inês, à Célia, à Bruna, à Tânia, ao Gabriel, ao Miguel, por perceberem as minhas ausências e me cobrarem com palavras de reforço e gestos de companheirismo.

E porque os que passam por nós não vão sós, agradecer a todas as pessoas que deixaram um bocadinho de si em mim, principalmente às que já não estão cá, por guiarem e iluminarem o meu caminho.

A ti, mãe.

Resumo

A literatura sobre os efeitos dos maus-tratos expandiu-se de forma considerável nos últimos anos, apontando para associações entre as experiências adversas cumulativas e múltiplos resultados negativos no funcionamento dos seus sobreviventes, incluindo na parentalidade (Felitti et al., 1998; Savage et al., 2019; Sheffler et al., 2020). Com este estudo, pretendeu-se explorar as relações entre o mau-trato cumulativo e a autorregulação parental em mães e pais, e testar o papel moderador da vivência (ou não) em acolhimento residencial na associação atrás descrita. A amostra incluiu dois grupos: 52 pais com uma história prévia de acolhimento residencial e 194 pais nunca acolhidos. Os pais tinham entre os 21 e os 55 anos de idade e tinham, pelo menos, um filho(a) entre um e 15 anos de idade. De acordo com os resultados, os pais ex-acolhidos reportaram ter estado expostos a um maior número de adversidades do que os pais nunca acolhidos. A idade dos pais e a idade da criança revelaram estar positiva e significativamente associados à autorregulação parental. O mau-trato cumulativo revelou ser um preditor significativo da gestão pessoal, uma dimensão da autorregulação parental, mas apenas entre os pais nunca acolhidos. Os resultados deste estudo alertam para a importância da implementação de programas de intervenção que visem o desenvolvimento da competência de autorregulação parental junto de pais e mães com histórias de mau-trato precoce.

Palavras-chave: mau-trato cumulativo, pais ex-acolhidos, autorregulação parental.

PsycInfo Codes:

2800 Developmental Psychology

3377 Nursing Homes & Residential Care

Abstract

The literature on the effects of maltreatment has expanded considerably in recent years, pointing to associations between cumulative adverse experiences and multiple negative outcomes in the survivor' s functioning, including parenting (Felitti et al., 1998; Savage et al., 1998; al., 2019; Sheffler et al., 2020). This study aimed to explore the relationships between cumulative maltreatment and parental self-regulation in mothers and fathers, and to test the moderating role of the experience (or not) in residential care in the association described above. The sample included two groups: 52 parents with a history of residential care and 194 parents who had never been in care. The parents were between 21 and 55 years old and had at least one child between one and 15 years old. According to the results, formerly institutionalized parents reported having been exposed to a greater number of adversities than those who were never in care. Parental age and child age were found to be positively and significantly associated with parental self-regulation. Cumulative maltreatment proved to be a significant predictor of personal management, a dimension of parental self-regulation, but only among never in care parents. The results of this study alert to the importance of implementing intervention programs aimed at developing parental self-regulation competence with fathers and mothers with histories of early maltreatment.

Keywords: cumulative maltreatment, former foster parents, parental self-regulation.

PsycInfo Codes:

2800 Developmental Psychology

3377 Nursing Homes & Residential Care

Índice Geral

Índice de Quadros e Figuras.....	vii
Glossário de Siglas.....	ix
Introdução.....	1
Capítulo I – Enquadramento Conceptual	4
1. A Exposição à Adversidade Precoce.....	4
1.1. Mau-trato na infância e as suas consequências a longo prazo.....	8
1.1.1. Definição, Prevalência e Consequências das diversas formas de mau-trato.....	11
1.1.2. Acolhimento Residencial na infância e as suas consequências a longo prazo.....	17
2. Adversidade Precoce e Parentalidade Futura	19
2.1. Autorregulação Parental	21
3. Problema de Investigação, Objetivos e Hipóteses	22
Capítulo II –Método	24
2.1. Participantes.....	24
2.2. Instrumentos	27
2.2.1. <i>Questionário Sociodemográfico e da história de acolhimento</i>	27
2.2.2. <i>Questionário (Adverse Childhood Experiences-International Questionnaire)</i>	27
2.2.3. <i>Me as a Parent</i>	28
2.3. Procedimento de recolha e análise de dados	29
2.4. Estratégia Analítica.....	29
Capítulo III. Resultados.....	31
3.1. Estatísticas Descritivas	31
3.1.1. <i>Diversos tipos de mau-trato: Amostra Total, Pais ex-acolhidos e Pais nunca acolhidos</i>	31

Autorregulação em pais com histórias de acolhimento

3.1.2. <i>Autorregulação Parental e mau-trato cumulativo: Estatísticas Descritivas e Diferenças entre os grupos</i>	33
3.1.3. <i>Exposição cumulativa aos maus-tratos: Amostra Total, Pais ex-acolhidos e Pais nunca acolhidos</i>	35
3.2. Associações entre variáveis	35
3.2.1. Amostra Total	35
3.2.2. Pais ex-acolhidos	37
3.2.3. Pais nunca acolhidos	39
3.3. Predição da Autorregulação Parental	41
3.3.1. Autorregulação parental (escala total)	41
3.3.2. Autoeficácia	41
3.3.3. Autocontrolo	41
3.3.4. Gestão Pessoal	42
Capítulo IV. Discussão.....	43
4.1. Limitações do estudo e sugestões para investigação futura	45
4.2. Implicações para a prática	47
Conclusão	49
Fontes	51
Referências bibliográficas	53

Índice de Quadros e Figuras

Tabela 1. Caracterização da Amostra	25
Tabela 2. Frequências absolutas e relativas dos diversos tipos de mau-trato: Amostra Total, Pais ex-acolhidos e Pais nunca acolhidos	32
Tabela 3. Autorregulação Parental e Mau-Trato Cumulativo: Estatísticas Descritivas e Diferenças entre Amostra de pais ex-acolhidos e nunca acolhidos	34
Tabela 4. Exposição Cumulativa a Experiências Adversas	35
Tabela 5. Associações entre variáveis: Amostra Total	36
Tabela 6. Associações entre variáveis: Pais ex-acolhidos	38
Tabela 7. Associações entre variáveis: Pais nunca acolhidos	40

Glossário de Siglas

ACE – Adverse Childhood Experiences

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

AR – Acolhimento Residencial

CNPDPDJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

EAP – Experiências de Adversidade Precoce

ISS - Instituto da Segurança Social

LPCJP – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

OMS – Organização Mundial de Saúde

UNICEF - Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), e a UNICEF (2021), o mau-trato na infância é um fenómeno comum, constituindo-se como um problema social e de saúde pública reconhecido em todo o mundo, com graves consequências para toda a vida. Dados indicam que cerca de três em cada quatro crianças, entre 2 e os 4 anos de idade, sofrem regularmente castigo físico e/ou violência psicológica por parte dos pais ou cuidadores; e uma em cada três jovens adolescentes entre os 15 e 19 anos foram vítimas de violência por parte do parceiro íntimo; 120 milhões de meninas e mulheres jovens com menos de 20 anos de idade já sofreram alguma forma de contacto sexual forçado; e uma em cada cinco mulheres e um em cada treze homens relatam ter sofrido abuso sexual quando crianças. A isto acresce que, todos os anos, ocorrem cerca de 40.150 mortes de crianças por homicídio, algumas das quais devido a mau-trato (OMS, 2020).

Dados da UNICEF (2021), em plena fase pandémica, reforçam a realidade da violência na vida das crianças, independentemente do contexto sociocultural ou da situação económica, com consequências imediatas e a longo prazo. À medida que a vida diária e as comunidades são afetadas, aumenta a inquietação de que a violência contra as crianças possa aumentar. Crianças com antecedentes de abuso podem ficar ainda mais vulneráveis, tanto em casa como online, podendo sofrer atos de violência que aumentam em frequência e gravidade. Outras podem ser vítimas pela primeira vez. O quadro pandémico que vivemos atualmente, com os seus sucessivos períodos de isolamento, tende a revelar-se um fator de risco para as crianças, já que poderá resultar na perda de cuidados parentais devido à morte, doença ou separação, colocando assim as crianças em risco aumentado de violência, negligência e exploração.

Face ao descrito, torna-se premente estudar as consequências a longo prazo da exposição à adversidade precoce. Assim, este estudo teve como objetivo geral examinar o contributo do mau-trato cumulativo na autorregulação parental, tópico pobremente explorado na literatura. Adicionalmente, este trabalho pretendeu analisar o papel da vivência (ou não) em acolhimento residencial (AR) na infância na relação acima mencionada.

A presente dissertação encontra-se organizada em quatro capítulos: enquadramento conceptual, método, resultados e discussão. Referente ao primeiro capítulo, são expostos os resultados da investigação acerca das experiências adversas precoces, sendo apresentada a definição individual de cada tipo de mau-trato, e as suas consequências a longo prazo. Ainda neste capítulo, é abordado o AR, com a sua definição e efeitos a longo prazo. De seguida, apresenta-se a investigação acerca do impacto da adversidade precoce na parentalidade futura

Autorregulação em pais com histórias de acolhimento

e, por último, a definição de autorregulação parental. É ainda clarificado o problema de investigação, os objetivos gerais e específicos do estudo, assim como as hipóteses formuladas. Posteriormente, no método, é descrito o presente estudo, fazendo-se alusão à amostra, aos instrumentos de avaliação, ao procedimento de recolha de dados e à estratégia analítica escolhida. Mais adiante, no terceiro capítulo, são apresentados os resultados do estudo, em congruência com os objetivos de investigação. Por fim, no quarto e último capítulo, são discutidos os resultados do estudo, em paralelo com a literatura científica, e destacando-se as limitações do estudo, os seus contributos e relevância para o conhecimento e investigação atual, bem como as sugestões para futuras investigações.

Capítulo I – Enquadramento Conceptual

1. A Exposição à Adversidade Precoce

O conceito de experiências de adversidade precoce (EAP ou ACE) foi introduzido nos finais dos anos 1990, no âmbito de um importante estudo de pesquisa sobejamente conhecido (i.e., CDC-Kaiser Permanente Adverse Childhood Experiences [ACE] Study), que visou analisar o impacto do mau-trato infantil na saúde a longo prazo, e o estado atual de saúde do adulto (Boullier & Blair, 2018). Inicialmente focou-se em problemas de obesidade dos pacientes adultos, tornando-se desde logo, motivo de interesse, numa primeira análise a mais de duzentos pacientes, pois o resultado do contexto e das histórias de experiências abusivas na infância, levou a comportamentos problemáticos na idade adulta (Felitti et al., 1998; Felitti, 2019).

Os dados foram recolhidos entre 1995 e 1997, separados por uma pausa intermédia para permitir possíveis correções (Felitti et al., 1998; Felitti, 2019), tendo os participantes realizado exames físicos e respondido a inquéritos confidenciais sobre as suas experiências de infância, estado de saúde e comportamentos atuais. Posteriormente continuaram a ser acompanhados por um período superior a 15 anos (Felitti et al., 1998; Felitti, 2019). No seu todo, participaram 17.337 participantes, aos quais foi apresentado um questionário, cujas perguntas se relacionavam com os primeiros 18 anos de vida. O referido questionário incluía três categorias de abuso (i.e., emocional, físico, sexual), cinco tipos de problemas familiares disfuncionais (i.e., violência doméstica, abuso de substâncias por parte de um membro da família, doença mental, separação ou divórcio parental, prisão de algum elemento da família) e negligência (i.e., psicológica/emocional e física). Concluíram que maior o número de EAP, maior a probabilidade de tabagismo, obesidade, transtornos causados pelo uso de drogas e álcool, depressão, ansiedade, medo, morte fetal, entre outros (Felitti et al., 1998; Felitti, 2019). Os resultados sugerem que cerca de $\frac{2}{3}$ dos participantes tinham estado expostos a pelo menos uma EAP, e um em cada cinco participantes referiu ter vivenciado três ou mais eventos adversos. Mais especificamente, cerca de 28.3% dos participantes mencionaram terem sido expostos a abuso físico, 26.9% a abuso de substâncias e 23.03% a separação ou divórcio parental (Boullier & Blair, 2018; Centers for Disease Control and Prevention, s.d.). De destacar que, o impacto dessas EAP no estado de saúde do adulto é forte e cumulativo, existindo uma correlação significativamente positiva entre o número de EAP e as consequências associadas, isto é, cada EAP adicional aumenta exponencialmente o risco de um maior impacto físico e mental no adulto (Boullier & Blair, 2018; Felitti et al., 1998). O estudo referido revela uma relação poderosa entre as experiências emocionais quando crianças e a saúde física e emocional na

idade adulta. Mais acrescentam que as EAP se destacam como as principais causas de mortalidade nos Estados Unidos da América (EUA).

A abordagem histórica revela um interesse crescente pelo estudo das EAP nos últimos anos, definindo-as como eventos significativos e cumulativos, potencialmente traumáticos. Atualmente, são reconhecidas como fatores de risco para a saúde física e mental (Felitti et al., 1998; Finkelhor et al., 2013; Hengartner et al., 2013; Norman et al., 2012; Petrucceli, 2019; Stoltenborgh et al., 2015).

Anos de investigação sugerem que as experiências adversas no início da vida influenciam a fisiologia humana, tornando-se biologicamente incorporadas (Deighton et al., 2018; National Scientific Council on the Developing Child, 2012). Evidências sugerem que o stress tóxico, diferente do stress normal, por ser prolongado, ininterrupto e opressivo, resultante de experiências traumáticas, abuso e negligência, em simultâneo com a influência do ambiente, é gerador de efeitos persistentes das EAP ao longo do tempo, tendo em consideração as janelas de período sensível e crítico, conferindo-lhe um impacto especialmente prejudicial durante os primeiros três anos de vida (Nelson et al., 2019). Por consequência, percebeu-se uma maior suscetibilidade para causar danos permanentes no cérebro em desenvolvimento, bem como alterar o funcionamento dos sistemas imunológico, neurológico e endócrino do indivíduo (Boullier & Blair, 2018; National Scientific Council on the Developing Child, 2012; Nelson et al., 2019).

Quando adultos, os indivíduos vítimas de mau-trato na infância apresentam um risco aumentado de evidenciarem mais problemas de saúde mental (e.g., depressão), maior risco de abuso de álcool e de drogas, de estarem envolvidos em comportamentos sexuais de alto risco, ideação suicida, de serem confrontados com uma gravidez indesejada e alvos de revitimação (Deighton et al., 2018; Felitti et al., 1998; Finkelhor et al., 2013; Jackson & Deye, 2015).

Autores como Fry e colaboradores (2018) vieram acrescentar outras desigualdades, num primeiro estudo que veio revelar o impacto significativo das EAP nos resultados educacionais, já que cerca de 13% destas crianças evidenciam uma probabilidade acrescida de não concluírem a escolaridade obrigatória.

O cenário acima descrito mostra-se problemático, dado que a exposição à adversidade precoce é um fenómeno comum. O reconhecido estudo IOWA (2012), realizado nos EUA, vem reforçar a emergência de abordar esta problemática. Enquadrado em duas categorias gerais, subdivide-se em categorias particulares, sendo estas: abuso na infância (i.e., abuso físico, abuso psicológico e abuso sexual) e problemas familiares disfuncionais (i.e., abuso de substâncias em casa; membro da família preso; doença mental em casa; violência doméstica; separação ou

divórcio parental). Os resultados indicam que 55% dos participantes tinham estado expostos a pelo menos uma EAP e 15% a quatro EAP. O abuso emocional constituiu-se como a experiência adversa mais comum relatada por 28% dos adultos, seguido pelo abuso de substâncias dos adultos (26%) e separação ou divórcio parental (22%) (Gudmunson et al., 2013).

O estudo realizado por Merrick e seus colaboradores (2018) parece corroborar o anteriormente referido. Entre 2011 e 2014, o período de recolha de dados, com cerca de 248.934 participantes, em 23 Estados, os autores adaptaram as questões das EAP do ACE Study acima explorado. Os participantes tinham idade igual ou superior a 18 anos e cada questão foi agrupada em um dos oito tipos de EAP, dividindo-se em: abuso na infância (físico, emocional e sexual) e ambiente familiar disfuncional (i.e., abuso de substâncias em casa; membro da família preso; doença mental em casa; violência doméstica; separação ou divórcio parental). Os autores constaram que cerca de 13.38% tinham estado expostos a pelo menos uma EAP, e 15.81%, a quatro ou mais. Analisando os resultados, mulheres e participantes mais jovens foram quem esteve exposto a um maior número. Entre os tipos individuais de EAP, o abuso emocional prevaleceu (34.42%), seguido pela separação ou divórcio parental (27.63%) e o abuso de substâncias em casa (27.56%). Compararam ainda os participantes em função do género, constatando que o sexo feminino relatou uma maior prevalência de abuso sexual infantil, em comparação com o sexo masculino (16.33% e 6.70%, respetivamente), abuso de substâncias em casa (28.72% e 26.33%, respetivamente) e doença mental em casa (19.19% e 13.71%, respetivamente). Os autores mencionam, também, outras diferenças significativas, que acrescem expressivamente a probabilidade de exposição à adversidade. São elas: estar desempregado ou incapaz de trabalhar e ter uma orientação sexual diferente da maioria (ser gay/lésbica ou bissexual).

Com foco no panorama europeu, estudos de prevalência em populações da comunidade são escassos e concentram-se principalmente no abuso sexual ou físico (Gilbert et al., 2009). As percentagens de prevalência estimadas para mau-trato na Europa são de 29.1% para abuso emocional, 22.9% para abuso físico (em ambos os sexos), 9.6% para abuso sexual (13.4% para o sexo feminino e 5.7% para o sexo masculino), 16.3% para negligência física e 18,4% para negligência emocional (Sethi et al., 2013).

Especificamente, em contexto nacional, as taxas oficiais de prevalência são disponibilizadas pela Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPJ]. No ano de 2020, no âmbito das 13.031 categorias de perigo diagnosticadas, destacam-se a negligência (32%) e a violência doméstica (30%) enquanto os tipos de maus-tratos que integram os principais diagnósticos efetuados em 2020. No respeitante às situações

de perigo comunicadas às CPCJ, num total de 41.337 comunicações, destaca-se a violência doméstica, seguida da negligência: 32.3% e 28.9%, respetivamente. O mau-trato físico (4.1%), o mau-trato psicológico (2.9%), abuso sexual (1.7%) assumem prevalências significativamente inferiores (CNPDPJC, 2021). De mencionar que, no total de 11.879 medidas aplicadas no ano de 2020, 4.7% (558) destas remetem para o AR.

As últimas décadas de investigação têm vindo a comprovar as sequelas negativas das EAP na idade adulta. Os resultados verificados conferem que o número de EAP é cumulativo, pelo que existe uma relação entre o número de tipos de maus-tratos vivenciados e as consequências ao nível da saúde mental na idade adulta (Raposo et al., 2013) – i.e., problemas de internalização como ansiedade e depressão e problemas de externalização como personalidade antissocial e dependência de substâncias (Dube et al., 2006; Merrick et al., 2017; Sareen et al., 2013), e impacto no bem-estar, explicados pelos traumas e stress tóxico durante a infância (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998; Sheffler et al., 2020). Mais notavelmente, as EAP tem sido associadas ao risco de gravidez precoce, a problemas ao nível da parentalidade (Brunton & Dryer, 2021; Grimstad & Schei, 1999), bem como ao uso diminuído de habilidades de enfrentamento adaptativas (Helitzer et al., 2015).

Face ao exposto, o presente estudo agrupa os tipos de EAP numa só variável, i.e., o mau-trato cumulativo. Autores como Dong e colaboradores (2004) forneceram fortes evidências da sua coocorrência, ao invés de ocorrerem de forma independente. No estudo participaram 8.629 adultos, que responderam a uma pesquisa sobre 10 tipos de EAP, entre elas o abuso emocional, físico e sexual, negligência física e emocional. Resultados indicaram que 2/3 dos participantes relataram ter experienciado pelo menos uma EAP. Em adição, os referidos autores vieram comprovar a ocorrência em cascata dos tipos de mau-trato, mencionando que, caso os participantes tivessem vivenciado uma EAP, a probabilidade de vivenciarem uma experiência adicional era 2 a 18 vezes maior do que aqueles que não relataram qualquer experiência. Outros autores mencionaram que antecedentes de abuso infantil, negligência e/ou violência doméstica estavam associados a uma probabilidade maior de perpetuação de abuso ou negligência nas próprias crianças (Ben-David, 2015; Dubowitz et al., 2001; Kim et al., 2010). Paralelamente ao mencionado, autores como Green e colegas (2020) referem a relação entre os maus-tratos cumulativos e o envolvimento parental em práticas maltratantes (Greene et al., 2020).

A adicionar às diversas formas de maus-tratos mencionadas, há um grupo populacional que carece de exploração acerca do impacto das EAP. Têm-se vindo a comprovar que jovens em situação de AR estão mais propensos a vivenciar maior exposição a experiências adversas, incluindo trauma e abuso (e.g., Abram et al., 2004), sendo que a maioria dos jovens

experienciou traumas complexos ou exposição a pelo menos dois tipos de eventos traumáticos, como maus-tratos infantis e afastamento da família de origem (e.g., Ko et al., 2008; Greeson et al., 2011). Sendo assim, é de esperar que, com fatores de risco adicionais (i.e., situação anterior ao acolhimento e o AR em si), estes jovens apresentem piores resultados do que os seus pares da mesma idade em termos de saúde mental, gravidez e parentalidade precoce, e revitimação na idade adulta (e.g., Courtney, 2009; Courtney et al., 2012; Osgood et al., 2010).

Face ao exposto, partindo de uma revisão de literatura, os autores Herbell e Bloom (2020) vêm comprovar os efeitos a longo-prazo, referindo que, a vivência EAP, para além de aumentar a probabilidade de desenvolvimento de uma série de complicações na idade adulta altamente prejudiciais ao desenvolvimento humano, um mecanismo pelo qual os efeitos das EAP são transmitidos às gerações subsequentes é por meio de práticas parentais. Evidências crescentes sugerem o forte impacto nas respostas afetivas e comportamentais dos adultos, pelo que as experiências de maus-tratos na infância têm repercussões na parentalidade (Savage et al., 2019).

A este respeito, de notar que a investigação sobre o impacto da exposição à adversidade precoce cumulativa na parentalidade, incluindo daqueles que foram vítimas de mau-trato na infância e que estiveram em situação de AR, é mais reduzida. O presente estudo pretende abordar estas temáticas, por forma a produzir conhecimento e contributos à literatura.

1.1. Mau-trato na infância e as suas consequências a longo prazo

O mau-trato na infância é encarado como um problema de grande heterogeneidade e complexidade (Palacios et al., 1995). Estudos anteriores comprovaram que a vivência de maus-tratos pode ser encarada como um conjunto complexo de experiências altamente correlacionadas, que podem incluir as mais variadas experiências adversas (e.g., Anda et al., 1999; Dong et al., 2003; Felitti et al., 1998). Diferentes autores têm vindo a abordar as relações fortes e graduais entre as várias formas de maus-tratos e problemas na idade adulta nos mais diversos níveis – i.e., ao nível comportamental, emocional e social (e.g., Dong et al., 2003; Dube et al., 2004; Felitti et al., 1998; Hillis et al., 2000), problemas de saúde quando adultos (i.e., tabagismo, problemas de álcool e drogas), bem como gravidez precoce e indesejada, envolvimento masculino na gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, tentativas de suicídio, entre outros (e.g., Anda et al., 1999; Dietz et al., 1999; Dong et al., 2003; Dube et al., 2003).

Desde os primórdios, a abordagem histórica dita que a generalidade dos casos de mau-trato ocorrem em ambiente familiar, contrapondo o entendimento de proteção que se pressupõe ser assumido pela família (Boliero & Guerra, 2009). Ao longo dos séculos, a representação da

criança foi, progressivamente, adquirindo novos significados. Atualmente, a infância é caracterizada como um período básico e fundamental, sendo que a criança passa a assumir um papel central e a família é responsabilizada por tudo de mal que lhe aconteça, tornando-se evidente a necessidade dos cuidados maternos (Bolieiro & Guerra, 2009). Foi assim que, no decurso dos tempos, foram surgindo mudanças jurídico-legais, que conferiram à criança o papel de sujeito social de direitos (e.g., a Convenção dos Direitos da Criança). Simultaneamente, foram dados grandes passos em termos teóricos e sociais (Bolieiro & Guerra, 2009; Kempe et al., 1962). Neste contexto, datado de 1962, Kempe e colaboradores, foram pioneiros ao apresentarem a primeira publicação referente a um quadro clínico observado em crianças, caracterizado por lesões ósseas, hematomas, entre outros, incoerentes com as explicações justificativas dadas pelas figuras parentais, descrevendo, ainda, os pais como portadores de doença mental (Kempe et al., 1985). Os referidos autores publicaram um livro que viria a alterar a visão da sociedade sobre os maus-tratos, denominando a “síndrome da criança batida” (*battered child*), uma condição clínica em crianças pequenas (pode ocorrer em qualquer idade, mas, geralmente, as crianças afetadas teriam idade inferior a três anos), que haviam sido sujeitas a maus-tratos graves, geralmente por parte de uma figura biológica ou de acolhimento (Kempe et al., 1962). Anos mais tarde, o National Research Council (1993) descreve o mau-trato infantil como um termo amplo e abrangente, usado para descrever as diversas formas de maltratar crianças por adultos durante as suas vidas, definido como “um comportamento para com outra pessoa, que por um lado (i) está fora das normas de conduta, e por outro (ii) acarreta um risco substancial de causar danos físicos e/ou emocionais à criança.

Nos tempos modernos, os maus-tratos constituem-se um fenómeno global que afeta a vida de milhões de crianças em todo o mundo (Stoltenborgh et al., 2015). A OMS (2020) refere que o mau-trato integra as experiências de abuso, negligência e exposição à violência que ocorrem em crianças com idade inferior a 18 anos, e que resultem em danos reais ou potenciais à sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de um relacionamento de responsabilidade, confiança ou poder. A literatura reforça a coexistência das diversas formas de mau-trato, o que torna mais complexa a sua definição individual (e.g., Felitti, 1998; Gilbert et al., 2009). Ainda assim, autores têm procurado classificá-las, subdividindo-as: (i) maus-tratos ativos, caracterizados pela adoção de determinados comportamentos que contrariam as necessidades fundamentais da criança/jovem; e (ii) maus-tratos passivos, caracterizados pela omissão e negligência (psicológica/emocional e física) por parte dos cuidadores, em dar resposta às necessidades fundamentais da criança/jovem (OMS, 2020). Estas formas de maus-tratos, pela maneira continuada como geralmente acontecem, privam a criança dos seus direitos

e liberdades afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento físico, psicológico, social e/ou a sua dignidade. Tais conflitos podem observar-se em contextos diversos, nomeadamente no contexto familiar, social e institucional (Costa & Teixeira, 2017).

Nos EUA os maus-tratos representam números avassaladores. Em 2005, a negligência foi o tipo mais comum de mau-trato (63%), seguida pelo abuso físico (17%), abuso sexual (9%) e o abuso emocional (7%) (Department of Health & Human Services [DHHS], 2007). A pesquisa mostra que crianças com deficiência estão 4 vezes mais vulneráveis a sofrer de abuso ou negligência (OMS, 2016), embora seja incerto se, em algumas situações, a negligência é uma causa ou uma consequência (Gilbert et al., 2009).

Estudos sugerem que o abuso sexual é considerado o mau-trato mais facilmente operacionalizado, comparativamente a outros tipos de maus-tratos devido aos limites bem definidos entre o certo e o errado (Stoltenborgh et al., 2015). Considerando alguns tipos de maus-tratos, uma experiência isolada pode ser qualificada como mau-trato (i.e., um ato isolado de abuso sexual e de abuso físico), este não é o caso para outros tipos como a negligência ou o abuso emocional, caracterizados pela sua natureza continuada (O'Hagan, 1995; Stoltenborgh et al., 2015).

Gilbert e colaboradores (2009) sugerem que a pobreza, problemas de saúde mental, baixo desempenho educacional, uso indevido de álcool e drogas e a exposição a maus-tratos na infância estão fortemente associados a maus-tratos por parte dos pais. Também Greene e colegas (2020) e Warmingham e colegas (2020) referem a relação entre o mau-trato infantil e os resultados adversos no desenvolvimento social, cognitivo e biológico que deixam sequelas presentes ao longo da vida, pelo que cuidadores com antecedentes de maus-tratos na infância podem enfrentar um conjunto diverso de desafios e stressores interpessoais na educação dos seus filhos, tendo a história parental de maus-tratos potencial para aumentar o risco de depressão parental e exposição a maus-tratos na geração seguinte.

Desta forma, as situações de mau-trato acima descritas, quando atingem o limiar do risco e passam, por consequência, a ser consideradas situações de perigo – i.e, situações que envolvam perigo para a segurança, saúde, formação, educação e/ou desenvolvimento da criança/jovem (Art. 3.º n.º 2 alíneas a) a h) da LPCJP), obrigam à responsabilização e intervenção por parte de entidades competentes. Com o objetivo de remover o potencial perigo à efetivação dos direitos da criança (i.e., domínio da saúde, segurança, formação, educação, desenvolvimento), associados à vulnerabilidade em que é exposta, devem-se proporcionar condições que promovam e protejam a sua segurança, saúde, formação, bem-estar e desenvolvimento, bem como garantir a recuperação física e psicológica das crianças/jovens vítimas de qualquer forma

de abuso ou exploração. Com isto, é-lhes aplicada uma medida de promoção e proteção (Art. 34º da LPCJP). O AR é a medida que, por escassez da aplicabilidade das outras medidas de colocação, mais prevalece (Instituto da Segurança Social [ISS], 2020).

1.1.1. Definição, Prevalência e Consequências das diversas formas de mau-trato

Negligência. A negligência define-se como a forma mais prevalente e fatal, que atinge até dois terços dos casos de maus-tratos infantis (Braham et al., 2018; Dubowitz, 2013; Hornor, 2014; National Scientific Council on the Developing Child, 2012; Thornberry et al., 2012). Caracterizada pela invisibilidade e incapacidade em atender às necessidades básicas de uma criança, esta forma de mau-trato vai comprometer o desenvolvimento adequado em múltiplos domínios, i.e., saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições seguras de vida, no contexto de recursos razoavelmente disponíveis à família ou cuidadores. Tal é causador, ou tem elevada probabilidade de causar danos à saúde ou ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social da criança (OMS, 1999; Schilling & Christian, 2014). Sendo um fenómeno heterogéneo, reconhecido por um padrão contínuo e cumulativo de cuidados inadequados e envolvimento diminuído, varia em tipo, gravidade e cronicidade (Schilling & Christian, 2014; Thornberry et al., 2012).

A negligência subdivide-se em dois tipos e em várias formas, sendo estas: (i) negligência psicológica/emocional, conceptualizada pelo impacto insidioso no curso do desenvolvimento, devido à omissão persistente no que respeita à responsividade, interesse, afeto e amor pela criança/jovem, por parte dos cuidadores, o que pode despoletar na criança problemas mentais, comportamentais, cognitivos, emocionais; e (ii) negligência física, caracterizada pela ausência dos cuidadores em atender às necessidades básicas da criança/jovem (e.g., alimentação, sono, higiene), colocando em causa o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2011; Jellen et al., 2001; Kaplan et al., 1999). A literatura reforça uma forma específica de negligência física denominada de *failure to thrive* (falha de crescimento), refletida na incapacidade de alcance da criança/jovem ao nível de ganhos de estatura e peso expectáveis para a sua faixa etária, resultante da incapacidade dos cuidadores em dar uma resposta eficaz ao desenvolvimento normal da criança/jovem (APAV, 2011). Esta falha de crescimento é ainda mais evidente quando adicionada à vivência em AR precoce, a situação mais frequentemente documentada como o fim mais comum de crianças/jovens com história de negligência (Berens e Nelson, 2015; ISS, 2020). Autores como Berens e Nelson (2015) referem que estas crianças perdem um mês de crescimento linear a cada

2-3 meses acolhidos, sendo o déficit nutricional, o baixo peso ao nascer e as exposições pré-natais adversas algumas das razões explicativas.

Poucos estudos foram feitos sobre a negligência, mas análises combinadas de literatura em todo o mundo mostram que a prevalência é elevada. Estima-se uma maior prevalência mundial da negligência emocional (184 por 1.000), seguida da negligência física (163 por 1.000), sem diferenças aparentes de género (Sethi et al., 2013; Stoltenborgh et al., 2013). A revisão sistemática de Moody e colaboradores (2018) revela que a negligência tem prevalências muito elevadas em África e mais alta para o sexo feminino do que para o sexo masculino: 42% e 39%, respetivamente. Já na América do Sul a prevalência do sexo masculino sobrepõe-se ao sexo feminino: 55% e 57%. Na América do Norte o contraste é mais evidente, com o sexo feminino a sobrepôr-se notoriamente: 41% e 17% (Moody et al., 2018). Também no Reino Unido, autores mencionam que 5% das crianças com menos de 11 anos de idade sofreram negligência pelo menos uma vez na vida, enquanto as taxas de negligência em adolescentes de 11–17 anos e 18–24 anos foram de 13.3% e 16.0%, respetivamente (Radford et al., 2011). Autores referem que, até aos 17 anos de idade, aproximadamente uma em cada cinco crianças sofre de negligência física e/ou emocional (Finkelhor et al., 2013; Stoltenborgh et al., 2013).

A longo prazo, pesquisas sugerem que a negligência pode ter um impacto duradouro no bem-estar físico e emocional na idade adulta (Repetti et al., 2002; Widom, 1989). Também Norman e colaboradores (2012) concluíram que a negligência duplica a probabilidade e o risco de resultados adversos na saúde mental. Vítimas de negligência infantil apresentam uma elevada probabilidade de efeitos adversos, tais como: problemas cognitivos, sociais e emocionais (Geoffroy et al., 2016), risco de perturbações de personalidade e sintomas de ansiedade e depressão (Johnson et al., 2000), comportamentos aditivos (Horwitz et al., 2001; Oshri et al., 2018), comportamentos autodestrutivos (Horwitz et al., 2001), psicose (Varese et al., 2012), baixa capacidade de regulação (Kim & Cicchetti, 2010), vida social comprometida (Wang et al., 2018), a perpetuação da negligência para com os próprios filhos (Merrick et al., 2018). Mais especificamente, Colvert e colaboradores (2008) sugerem que a negligência emocional confere um importante fator de risco para problemas de internalização (e.g., depressão e ansiedade), bem como problemas de externalização (e.g., agressividade). Quanto à negligência física, autores como Fang e Corso (2007) referem o risco de perpetuação das gerações subsequentes. Dos poucos estudos realizados em contexto de prisão, um estudo realizado por Maxfield e Widom (1996), concluiu que, no total de jovens adultos a cumprir pena por crimes violentos, 20% destes revelam ter sofrido negligência quando crianças.

Violência Doméstica. Datada de 1996, a OMS declarou a violência doméstica como um problema de saúde pública e de grave violação dos direitos, especialmente das mulheres, definindo-a pela intencionalidade do recurso à força física ou poder, ameaçado ou real, contra o próprio, outra pessoa, ou frente a um grupo ou comunidade. Tal é originário, ou tem elevada probabilidade de provocar ferimentos, dano psicológico, desenvolvimento deficiente, privação de forma intencional ou morte (Krug et al., 2002).

Considerada uma das formas mais comuns de violência de género, diversos estudos estimam que entre 10% e 35% das mulheres sofrem de violência doméstica em algum momento das suas vidas (Flury et al., 2010). O estudo da OMS, de dez países (e.g., Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Peru, Namíbia, entre outros), entre 2000-2003, com uma amostra de cerca de 24.000 mulheres, dos 15 aos 49 anos, descobriu que entre 15% e 71% das mulheres referiram violência doméstica e/ou abuso sexual por um parceiro íntimo em algum momento das suas vidas (Garcia-Moreno et al., 2005). Na maioria dos países, entre 15% e 30% das mulheres verbalizam violência doméstica e/ou abuso sexual por um parceiro nos 12 meses anteriores ao estudo. Esses resultados vêm corroborar que a violência doméstica é uma experiência comum para um grande número de mulheres no mundo (Garcia-Moreno et al., 2005).

Em Portugal, dados do Relatório Anual de Segurança Interna [RASI] (2020) destacam o valor da violência doméstica, no ano de 2019, como o mais elevado desde 2010, com uma variação de 11.4% (+3.015 casos). O mesmo sucede quando analisado o Relatório da CNPDPCJ (2021), com a violência doméstica a prevalecer (32.3%), enquanto a situação de perigo mais comunicada.

Não obstante a literatura acima descrita e apesar da escassez literária, dados indicam que os homens também podem ser vítimas. A recente revisão de literatura realizada por Kolbe e Büttner (2020), revela prevalências entre 3.4% e 20.3% para violência doméstica exercida sobre os homens, referindo que a maioria destes foi violento com as suas próprias parceiras. Entre 10.6% e 40% destes verbalizaram ter sido abusados ou maltratados quando crianças. Os dados estatísticos da APAV (2016), dos anos 2013 a 2015, num total de 22.373 processos de apoio a vítimas de Violência Doméstica, 9% eram homens, com uma tendência crescente de 2013 para 2015.

Na idade adulta, estudos mostram que os problemas de saúde mental mais prevalentes associados à violência doméstica em mulheres são a depressão e a perturbação de stress pós-traumático (Golding, 1999; Krug et al., 2002). Além destes, está também fortemente associada a ansiedade, comportamento suicida e ataques de pânico (Krug et al., 2002), doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, disfunção sexual (Krug et al., 2002), bem

como o abuso de substâncias (e.g., álcool, tabaco, drogas ou medicamentos calmantes) (Bhatt, 1998). No sexo masculino, são comuns: saúde física prejudicada, problemas de saúde mental (e.g., ansiedade), aumento do consumo de álcool e/ou drogas (Kolbe & Büttner, 2020).

Abuso Físico. Definido como um fenômeno generalizado, caracteriza-se como uma ação isolada ou repetida, não acidental, pela intencionalidade do recurso à força física por parte dos pais, cuidadores ou outros com responsabilidades face à criança/jovem. Esta prática tem, ou representa elevada probabilidade de resultar em efeitos adversos no desenvolvimento infantil a curto e longo prazo. Tal implica prejuízos ao nível da saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, ou que a coloca em sério risco de sofrer algum tipo de negligência. Práticas que incluem bater, espancar, chutar, sacudir, morder, estrangular, esquentar, queimar, envenenar e sufocar (APAV, 2011; Palacios et al., 1995; Stoltenborgh et al., 2013a).

Sendo a grande maioria praticada com objetivo de punição por parte dos pais, em todo o mundo, cerca de um em cada quatro, admitem acreditar na necessidade do castigo físico como forma de disciplina (OMS, 2020). O recurso a métodos violentos em casa, tanto físicos como psicológicos, é a forma mais comum de abuso vivida por crianças (OMS, 2020). A grande maioria das vezes decorre da raiva e frustração, falta de compreensão do dano que pode causar ou familiaridade limitada com métodos não violentos (OMS, 2020). Em congruência, dados da OMS (2016) indicam que em todo o mundo, 1 em cada 4 adultos foram abusados fisicamente quando crianças.

Autores como Stoltenborgh e colaboradores (2013a), realizaram uma meta-análise de 157 amostras provenientes de seis continentes (África, Ásia, Austrália, Europa, América do Norte e América do Sul), estimando a prevalência mundial de 22.6%, ou 226 por 1000 crianças, sem diferenças aparentes de género.

A longo prazo, autores como Springer e colaboradores (2007), num estudo longitudinal com uma amostra de cerca de 2.800 homens e mulheres de meia-idade, concluíram que o abuso físico na infância foi associado a diminuições na saúde física e mental, parecendo revelar-se mais prejudicial para o sexo feminino do que para o sexo masculino (12.1% e 10.6%). Autores como Lansford e colaboradores (2002) acrescentam as minorias étnicas. Adicionalmente, os autores Springer e colaboradores (2007) concluíram que, controlando a idade, sexo, adversidade na infância e histórico familiar, o abuso físico na infância previu um aumento gradual da depressão, ansiedade, raiva, e sintomas físicos. Não obstante, Lansford e colaboradores (2002) reforçam os impactos duradouros, concluindo que a vivência de abuso físico nos primeiros 5 anos de vida é preditora de problemas emocionais e comportamentais, pelo menos, 12 anos mais tarde.

Abuso emocional/psicológico. Conceptualizado pelo padrão repetido de interações prejudiciais entre pai(s), ou responsáveis em fornecer um ambiente de desenvolvimento apropriado e de suporte, ao(s) filho(s), esta forma de abuso tende a normalizar-se na relação, causando efeitos adversos e persistentes no desenvolvimento emocional da criança (APAV, 2011; Moody et al., 2018). Resulta na falha em fornecer um ambiente de suporte adequado ao desenvolvimento, associada ao aumento da hostilidade dos pais, que inclui a ausência de uma figura de vinculação primária, em que a criança possa desenvolver competências emocionais e sociais completas e estáveis, proporcionais aos seus potenciais pessoais e no contexto da sociedade onde se insere. Em algumas situações, este padrão é crônico e difundido, e noutras ocorre, apenas, quando estimulado por fatores potenciadores (e.g., álcool) (Glaser, 2002; Lyons-Ruth & Block, 1996; OMS, 1999; Slep et al., 2011; Wilson et al., 2008).

O abuso emocional/psicológico difere da natureza de outros tipos (Iwaniec et al., 2006; Stoltenborgh et al., 2012), pelo que implica um padrão sustentado de interações desadaptativas (O'Hagan, 1995), caracterizando-se como o problema central e o fator destrutivo em todos os tipos de abuso e negligência infantil (Loue, 2005). A comorbidade mais comum é o abuso físico e emocional, porém a sobreposição também é frequente com outras formas de abuso (Berzenski & Yates, 2011).

Sendo a forma de mau-trato mais evasiva e prejudicial, das mais difíceis de reconhecer, a sua prevalência varia conforme a região do mundo. Estima-se que o abuso emocional tenha impacto na vida de milhões de crianças em todo o mundo. A prevalência global estimada varia entre 363 por 1000 crianças com menos de 18 anos de idade, ou pouco mais de uma em cada três crianças (Stoltenborgh et al., 2012). Na América do Norte, a prevalência é quase duas vezes mais elevada para o sexo feminino (28%) do que para o sexo masculino (14%) e na Europa (13% para o sexo feminino e 6% para o sexo masculino), mas semelhantes entre os sexos em outros continentes (Moody et al., 2018; OMS, 2020). Já na Ásia, onde havia mais amostras de estudo envolvidas, as taxas de prevalência foram maiores para o sexo masculino (33.2%) do que para o sexo feminino (26.9%). Poucos estudos de abuso emocional foram encontrados em África, na Austrália e na América do Sul (Moody et al., 2018).

No que concerne às consequências, um estudo realizado por Dias e colaboradores (2015), com uma amostra comunitária de 1.200 adultos da população portuguesa, veio demonstrar que o abuso emocional foi o preditor mais forte de sintomas psicológicos, nomeadamente sensibilidade interpessoal e ideação paranoide (Dias et al., 2015). Mais ainda, os autores referidos demonstraram a coexistência com outras formas de mau-trato (i.e., abuso físico, negligência física e emocional) para prever sofrimento psicológico. Nesse sentido, pessoas que

foram expostas a abuso emocional/psicológico na infância, apresentam níveis aumentados de depressão, ansiedade, tendência suicida e ao vício, dificuldades somáticas, problemas relacionais, e revitimação (Allen, 2008; Reyome, 2010; Spertus et al., 2003). Autores como Berzenski e colaboradores (2018) e Costa e Teixeira (2017) acrescentam a baixa autoestima, sensação de medo, a violência conjugal e os maus-tratos aos próprios filhos.

Abuso sexual. Alvo de uma crescente consciencialização, desde há 30 anos (Wright, 2012), o abuso sexual alude ao envolvimento de crianças e adolescentes dependentes, imaturos em termos de desenvolvimento, em atividades sexuais que as mesmas não compreendem verdadeiramente, sobre as quais são incapazes de dar o seu consentimento informado, violando os tabus sociais dos papéis familiares (Bentovim & Tranter, 1988). Acresce a gratificação ou a estimulação sexual do adulto, em posição de poder e de autoridade, podendo ser realizadas com recurso à violência física, ameaças ou por indução da sua vontade (Costa & Teixeira, 2017). Crianças menos supervisionadas pela família, mais isoladas socialmente e mais carentes emocional e afetivamente ou com limitações cognitivas, podem constituir o grupo-alvo preferencial (Conte et al., 1989; UNICEF, 2021).

Autores como Pereda e seus colaboradores (2009) compararam as prevalências do abuso sexual em diversos países, com os resultados obtidos relativos às décadas de 70, 80 e 90 do século XX por Finkelhor (1994), onde se obtiveram percentagens que variam entre 7% e 36% no sexo feminino e entre 3% e 29% no sexo masculino. Neste estudo, os autores constaram que o sexo feminino manteve o padrão de maior expressividade (entre 1.5 a 5.5 vezes superior em relação ao sexo masculino), com exceção da África do Sul, onde foi encontrada uma prevalência superior no sexo masculino, e de Portugal. De igual modo, com base numa revisão de estudos, publicados entre 2002 e 2009, foram utilizadas amostras provenientes de 24 países, com taxas mais elevadas para o sexo feminino (entre 8% a 31%), comparativamente com o sexo masculino (entre 3% a 17%) (Barth et al., 2013). Relativamente a Portugal, Figueiredo e colaboradores (2004) observaram prevalências mais baixas comparadas a outros países, e semelhante nos dois sexos (2.7% no sexo feminino e 2.6% no sexo masculino).

Uma história de abuso sexual coloca um indivíduo em risco aumentado de revitimação sexual na adolescência e na idade adulta, especialmente para mulheres (Hornor, 2010). Estas têm duas ou três vezes maior probabilidade, comparativamente aos homens, de sofrer abusos sexuais durante a infância, sendo que, cerca de uma em cada dez mulheres é confrontada com essa experiência (Barth et al., 2013). Também, autores revelaram que mulheres vítimas de abuso sexual apresentam 2.4 vezes maior probabilidade de ser violadas e de entrar na prostituição (Dube et al., 2005; Goicoechea, et al. 2001). Autores acrescentam que o abuso

sexual adulto é quase quatro vezes mais provável para indivíduos que sofreram abuso quando crianças (Fillipas & Ullman 2006). Assim sendo, dado que estas vivências podem agudizar-se com o tempo, há uma maior probabilidade de problemas de saúde mental mais tardiamente (i.e., ansiedade, depressão, suicídio), de exclusão social e revitimação (Hornor, 2010; Maniglio, 2009; Wright, 2012).

Em suma, associado ao fator cumulativo que caracteriza os maus-tratos, Barth e colaboradores (2013), num estudo de revisão sistemática com o objetivo de descrever a prevalência à data, com estudos publicados entre 2002 e 2009, mencionam que mulheres vítimas abuso sexual precoce verbalizaram cinco vezes mais abuso físico e três vezes mais abuso emocional, quando comparadas com mulheres sem experiências de abuso.

1.1.2. Acolhimento Residencial na infância e as suas consequências a longo prazo

Impregnado no Sistema Nacional de Promoção e Proteção à Infância e Juventude, o AR assume-se enquanto a medida de colocação da criança/jovem em perigo com maior expressividade no contexto português, embora a legislação em vigor proponha que esta medida seja aplicada apenas em última instância, após esgotadas todas as outras possíveis opções que visem a proteção da criança/jovem. A sua principal finalidade passa por findar uma dada situação de perigo, na qual a criança/jovem esteja envolvida (Guerra, 2019).

O AR pressupõe uma situação de perigo atual ou iminente para a vida futura, ou comprometimento da integridade física ou psíquica deste público-alvo, adicionado à perda, separação e privação dos cuidados parentais, associados à colocação em AR (Cecconello et al., 2003; Greeson et al., 2011; ISS, 2020). Assim, traz consigo a heterogeneidade e o acúmulo de adversidades, não só pela situação anterior ao acolhimento (i.e., condições pré-residenciais, como a ausência de respostas, segurança e estimulação apropriadas; maus-tratos), mas também durante o acolhimento (i.e., dentro do sistema de acolhimento e a comunidade em geral) (Mendes et al., 2011). As referidas acumulações de adversidade conceituam o denominado trauma complexo, usado para descrever a exposição a pelo menos duas experiências adversas, aumentando o risco de problemas de saúde mental e física, que se prolongam até à idade adulta (Felitti et al., 1998; Felitti, 2009; Greeson et al., 2011).

Globalmente, 3 em cada 1000 crianças/jovens estão em AR (UNICEF, 2021). Em Portugal, mais de 90% das crianças retiradas do seio familiar encontram-se em AR (ISS, 2020). De destacar que cerca de 60% das crianças e jovens exigiram proteção imediata, ou seja, procedimento de urgência, salientando-se os jovens com quinze ou mais anos (ISS, 2020). Os autores Suzuki e Tomoda (2015), num estudo realizado no Japão, estimaram que 53.4% das

crianças acolhidas estiveram expostas a alguma forma de mau-trato, com 14.4% por razões de abuso e 13.8% por razões de negligência. Nos EUA, o Department of Health and Human Services documenta que 78.3% das crianças que receberam proteção foram vítimas de negligência (Berens & Nelson, 2015). Em Portugal, dados do ISS (2020), sugerem que 57% das crianças e jovens em situação de AR foram retirados devido a negligência, nomeadamente por falta de supervisão e acompanhamento.

No que concerne às consequências, autores como Burns e colaboradores (2004) referem que estes jovens têm 2.5 vezes maior probabilidade de ter necessidades ao nível da saúde mental, comparados aos jovens nunca acolhidos. Também as mais recentes conclusões do estudo longitudinal English and Romanian Adoptees (ERA), estudo que acompanhou o desenvolvimento de crianças que experimentaram, até aos 43 meses, condições de privação precoce severa - i.e., precariedade nas condições de higiene, alimentação insuficiente, escassez de cuidados personalizados e subestimulação social e cognitiva, nos orfanatos romenos na década de 1980, antes de serem adotadas por famílias do Reino Unido (Golm et al., 2020; Sonuga-Barke et al., 2017), tornaram possível analisar o impacto a longo-prazo (Golm et al., 2020; Gunnar et al., 2000; Sonuga-Barke et al., 2017). Os autores referem as consequências posteriores no funcionamento do adolescente/adulto jovem (Golm et al., 2020). Consistente com essa visão, análises recentes sugeriram: i) a cascata de desenvolvimento (Masten & Cicchetti, 2010) estendida através das consequências a jusante dos problemas de desenvolvimento neurológico que se manifestam no início da infância na amostra do ERA (Rutter et al., 2001); ii) associações entre privação institucional e problemas emocionais quando adultos. Os jovens adultos adotados que vivenciaram privação prolongada na infância (mais de seis meses), apresentam risco aumentado de depressão e problemas relacionados ao distúrbio de ansiedade generalizada (Golm et al., 2020; Sonuga-Barke et al., 2017); iii) crianças expostas a mais de 6 meses de privação exibiram níveis elevados de perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (Kreppner et al., 2001), problemas de quasi-autismo (Rutter et al., 2007), e envolvimento social desinibido (O'Connor & Rutter, 2000) - dificuldades que se revelaram notavelmente persistentes até à idade adulta (Sonuga-Barke et al., 2017), nomeadamente no funcionamento e realização social e educacional (Booster et al., 2012), e na relação entre a desordem funcional e a saúde mental (McKnight & Kashdan, 2009); iv) a adversidade precoce pode sensibilizar um indivíduo para experiências posteriores de stress (Golm et al., 2020); v) o surgimento tardio de problemas emocionais, relacionados ao stress, cria uma vulnerabilidade que afeta a saúde mental à medida que os jovens adotados passam de ambientes domésticos de proteção e suporte na infância e adolescência para ambientes adultos potencialmente mais

desafiantes (Osgood et al., 2010); vi) adotados romenos que estiveram expostos a privação durante um período superior a seis meses, estão mais propensos ao desemprego, ao pior desempenho em relacionamentos amorosos e amizades (Golm et al., 2020).

Consistente com o que tem vindo a ser explorado, não é de surpreender que, quando adultos, os jovens ex-acolhidos assumam as responsabilidades muito mais precocemente, quando comparados aos jovens nunca acolhidos (Stein & Wade, 2000), sendo o pós-acolhimento encarado como desafiante e acelerado (Adley & Kina, 2015). A investigação internacional diz-nos que, devido à ausência de suporte familiar ou outras redes comunitárias, apresentam piores resultados do que os seus pares da mesma idade em termos de saúde mental (e.g., depressão), solidão, isolamento, gravidez e parentalidade precoce, comportamentos de risco e desviantes (e.g., abuso de álcool e drogas, ideação suicida, envolvimento em comportamentos sexuais de alto risco), delinquência e revitimação. Estes jovens apresentam maior imaturidade ao nível da autonomia emocional e funcional, baixa escolarização, maior vulnerabilidade a situações de desemprego e a viver sem abrigo (Adley & Kina, 2015; Courtney, 2009; Courtney et al., 2012; Deighton et al., 2018; Felitti et al., 1998; Finkelhor et al., 2013; Mendes et al., 2011; OMS, 2020; Osgood et al., 2010).

Neste sentido o AR comporta a inevitabilidade da existência de EAP, com impactos indeclináveis ao longo da vida, e com potencial para repercutir-se nas futuras gerações. Face ao exposto, e tendo em conta a investigação produzida no campo das EAP e as razões precipitantes para a entrada em AR, literatura internacional tem vindo a explicitar o impacto a longo prazo. Porém, é de esperar que tais experiências impactem ao nível da parentalidade. A literatura é escassa quanto a esta temática. Mais detalhadamente, importa perceber como é que pais que estiveram em AR, comparando-os com pais nunca acolhidos, se percebem ao nível da competência de autorregulação parental.

2. Adversidade Precoce e Parentalidade Futura

Considerando a investigação realizada no campo da adversidade precoce, a literatura realça as suas consequências a longo prazo, como supramencionado. Aliado a isto, importa explorar a parentalidade em pais vítimas de mau-trato quando crianças, mas a literatura é escassa quanto ao AR. Simultaneamente, pouco se sabe acerca das relações entre as experiências de mau-trato, a sua acumulação, e a autorregulação parental. Por estas razões, o presente tópico pretende abordar estas temáticas.

Como tem sido mencionado ao longo do presente estudo, a vivência de EAP é altamente prejudicial ao desenvolvimento, com impactos significativos na saúde física, emocional e

comportamental do adulto (e.g., Anda et al., 2006; Hughes et al., 2017; Norman et al., 2012; Widom et al., 2012), refletindo-se, entre outros, em problemas de saúde mental, perturbação de stress pós-traumático, abuso de substâncias, parentalidade precoce, dificuldades nas capacidades parentais, comportamentos de risco à saúde, depressão (e.g., Anda et al., 2006; Chamberlain, 2019; Cheong et al., 2017; Greene et al., 2020; Pears & Capaldi, 2001; Savage et al., 2020; Widom et al., 2015;). As consequências apresentadas podem mediar a associação entre a história parental de EAP e o risco de tornar-se um pai/mãe maltratante (Pears & Capaldi, 2001). Por exemplo, a sintomatologia depressiva, pode prejudicar a capacidade dos pais no que respeita ao estabelecimento de uma comunicação eficaz (Wang & Dix, 2013), contribuindo para o recurso a estratégias disciplinares punitivas e inconsistentes (Yap et al., 2014).

A exposição a maus-tratos na infância não é uma garantia de que os pais se vão tornar maltratantes (Augustyn et al., 2019; Pears & Capaldi, 2001). Apesar disso, parece existir uma maior probabilidade de tal suceder, pelo que é comum a transmissão intergeracional do mau-trato, uma vez que a maioria dos pais maltratantes verbalizam tê-lo sido quando crianças (Coohey & Braun, 1997; Herrenkohl et al., 2013; Pears & Capaldi, 2001). Em relação a este assunto, Greene e colegas (2020) mencionam percentagens iguais ou superiores a 75%.

Sabendo-se que os maus-tratos infantis têm potencial para intensificar práticas parentais negativas, autores como Greene e colegas (2020), numa revisão sistemática referem que: i) pais que verbalizam ter sofrido abuso físico ou ter testemunhado violência doméstica ao longo da vida, estão mais propensos ao envolvimento em práticas parentais abusivas e/ou negligentes; ii) existe uma associação entre as EAP na infância e a problemática reversão de papéis dos pais, rejeição e afastamento/retirada dos seus filhos; iii) há efeitos indiretos entre maus-tratos na infância e comportamentos parentais abusivos (e.g., violência doméstica); e iv) há efeitos indiretos entre os maus-tratos na infância e níveis mais baixos de comportamentos parentais positivos, que afetam a saúde mental das mães (Greene et al., 2020).

As experiências de abuso e negligência parental na infância podem, assim, interferir na capacidade de dar suporte e providenciar segurança aos filhos, sendo a saúde mental das mães um fator de risco que contribui para estas dificuldades (Greene et al., 2020). Autores como Koren-Kariea e colegas (2008) abordam os comportamentos maternos insensíveis, desorientados (e.g., comportamento assustador ou assustado) ou erros na comunicação afetiva quando as mães estiveram expostas a experiências traumáticas na infância. Os autores sugerem que estas mães apresentam maior dificuldade em servir de base segura para com os seus filhos. Consequentemente, os filhos não a percebem como um refúgio seguro, o que vai interferir com o desenvolvimento do sentimento de segurança, proteção e conforto. Por exemplo, mães

que foram abusadas sexualmente quando crianças, podem ter dificuldade em dar resposta às solicitações de proximidade, proteção e conforto, dada a suscetibilidade na evocação de memórias dolorosas, bem como o terror, desamparo e raiva associados (Lyons-Ruth & Spielman, 2004). Esta intergeracionalidade da experiência traumática encarada como significativamente impactante ao nível familiar, em particular na relação mãe-filho, bem como a internalização das crenças desadaptativas apreendidas, condicionam e impactam, não só ao nível da saúde emocional e mental da mãe, como ao nível dos pensamentos, sentimentos, e comportamentos desta. Tais impactos irão, posteriormente, definir e orientar as atitudes maternas e práticas comportamentais para com o(s) seu(s) filho(s) (Hornor, 2010).

2.1. Autorregulação Parental

A autorregulação parental define-se pela capacidade dos pais em regular o seu próprio comportamento, em função da sua perceção e interpretação do comportamento da criança (Barros, 2015). Os autores Marques e Pereira (2017), acrescentam a autorregulação enquanto um processo sistemático do comportamento humano, que envolve o estabelecimento de objetivos pessoais, direcionando o comportamento para a concretização de metas estabelecidas. Recentemente, autores como Sanders e colegas (2019) consideram a autorregulação parental como a competência socioemocional necessária para uma vida saudável e produtiva, incluindo a flexibilidade na regulação das emoções, controlo da raiva, manter a calma sobre pressão e prover uma resposta adaptativa perante uma variedade de situações. Assim, progressivamente reconhecida como uma habilidade imprescindível desde a infância até à idade adulta, a autorregulação parental refere-se, desta forma, à extensão em que os pais se revêm enquanto competentes e eficazes, com a capacidade de resolução de problemas de forma independente, de autodirigir e adaptar as metas e habilidades a uma ampla gama de desafios parentais ao longo do tempo (Morawska et al., 2019; Sanders & Mazzucchelli 2013). Esta compreensão da flexibilidade dos pais e autossuficiência eficaz, vai refletir-se nos resultados positivos na relação pai-filho/a e mãe-filho/a (Hamilton et al., 2014), sendo que as atitudes e comportamentos parentais não podem ser totalmente compreendidos sem considerar o recurso a estratégias de regulação emocional, enquanto um componente crítico dos seus processos de autorregulação parental (Barros et al., 2015).

O processo de autorregulação implica uma cascata de consequências que conduzem a uma série de resultados a curto e longo prazo. Afeto nas mais variadas etapas de desenvolvimento, alguns autores sugerem que importa prevenir a escalada de dificuldades socioemocionais, comportamentais e académicas ao longo da vida (Morawska et al., 2019), assim como ao nível

dos problemas de saúde mental, e física, e dos relacionamentos interpessoais (Morawska et al., 2019; Sanders et al. 2009; Sanders & Mazzuchelli, 2013).

Assim, a capacidade parental de autorregulação dos próprios comportamentos e emoções é imprescindível ao nível da manutenção de práticas parentais positivas, acolhedoras e não abusivas, promotoras de um desenvolvimento e resultados positivos nas crianças. Os pais com forte capacidade autorreguladora caracterizam-se por: i) serem autossuficientes na medida em que possuem os recursos pessoais, conhecimentos e aptidões para assumirem o papel parental de forma eficaz com o apoio mínimo do(s) outro(s); ii) demonstram-se capazes de gerir e resolver problemas, estabelecendo objetivos claros para com os seus filhos, refletindo e avaliando as suas interações, selecionando e implementando estratégias de mudança; iii) têm um sentido de gestão, confiantes da sua influencia no próprio comportamento, bem como no comportamento dos seus filhos; e iv) acreditam que são capazes de implementar estratégias de mudança de comportamento e que obterão resultados benéficos (Sanders & Mazzuchelli, 2013). Pelo contrário, quando existem problemas ao nível da autorregulação parental, ocorre uma panóplia de problemáticas a nível pessoal, social e de distúrbios psicológicos, que se expressam em formas de agressão, ansiedade, comportamento criminoso, depressão, problemas de controlo dos impulsos, raiva e desprezo, tristeza, infelicidade na parentalidade, gravidez na adolescência, drogas, entre outros (Sanders e Mazzuchelli, 2013).

3. Problema de Investigação, Objetivos e Hipóteses

Face à literatura anteriormente apresentada, e sabendo-se o impacto na vida adulta da vivência de EAP no funcionamento dos indivíduos, bem como a vivência em situação de AR, o presente estudo pretende contribuir para o conhecimento acerca da relação entre aquelas experiências cumulativas de adversidade, a vivência em AR e a autorregulação parental.

Perante o exposto, o presente estudo teve como objetivo geral examinar o contributo das experiências de adversidade precoce na autorregulação parental. Mais especificamente, pretendeu: (i) explorar as associações entre a exposição a mau-trato precoce e a autorregulação parental, (ii) analisar as associações entre a vivência em acolhimento residencial na infância e a autorregulação parental, e (iii) testar se a vivência em acolhimento residencial é um moderador das associações entre o mau-trato cumulativo e a autorregulação parental.

No respeitante às hipóteses, e à luz do estado da arte, espera-se que (i) o mau-trato precoce e a vivência em acolhimento residencial sejam preditores de menor autorregulação parental, e que (ii) a associação entre mau-trato precoce e baixa autorregulação parental seja potenciada pela vivência em acolhimento residencial na infância.

Capítulo II – Método

2.1. Participantes

A amostra do presente estudo incluiu 246 pais ($n = 220$, 89.4% mães), com idades compreendidas entre os 21 e os 55 anos ($M = 38.84$, $DP = 6.55$), com filhos(as) entre um e 15 anos de idade ($M = 7.41$, $DP = 3.14$; 54% do sexo feminino, $n = 132$).

Considerando a situação profissional dos pais, a maioria destes ($n = 224$, 91.1%) encontravam-se empregados e os restantes ($n = 22$, 8.9%) encontravam-se em situação de desemprego. Quanto ao estado civil, a maioria ($n = 161$, 65.4%) dos pais estavam casados(as), 24.4% ($n = 60$) eram solteiros(as), 9.8% ($n = 24$) estavam separados(as) ou divorciados(as) e um (0.4%) participante era viúvo. A maioria dos participantes ($n = 141$, 57.3%) tinha um curso superior. Os restantes tinham até 12 anos de escolaridade ($n = 105$, 42.7%). Quanto ao número de filhos, 116 pais (47.7%) tinham dois filhos/as, 94 tinham um/a filho/a (38.7%), 25 tinham 3 filhos/as (10.3%) e 8 tinham 4 filhos/as ($n = 8$, 3.3%). Os agregados familiares eram compostos em média por 2.01 adultos ($DP = 0.77$, 0 – 6 adultos) e por 1.74 crianças ($DP = 0.75$, 1 – 4 crianças). De referir que a maioria das crianças viviam com o cuidador(a) participante no estudo (98,4%), com exceção de 4 crianças. Desta forma, 3 (1.2%) viviam com outro progenitor e uma (0.1%) encontrava-se em acolhimento residencial.

Quanto à experiência em acolhimento, 21.1% ($n = 52$, 17.1% do sexo feminino) dos cuidadores tinham estado acolhidos na infância. Relativamente à idade em que os pais ex-acolhidos revelaram ter sido acolhidos pela primeira vez, 9.6% ($n = 5$) destes participantes mencionaram ter sido acolhidos quando tinham entre 0 e 3 anos, 17.3% ($n = 9$) dos participantes foram acolhidos entre os 3 e os 5 anos, 51.9% ($n = 27$) dos participantes foram acolhidos entre os 6 e os 11 anos, e 21.2% ($n = 11$) foram acolhidos com 12 ou mais anos. Quanto à idade em que cessaram o acolhimento, a maioria dos participantes deixaram de estar acolhidos com 12 ou mais anos ($n = 46$; 88.5%).

Teste t para amostras independentes revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $t(68, 58) = -6.233$, $p < .001$, sendo os pais ex-acolhidos mais novos ($M = 33.61$, $DP = 5.71$, 21 - 50), do que os pais nunca acolhidos ($M = 40.29$, $DP = 5.71$, 22 - 55) (ver Tabela 1).

Tabela 1.

Caracterização da Amostra

	Amostra Total	<i>n</i> (%)	Amostra de pais ex-	<i>n</i> (%)	Amostra de pais	<i>n</i> (%)
	<i>M</i> ± <i>DP</i>		acolhidos		nunca acolhidos	
			<i>M</i> ± <i>DP</i>		<i>M</i> ± <i>DP</i>	
Sexo (% mães)		220 (89.4%)		42 (80.8%)		178 (91.8%)
Idade (anos)	38.94 ± 6.55		33.61 ± 6.98		40.21 ± 5.71	
Situação profissional (%)						
Empregado		224 (91.1%)		45 (86.5%)		179 (92.3%)
Desempregado		22 (8.9%)		7 (13.5%)		15 (7.7%)
Estado civil (%)						
Casado		161 (65.4%)		19 (36.5%)		142 (73.2%)
Solteiro		60 (24.4%)		28 (53.8%)		32 (16.5%)
Separado ou divorciado		24 (9.8%)		5 (9.6%)		19 (9.8%)
Viúvo		1 (0.4%)				1 (0.5%)
Habilitações literárias (%)						
Curso superior		141 (57.3%)		13 (25%)		128 (66%)

Autorregulação em pais com histórias de acolhimento

Até 12 anos de escolaridade	105 (42.7%)	39 (75%)	66 (34%)
Número de elementos do agregado familiar			
Nº de adultos	2.01 ± 0.77	1.98 ± 1.02	2.02 ± .69
Nº de crianças	1.74 ± 0.75	1.69 ± .80	1.76 ± .74

Nota. DP= Desvio-Padrão

2.2. Instrumentos

2.2.1. *Questionário Sociodemográfico e da história de acolhimento*

Foi solicitado aos pais e às mães o preenchimento de um questionário sobre características sociodemográficas, desenvolvido no âmbito do presente estudo. O questionário integra duas secções: (1) dados individuais (e.g., sexo, idade, estado civil, escolaridade, vivência em acolhimento, situação no trabalho atual) e (2) do contexto familiar (e.g., composição do agregado familiar, rendimento familiar do agregado).

2.2.2. *Questionário (Adverse Childhood Experiences-International Questionnaire) (World Health Organization, 2012; versão adaptada)*

Foi solicitado aos participantes o preenchimento de um questionário que avalia a história de adversidade na infância e adolescência através de um conjunto de perguntas que se referem às experiências ao longo dos primeiros 18 anos de vida. Esta é uma medida retrospectiva de autorrelato que pretende avaliar a história de adversidade na infância e na adolescência. Para o presente estudo, foram administrados 14 itens, sendo que cada item é cotado com base numa escala de Likert de quatro pontos que varia entre 0 (*Nunca*) a 3 (*Muitas vezes*). As questões abordam diferentes formas de mau-trato, como: (1) *negligência física* (3 itens; e.g., Item 1., “Com que frequência os seus pais ou outros cuidadores não lhe davam comida suficiente, mesmo quando facilmente o podiam fazer”); (2) *abuso psicológico/emocional* (2 itens; e.g., Item 4., “Algum dos seus pais, cuidador, ou outra pessoa que vivesse na sua casa, gritou consigo, chamou-lhe nomes, insultou-o ou humilhou-o?”); (3) *abuso sexual* (4 itens; e.g., Item 8., “Alguém lhe tocou ou o acariciou sexualmente quando não queria?”); (4) *abuso físico* (2 itens; e.g., Item 7., “Algum dos seus pais, cuidador, ou outra pessoa que vivesse na sua casa, o atingiu ou feriu com um objeto como um pau (ou vara), garrafa, taco, faca, chicote, etc?”); e (5) *violência doméstica* (3 itens; e.g., Item 14., “Com que frequência viu ou ouviu, na sua casa, alguém gritar com, chamar nomes, insultar ou humilhar algum dos seus pais ou outra pessoa que lá vivesse?”). Recodificaram-se as respostas dos participantes à escala, de forma que quando os participantes respondem Uma vez, Algumas vezes ou Muitas vezes, é considerado que tenham sofrido mau-trato e a resposta é codificada com 1. Caso contrário, quando os participantes respondem Nunca, é codificada como Não, ou seja, é considerado que o participante não sofreu o mau-trato e a resposta é codificada com 0.

2.2.3. *Me as a Parent* (Maap; versão portuguesa: Marques, Cadete, Barros & Pereira, 2015)

Foi solicitado aos participantes o preenchimento da escala MaaP, uma escala multifatorial, que avalia a percepção dos pais e das mães em relação à sua autorregulação parental, composto por 16 itens que pretendem medir três crenças globais relacionadas entre si, onde se destacam afirmações sobre a parentalidade. Cada item é cotado com base numa escala de Likert de cinco pontos que varia entre 1 (*discordo fortemente*) a 5 (*concordo fortemente*). Os itens estão distribuídos pelas seguintes três subescalas, que no seu conjunto representam crenças globais acerca da autorregulação parental: (1) *autoeficácia* (4 itens) (i.e., crenças acerca da capacidade de superação/resolução de problemas; e.g., Item 3., “Tenho confiança em mim como pai/mãe”); (2) *gestão pessoal* (4 itens) (i.e., locus de controlo, esforço; e.g., Item 9., “Frequentemente sinto-me impotente em relação ao comportamento do meu filho”); (3) *autocontrolo* (8 itens) (i.e., estabelecimento de metas, autocontrolo e autoavaliação frente a critérios de desempenho; e.g., Item 6., “Quando são necessárias mudanças na minha família sou bom/a a definir objetivos para alcançar essas mudanças”, bem como a resolução independente de problemáticas e autonomia/autossuficiência, por meio dos próprios recursos dos pais ou na identificação de recursos externos apropriados; e.g., “Sei como resolver a maioria dos problemas que surgem na parentalidade”).

No estudo de validação original, esta escala multidimensional, prevista para refletir uma construção subjacente – i.e., a autorregulação parental – apresentou uma consistência interna adequada para a escala total (*alfa* (α) de *Cronbach* de .86) e para cada uma das suas subescalas (à exceção da subescala *gestão pessoal*, com α de *Cronbach* de .49). Pontuações mais altas refletem níveis mais elevados de cada construto e, por consequência, maior percepção de autorregulação parental, com exceção do construto da *gestão pessoal*, onde pontuações mais baixas refletem *gestão pessoal* mais alta (Hamilton et al., 2014; Marques & Pereira., 2017). No presente estudo, foram calculadas as três subescalas (i.e., *Autoeficácia*, *Gestão pessoal* e *Autocontrolo*), previstas para medir a Escala Total (i.e., *Autorregulação Parental*). Procedeu-se primeiramente à inversão dos itens da subescala *Gestão Pessoal*. O cálculo de cada subescala resulta do somatório dos itens. De notar que pontuações mais altas refletem níveis mais elevados de cada construto, ou seja, maior percepção de autorregulação parental. Observou-se neste estudo uma boa consistência interna para a escala total (*alfa* (α) de *Cronbach* de .89), para a subescala da *autoeficácia* (α de *Cronbach* de .90) e para a de *autocontrolo* (α de *Cronbach* de .85). A subescala da *gestão pessoal* revelou uma baixa consistência interna (α de *Cronbach* de .50).

2.3. Procedimento de recolha e análise de dados

O presente estudo encontra-se integrado num projeto de investigação mais vasto previamente aprovado pela Comissão de Ética do ISCTE-IUL (parecer 79/2020). O projeto foi divulgado junto de associações de apoio a jovens ex-acolhidos, de casas de acolhimento e outros serviços de apoio social para crianças e jovens em risco ou perigo, nas redes sociais e em escolas. Num primeiro momento, foi solicitado aos participantes o preenchimento online de um conjunto de questionários. Num segundo momento do projeto, aos participantes que se mostrassem disponíveis, era administrada uma entrevista sobre parentalidade por telefone. Este estudo incorpora dados recolhidos na primeira fase do projeto. Tanto na primeira como na segunda fase do projeto, foi solicitado e obtido junto de todos os participantes os respetivos consentimentos informados. O presente estudo inclui os seguintes critérios de inclusão: (1) ter mais de 18 anos de idade, (2) ter pelo menos um/a filho/a até aos 15 anos de idade, (3) saber ler e escrever em português, e (4) residir em Portugal. Quando os pais tinham mais do que um filho até aos 15 anos de idade, era solicitado que respondesse aos questionários reportando-se ao filho/a mais novo.

2.4. Estratégia Analítica

Inicialmente, procedeu-se ao cálculo das estatísticas descritivas. De seguida, foram realizados testes de diferenças entre os grupos (pais ex-acolhidos versus pais nunca acolhidos) e análises de associação entre as variáveis em análise. Por fim, recorrendo ao software PROCESS, foi testado o papel moderador do grupo (pais ex-acolhidos versus pais nunca acolhidos) na relação entre a exposição a experiências adversas na infância e a autorregulação parental.

Capítulo III. Resultados

3.1. Estatísticas Descritivas

3.1.1. *Diversos tipos de mau-trato: Amostra Total, Pais ex-acolhidos e Pais nunca acolhidos*

Na tabela 2 estão expostas as frequências e as percentagens dos diversos tipos de mau-trato reportados pelos participantes. É possível verificar que o abuso emocional foi o tipo de mau-trato mais frequentemente reportado em ambos os grupos de pais ex-acolhidos e de pais nunca acolhidos. O tipo de mau-trato menos frequentemente reportado foi o abuso sexual, novamente em ambos os grupos.

Tabela 2.

Frequências absolutas e relativas dos diversos tipos de mau-trato: Amostra Total, Pais ex-acolhidos e Pais nunca acolhidos

	Amostra Total		Pais ex-acolhidos		Pais nunca acolhidos	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Abuso Emocional, <i>sim</i>	132	53.7	39	75	93	47.9
Abuso Físico, <i>sim</i>	99	40.2	34	65.4	65	33.5
Abuso Sexual, <i>sim</i>	64	26.0	24	46.2	40	20.6
Violência Doméstica, <i>sim</i>	119	48.4	37	71.2	82	42.3
Negligência Física, <i>sim</i>	72	29.3	37	71.2	35	18

3.1.2. Autorregulação Parental e mau-trato cumulativo: Estatísticas Descritivas e Diferenças entre os grupos

Na Tabela 3, são apresentadas as estatísticas descritivas e resultado dos testes de comparação entre os grupos dos pais ex-acolhidos e nunca acolhidos, das principais variáveis em análise. Neste estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à variável mau-trato cumulativo, tendo estado os pais ex-acolhidos ($M = 3.29$, $DP = 1.60$) expostos a uma maior diversidade de experiências comparativamente aos pais nunca acolhidos ($M = 1.62$, $DP = 1.51$) ($t(244) = 6.974$, $p < .001$). Por exemplo, enquanto a maioria dos pais ex-acolhidos estiveram expostos a 3 ou mais tipos de maus-tratos, grande parte dos pais nunca acolhidos esteve exposto a 0 ou 1 tipo de mau-trato (ver Tabela 4). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para a escala total e subescalas do MaaP.

Tabela 3.

Autorregulação Parental e Mau-Trato Cumulativo: Estatísticas Descritivas e Diferenças entre Amostra de pais ex-acolhidos e nunca acolhidos

	Amostra		Pais		Pais nunca		Teste <i>t</i>
	Total		ex-acolhidos		acolhidos		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Autorregulação Parental							
Autoeficácia	16.4	2.62	16.6	3.40	16.3	2.37	.486
Autocontrolo	31.9	4.46	32.8	6.13	31.6	3.86	1.353
Gestão Pessoal	17.1	1.92	17.0	2.25	17.1	1.90	-.276
Autorregulação Parental (Total)	21.8	2.54	22.1	3.37	21.7	2.27	.921
Mau-trato cumulativo	2.0	1.67	3.29	1.60	1.62	1.51	6.974****

Nota. **** $p < .001$

3.1.3. Exposição cumulativa aos maus-tratos: Amostra Total, Pais ex-acolhidos e Pais nunca acolhidos

Na Tabela 4, são apresentadas as experiências cumulativas de exposição à adversidade precoce para os grupos de participantes no presente estudo. Observou-se que a maioria dos pais ex-acolhidos estiveram expostos a 3+ tipos de mau-trato. Pelo contrário, os pais nunca acolhidos revelam ter estado expostos a 0 ou a 1 experiência de mau-trato.

Tabela 4.

Exposição Cumulativa a Experiências Adversas

Número de Experiências Adversas Precoces	Amostra		Pais ex-acolhidos		Pais nunca acolhidos	
	Total <i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
0	69	28.0	4	7.7	65	33.5
1	38	15.4	5	9.6	33	17.0
2	46	18.7	5	9.6	41	21.1
3	39	15.9	12	23.1	27	13.9
4	31	12.6	10	19.2	21	10.8
5	23	9.3	16	30.8	7	3.6

3.2. Associações entre variáveis

Nas tabelas 5 a 7 são apresentadas as correlações entre as variáveis do estudo referentes à Amostra Total e a cada um dos grupos: pais ex-acolhidos e pais nunca acolhidos.

3.2.1. Amostra Total

Na Tabela 5 apresentam-se as correlações entre as variáveis do estudo para a amostra total. Contataram-se correlações significativas e negativas entre o mau-trato cumulativo e a autorregulação parental ($r = -.166, p = .010$) e as dimensões da mesma, nomeadamente gestão pessoal ($r = -.127, p = .049$), autocontrolo ($r = -.129, p = .044$) e autoeficácia ($r = -.168, p = .009$). Em adição, verificou-se que a idade do cuidador estava positivamente correlacionada com a autorregulação parental ($r = .127, p = .048$) e o autocontrolo ($r = .132, p = .040$). O mau-trato cumulativo surgiu negativamente correlacionado com a idade do cuidador ($r = -.280, p < .01$) e a idade da criança ($r = -.170, p = .007$).

Tabela 5.

Associações entre variáveis: Amostra Total

Amostra Total	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Idade cuidador									
2. Idade criança	.468**								
3. Sexo cuidador ^a	-.105	-.134*							
4. Sexo criança ^a	.017	-.018	.078						
5. Mau-trato cumulativo	-.280**	-.170**	.037	-.050					
6. Autoeficácia	.085	-.058	-.013	.038	-.168**				
7. Autocontrolo	.132*	-.081	-.001	.089	-.129*	.838**			
8. Gestão Pessoal	.080	.044	.005	.031	-.127*	.279**	.293**		
9. Autorregulação Parental	.127*	-.056	-.004	.073	-.166**	.905**	.947**	.526**	

Nota. Todos os resultados, correlações de coeficiente de Pearson; à exceção de ^a, correlação de ponto biserial. * $p < .05$, ** $p < .01$.

3.2.2. Pais ex-acolhidos

Na tabela 6, apresentam-se as correlações entre as variáveis do estudo para a amostra de pais ex-acolhidos. Não foram observadas quaisquer correlações estatisticamente significativas entre o mau-trato cumulativo e a autorregulação parental e as respectivas subescalas, tal como demonstrado na tabela 6. Não obstante, verificou-se que a autorregulação parental estava positivamente correlacionada com a idade do cuidador ($r = .279, p = .047$), assim como negativamente correlacionada com a idade da criança ($r = -.283, p = .042$). O mesmo sucede com o autocontrolo, positivamente correlacionado com a idade do cuidador ($r = .281, p = .046$) e negativamente correlacionado com a idade da criança ($r = -.314, p = .024$). Também o mau-trato cumulativo se revelou negativamente correlacionado com a idade do cuidador ($r = -.280, p = .047$), e a idade da criança ($r = -.340, p = .014$).

Tabela 6.

Associações entre variáveis: Pais ex-acolhidos

Pais ex-acolhidos	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Idade cuidador									
2. Idade criança	.364**								
3. Sexo cuidador ^a	.114	-.197							
4. Sexo criança ^a	.168	-.021	.435**						
5. Mau-trato cumulativo	-.280*	-.340*	-.120	-.400**					
6. Autoeficácia	.237	-.245	.079	.286*	-.218				
7. Autocontrolo	.281*	-.314*	.152	.252	-.204	.877**			
8. Gestão Pessoal	.118	-.048	.127	.182	.069	.230	.292*		
9. Autorregulação Parental	.279*	-.283*	.147	.289*	-.181	.919**	.966**	.477**	

Nota. Todos os resultados, correlações de coeficiente de Pearson; à exceção de ^a, correlação de ponto biserial.* p < .05, ** p < .01.

3.2.3. Pais nunca acolhidos

Na tabela 7, apresentam-se as correlações entre as variáveis do estudo para a amostra de pais nunca acolhidos. Constataram-se correlações significativas e negativas entre o mau-trato cumulativo e a autorregulação parental ($r = -.235, p = .001$) e as dimensões da mesma, nomeadamente gestão pessoal ($r = -.199, p = .006$), autoeficácia ($r = -.199, p = .006$) e autocontrolo ($r = -.194, p = .007$). Adicionalmente, verificou-se que a idade do cuidador estava positivamente correlacionada com o autocontrolo ($r = .166, p = .022$).

Tabela 7.

Associações entre variáveis: Pais nunca acolhidos

Pais nunca acolhidos	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Idade cuidador									
2. Idade criança	.477**								
3. Sexo cuidador ^a	-.123	-.067							
4. Sexo criança ^a	.035	.007	-.076						
5. Mau-trato cumulativo	-.093	-.023	.013	-.014					
6. Autoeficácia	.062	.049	-.072	-.063	-.199**				
7. Autocontrolo	.166*	.081	-.121	.007	-.194**	.818**			
8. Gestão Pessoal	.078	.080	-.047	-.015	-.199**	.304**	.304**		
9. Autorregulação Parental	.137	.085	-.107	-.022	-.235**	.898**	.937**	.558**	

Nota. Todos os resultados, correlações de coeficiente de Pearson; à exceção de ^a, correlação de ponto biserial. * p < .05, ** p < .01.

3.3. Predição da Autorregulação Parental

De seguida, foi testado o papel moderador da vivência em acolhimento residencial na relação entre o mau-trato cumulativo e cada uma das dimensões da autorregulação parental. O sexo e a idade do cuidador e da criança foram introduzidos nos modelos enquanto variáveis de controlo.

3.3.1. Autorregulação parental (escala total)

Inicialmente foi testado o papel moderador da vivência prévia em acolhimento residencial na relação entre os maus-tratos cumulativos e a autorregulação parental (escala total), controlando o possível efeito do sexo e idade dos pais e da criança. O modelo revelou-se estatisticamente significativo ($F(7,234) = 3.70, p < .001$), explicando 10% da variância. A vivência prévia em acolhimento não emergiu como um moderador significativo ($B = -.022, p = .931$). A idade do cuidador ($B = .095, p = .001$) e a idade da criança ($B = -.140, p = .015$) revelaram-se preditores individuais da autorregulação parental. Não foram identificados quaisquer outros preditores da autorregulação parental.

3.3.2. Autoeficácia

Quanto à autoeficácia, percebeu-se que o modelo se revela significativo e explica 6.8% ($R^2 = .068$) da variação da autoeficácia parental $F(7,234) = 2.432, p = .020$, não existindo um efeito moderador significativo ($B = .157, p = .554$). Simultaneamente, a idade do cuidador ($B = .065, p = .036$) e a idade da criança ($B = -.129, p = .033$) revelaram-se preditores individuais da autoeficácia parental. Não foram identificados quaisquer outros preditores da autoeficácia parental

3.3.3. Autocontrolo

Quanto ao autocontrolo, observou-se que o modelo se revela significativo e explica 11.8% ($R^2 = .118$) da variação do autocontrolo, com $F(7,234) = 4.471, p < 0.001$, não se confirmando um efeito moderador-significativo ($B = .239, p = .585$). Apesar disso, constatou-se um efeito significativo do acolhimento residencial sobre o autocontrolo ($B = -3.77, p = .012$), onde se revela uma diminuição do autocontrolo para os pais que nunca estiveram acolhidos, contrariamente aos pais ex-acolhidos. Também a idade em anos do cuidador ($B = .194, p < 0.001$) e a idade em anos da criança ($B = -.302, p = .003$) se revelaram preditores individuais significativos.

3.3.4. Gestão Pessoal

Quanto à gestão pessoal, o modelo não se revelou estatisticamente significativo. No entanto, o efeito moderador mau-trato cumulativo-X-vivência em acolhimento residencial emergiu como um preditor da gestão pessoal ($B = -.462, p = .022$): o mau-trato cumulativo é preditor da gestão pessoal em pais nunca acolhidos ($B = -.239, p = .011$), mas não em pais com uma história de acolhimento residencial ($B = .223, p = .214$). Não foram identificados quaisquer outros preditores estatisticamente significativos da gestão pessoal.

Capítulo IV. Discussão

O presente estudo teve como objetivo contribuir para o atual estado de arte, inovando ao explorar as associações entre as experiências cumulativas de mau-trato na infância, a vivência (ou não) em AR e a autorregulação parental. Em adição, foi ainda objetivo deste trabalho explorar o papel moderador da vivência em AR na relação entre o mau-trato precoce e a autorregulação parental.

Primeiramente, importa salientar a congruência entre resultados deste estudo e a literatura no que respeita às EAP mais comuns. O abuso emocional emergiu como o tipo de mau-trato mais frequentemente reportado pelos pais em ambos os grupos, o que veio corroborar resultados de estudos anteriores (Gudmunson et al., 2013; Merrick et al., 2018). Também a violência doméstica se revelou como a experiência precoce adversa frequentemente reportada pelos cuidadores em ambos os grupos. Tais resultados vêm comprovar a incidência crescente da exposição à violência doméstica abordada na literatura científica (CNPDPJCJ, 2021; Flury et al., 2010; RASI, 2020).

No presente estudo, foram identificadas diferenças entre os grupos no mau-trato cumulativo, tendo os pais que viveram em AR reportado um maior número de experiências adversas. Estes resultados parecem corroborar a literatura nacional e internacional, com o AR associado à exposição a eventos adversos, que se constituem frequentemente como o motivo que originou a retirada (e.g., Abram et al., 2004). Os nossos resultados indicaram ainda que os pais ex-acolhidos foram pais mais cedo quando comparados com pais nunca acolhidos. Estes resultados vão ao encontro das conclusões de investigações internacionais que, apesar de escassas, revelaram a discrepância entre ex-acolhidos e nunca acolhidos no que concerne à idade em que assumem a parentalidade. De mencionar que, no caso de pais ex-acolhidos, estes tendem a ser pais em idades mais precoces (e.g., Courtney et al., 2012; Osgood et al., 2010). A literatura internacional aponta ainda para uma maior prevalência de gravidez precoce entre os pais ex-acolhidos, em comparação com pais nunca acolhidos (e.g., Cashmore & Paxman, 1996; Dixon & Stein, 2002), existindo assim uma clara relação entre ter vivido em AR e ser mãe/pai precocemente (e.g., Coler, 2018). Mais ainda, autores mencionam uma relação entre parentalidade jovem e o género, afirmando que a maternidade jovem geralmente está relacionada ao desenvolvimento da identidade feminina, bem como ao sentido de proteção e cuidado (e.g., Coleman & Cater, 2006; Rolfe, 2008). Tornar-se mãe após vivência em AR pode ser encarado como uma forma de criar relacionamentos amorosos e duradouros, tornando-se

uma experiência emocionalmente corretiva de relacionamentos rompidos no passado (e.g., Aparicio et al., 2015; Pryce & Samuels, 2010).

Neste estudo, verificou-se que o mau-trato cumulativo não estava significativamente associado à autorregulação parental e respectivas subescalas, no que concerne ao grupo de pais ex-acolhidos. A literatura encontrada garante que estes pais ex-acolhidos vivenciam mais experiências adversas, pelo que a transição para a parentalidade se pode revelar mais desafiante e menos informada (Adley & Kina, 2015; Osgood et al., 2010). No entanto, ainda no que diz respeito aos pais ex-acolhidos, quando analisado o autocontrolo e a idade do cuidador, percebemos que quanto maior a idade do cuidador, maior se revela o seu autocontrolo. Ou seja, quanto maior a idade do cuidador, maior se revela a sua capacidade de autogestão, i.e., o estabelecimento de metas, controlo e autoavaliação em relação a critérios de desempenho, a fim de se tornarem autossuficientes (Hamilton et al., 2014). Tal resultado parece indicar que, à medida que aumenta a maturidade destes pais, maior se revela a sua capacidade no recurso a ferramentas e habilidades para alterar as suas práticas parentais (Marques & Pereira., 2017), mesmo em situações desafiadoras no processo de educação dos filhos (e.g., Buyukcan-Tetik et al., 2015). Mais ainda, o resultado descrito sugere que a exposição a maus-tratos precoces pode não conduzir invariavelmente a dificuldades na parentalidade futura (Augustyn et al., 2019; Pears & Capaldi, 2001). Fatores como o baixo nível de stress, a qualidade das relações interpessoais, a regulação emocional e resiliência (Briheim-Crookall et al., 2020) podem ser imprescindíveis de considerar no estudo da parentalidade destes adultos. Autores revelaram que prolongar a saída do AR revelou-se um fator de proteção em múltiplos domínios, nomeadamente na prevenção da gravidez e parentalidade em idade precoce (Courtney & Okpych., 2017).

Respeitante ao grupo de pais nunca acolhidos, foram identificadas associações estatisticamente significativas entre o mau-trato cumulativo e a autorregulação e respectivas subescalas. Mais concretamente, os resultados evidenciaram que quanto menor o número de experiências adversas às quais os pais estiveram expostos, maior se revela a sua competência de autorregulação parental. O mesmo sucede com as subescalas de gestão pessoal, autoeficácia e autocontrolo. Tais resultados apontam para o impacto potencialmente negativo do mau-trato cumulativo na parentalidade, indo ao encontro da literatura, que revela relações entre o número de experiências adversas e consequências no funcionamento dos sobreviventes, i.e., cada EAP adicional vai aumentar exponencialmente o risco de um maior impacto na saúde mental do adulto (Felitti et al., 1998; Boullier & Blair, 2018), nas práticas parentais (Herbell & Bloom., 2020; Savage et al., 2019), ao nível da responsividade (Savage et al., 2019), e menor adaptação

(Helitzer et al., 2015). Simultaneamente, tal como sucedeu com o grupo de pais ex-acolhidos, a idade do cuidador e o autocontrolo mostraram-se positivamente relacionados, o que revela que maior a idade do cuidador, maior a competência de autocontrolo.

A vivência (ou não) em AR não surgiu como um moderador significativo da relação entre o mau-trato cumulativo e a escala total de autorregulação e as subescalas de autoeficácia e de autocontrolo. Já para a escala da gestão pessoal, foi observado um efeito moderador da vivência em AR: a associação entre o mau-trato cumulativo e a gestão pessoal revelou-se estatisticamente significativa, mas apenas para os pais nunca acolhidos. Entre os pais ex-acolhidos, não foi identificada uma associação entre o mau-trato cumulativo e a gestão pessoal. Autores sugerem que esta competência (gestão pessoal) é tanto melhor quanto mais os pais se percebem como capazes de assumir o controlo das suas vidas e da sua parentalidade. Tal gestão pessoal vai possibilitar-lhes um locus de controlo interno e habilidades de enfrentamento beneficiadoras ao exercício da função parental (Byrne & Rodrigo, 2011). Quando o contrário acontece, existe uma tendência crescente à depressão e a interações menos eficazes com os filhos (Donovan & Leavitt, 1989).

O efeito moderador acima descrito parece ser apoiado por resultados da literatura internacional, que embora escassa, indica que a parentalidade é alcançada de forma responsável entre os pais e as mães com histórias de acolhimento e que impacta de forma positiva com o seu funcionamento (Barn & Mantovani, 2007; Biehal & Wade, 1996). Um estudo britânico focado especificamente em pais ex-acolhidos revelou como a parentalidade teve resultados benéficos para os cuidadores, permitindo-lhes o desenvolvimento pessoal e o sentido de família (Coler, 2018). A literatura internacional sugere que o bem-estar após a saída do acolhimento é um fator chave para um menor sentimento de solidão, baixos níveis de stress, relações calorosas, maior estabilidade em termos de habitação, maior predominância de emoções positivas, menor propensão a consumos e à criminalidade, maior capacidade de resiliência, bem como para a promoção da parentalidade positiva (Briheim-Crookall et al., 2020).

4.1. Limitações do estudo e sugestões para investigação futura

O presente estudo procurou fazer uma importante contribuição para a literatura, ao se ter proposto a explorar um tópico pobremente analisado – i.e., as associações entre os maus-tratos cumulativos e competências parentais como a autorregulação parental, e o papel moderado da vivência em AR. Apesar das contribuições do estudo, os resultados devem ser interpretados à luz de suas limitações.

Uma das limitações deste estudo decorre da heterogeneidade no que respeita à composição da amostra de participantes, sendo composta maioritariamente por pais da comunidade e por um número reduzido de pais com experiências de acolhimento. Estudos futuros beneficiariam de uma amostra mais representativa de pais ex-acolhidos. Para que tal aconteça, urge a necessidade de o Sistema de Promoção e Proteção reconhecer estes pais com um estatuto de ex-acolhidos, bem como beneficiadores dos mais variados tipos de suporte (e.g., programas de acompanhamento e aconselhamento parental). Para além disto, neste estudo não foi tido em conta o tempo que os pais ex-acolhidos estiveram em situação de AR e as suas trajetórias após a saída do acolhimento. Importa frisar que, este estudo, não questionou os cuidadores ex-acolhidos acerca da qualidade das relações e as mudanças de colocação em situação de AR, variáveis importantes no que concerne à continuidade da vivência de adversidade e, por consequência, impactante ao nível da parentalidade precoce e da saúde mental (e.g., Guyon-Harris et al., 2019; McGuire et al., 2018). Destaca-se a importância de explorar estas variáveis em estudos subsequentes.

De igual modo, e apesar de ter sido recolhida literatura acerca da negligência emocional, esta forma de mau-trato não foi contemplada. Estudos futuros deverão tê-la em consideração. A investigação revela este tipo de mau-trato com elevada prevalência e representativa de graves consequências a longo prazo (e.g., Sethi et al., 2013; Stoltenborgh et al., 2013).

Já no que concerne à escala da autorregulação parental, de destacar a subescala da gestão pessoal, pois veio levantar questões acerca da sua fiabilidade, dado a sua inaceitável consistência interna (Pereira & Patrício, 2016). Tal facto vem reforçar a ideia de Hamilton e colaboradores (2014) acerca da necessidade de criação de ferramentas de medida destinadas a captar as perceções parentais globais nas dimensões da autorregulação.

Adicionalmente, e tendo em conta que a amostra incluiu maioritariamente mães, propõe-se testes adicionais que reforcem a necessidade da participação paterna. Conjuntamente, seria interessante analisar a capacidade de autorregulação e as suas relações com variáveis de interesse em função da idade da criança, dado que as exigências na parentalidade podem ser diferentes conforme os estádios de desenvolvimento de cada criança/jovem (Hamilton et al., 2014). Isto porque os pais podem sentir-se particularmente eficazes ou ineficazes com tarefas parentais específicas quando cuidam de uma criança num determinado estágio de desenvolvimento, porém a sua competência de autorregulação relativamente a experiências parentais mais globais pode revelar-se diferente (Hamilton et al., 2014). Acresce o facto de os pais terem respondido ao questionário durante a pandemia por COVID-19. De acordo com a literatura, a COVID-19 pode alterar, de grosso modo, a forma como os pais encaram a

parentalidade, dadas as implicações negativas para a saúde mental (e.g., depressão, níveis de stress aumentados) e relações familiares dos pais e filhos (e.g., Elder & Greene, 2021; Feinberg et al., 2021).

Os contributos deste estudo devem estender-se à exploração do papel de outras variáveis, promovendo o aprofundamento do conhecimento científico incorporando a avaliação da saúde mental dos cuidadores ex-acolhidos e nunca acolhidos, o tempo de permanência em AR e as transferências em contexto de AR dos cuidadores ex-acolhidos.

4.2. Implicações para a prática

Não obstante as limitações apresentadas, importa clarificar o contributo deste estudo para o atual estado de arte no que concerne ao mau-trato precoce, acolhimento e autorregulação parental. O presente estudo permitiu investigar, alertar e trazer à discussão as relações entre os maus-tratos e a autorregulação parental, e o papel do AR. A este respeito, sublinhe-se que a inexistência de literatura espelha a carência de práticas e políticas públicas que incentivem o desenvolvimento pessoal e a inclusão social dos jovens pais ex-acolhidos. A adicionar, a associação significativa encontrada entre o mau-trato e a autorregulação parental no grupo de pais nunca acolhidos, veio informar a prática, não só para a necessidade de aprimoramento do estudo dos próprios processos de autorregulação dos pais, em consonância com estratégias de regulação emocional, destacando-se a necessidade de melhoria nas habilidades e competências de autorregulação parental, como também para a necessidade de programas de intervenção, incluindo programas preventivos (e.g., Triple P), na comunidade, que visem atenuar o potencial impacto dos maus-tratos precoces na parentalidade. Como tal, dado o reconhecimento crescente de que os maus-tratos infantis representam uma preocupação de saúde pública e um sério problema social, a pesquisa realizada mostrou a necessidade do aprimoramento do papel das comunidades no fortalecimento dos fatores de proteção no ambiente infantil e na prestação de serviços de prevenção direcionados a diferentes segmentos da população, por forma a enfatizar a promoção do bem-estar infantil. Este foco permitiria, não só avanços na pesquisa, como também uma maior compreensão dos resultados negativos nas crianças que não vivenciam relacionamentos estáveis e estimulantes com os pais ou outros cuidadores com responsabilidade face à(s) criança(s).

Conclusão

Este estudo teve como objetivo aprofundar o conhecimento existente acerca do impacto da exposição à adversidade precoce na autorregulação parental, e explorar o papel do acolhimento residencial na relação acima referida. Esta é uma temática pobremente analisada na literatura. De uma forma global, e tal como seria de esperar, os resultados deste estudo indicaram que os pais ex-acolhidos estiveram expostos a um maior número de eventos adversos, comparativamente aos pais da comunidade. No entanto, não foram identificadas diferenças entre aqueles dois grupos no que concerne à competência de autorregulação parental. Este resultado parece indicar que a vivência em AR pode não conduzir, por si só, a dificuldades na parentalidade.

As conclusões acima descritas salientam a importância de, futuramente, se explorar fatores que podem revelar-se protetores da parentalidade dos adultos ex-acolhidos, bem como a urgência da necessidade de programas de apoio contínuos e abrangentes, também para pais da comunidade sem histórias de acolhimento, através do desenho, avaliação da eficácia e monitorização de programas promotores de competências parentais.

Fontes

Lei n.º 147/99. (1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. Diário da República, I Série-A, 204, 6115-6132.

Referências bibliográficas

- Abram, K., Teplin, L., Charles, D., Longworth, S., McClelland, M., & Dulcan, K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 403–410
- Adley, N., & Kina, V. (2015). Getting behind the closed door of care leavers: understanding the role of emotional support for young people leaving care. *Child & Family Social Work*. <https://doi.org/10.1111/cfs.12203>
- Allen, B. (2008). An Analysis of the Impact of Diverse Forms of Childhood Psychological Maltreatment on Emotional Adjustment in Early Adulthood. *Child Maltreatment*, 13(3), 307–312. <http://dx.doi.org/10.1177/1077559508318394>
- Anda, R., Croft, J., Felitti, V., Nordenberg, D., Giles, W., Williamson, D., & Giovino, G. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1652–1658.
- Anda, R., Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C., Perry, B., Dube, S., & Giles, W. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Aparicio, E., Pecukonis, E., & O’Neale, E. (2015). “The love that I was missing”: Exploring the lived experience of motherhood among teen mothers in foster care. *Children and Youth Services Review*, 51, 44–54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.02.002>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011) *Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender intervir e prevenir* [Manual]. Lisboa (ISBN: 978-972-8852-50-4)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2016). Estatísticas APAV. *Homens vítimas de violência doméstica 2013-2015*.
- Augustyn, M., Thornberry, T., & Henry, K. (2019). The reproduction of child maltreatment: An examination of adolescent problem behavior, substance use, and precocious transitions in the link between victimization and perpetration. *Dev Psychopathol*, 31(1). <https://doi.org/10.1017/S0954579418001633>
- Barn, R., & Mantovani, N. (2007). Young mothers and the care system: Contextualizing risk and vulnerability. *British Journal of Social Work*, 37, 225–243. doi:10.1093/bjsw/bcl002
- Barros, L., Pereira, A., & Goes, A. (2015). Parental self-regulation, emotional regulation and temperament: Implications for intervention. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 295–306. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200013>
- Barth, J., Bermetz, L., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58, 469–483.
- Ben-David, V., Jonson-Reid, M., Drake, B., & Kohl, P. (2015). The association between childhood maltreatment experiences and Journal Pre-proof Journal Pre-proof the onset of maltreatment perpetration in young adulthood controlling for proximal and distal risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 46, 132–141. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.013>
- Bentovim, A., & Tranter, M. (1988). The sexual abuse of children and the courts. *Issues in Criminological & Legal Psychology*, 13, pp. 55–61
- Berens, A., & Nelson, C. (2015). The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children? *The Lancet*, 1–11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61131-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61131-4)
- Berzenski, S., & Yates, T. (2011). Classes and Consequences of Multiple Maltreatment: A Person-Centered Analysis. *Child Maltreatment*, 16(4), 250–261. <https://doi.org/10.1177/1077559511428353>
- Berzenski, S., Madden, A., & Yates, T. (2018). Childhood emotional abuse characteristics moderate associations with adult psychopathology and caregiving. *Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.06.004>

- Bhatt, R. (1998). Domestic violence and substance abuse. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63(1).
- Biehal, N., & Wade, J. (1996). Looking back, looking forward: Care leavers, families and change. *Children and Youth Services Review*, 18, 425-445.
- Boliero, A. & Guerra, P. (2009). *A criança e a família – Uma questão de direito(s)*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Booster, G., Dupaul, G., Eiraldi, R., & Power, T. (2012). Functional impairments in children with ADHD: Unique effects of age and comorbid status. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), 179–189. <https://doi.org/10.1177/1087054710383239>
- Boullier, M. & Blair, M. (2018). Adverse Childhood Experiences. *Paediatrics and Child Health*. (United Kingdom). <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.008>
- Braham, M., Jedidi, M., Hmila, I., Masmoudi, T., Souguir, M., & Dhiab, M. (2018). Epidemiological aspects of child abuse and neglect in Sousse, Tunisia: A 10- year retrospective study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 54, 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2018.01.003>
- Briheim-Crookall, D., Michelmor, O., Baker, C., Oni, O., Taylor, S., & Selwyn, J. (2020). *What makes life good? Care leavers' views on their well-being Key findings and recommendations* (pp. 1-118). Coram Voice and the Rees Centre.
- Brunton, R., & Dryer, R. (2021). Child Sexual Abuse and Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *Child Abuse & Neglect*. 111. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104802>
- Burns, B., Phillips, S., Wagner, H., Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960–970. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>
- Buyukcan-Tetik, A., Finkenauer, C., Siersema, M., Heyden, K., & Krabbendam, L. (2015). Social relations model analyses of perceived self-control and trust in families. *Journal of Marriage and Family*, 77(1), 209-223. <https://doi.org/10.1111/jomf.12154>
- Byrne, S., & Rodrigo, M. (2011). Social Support and Personal Agency in At-Risk Mothers. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 13-24. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a2>
- Cashmore, J., & Paxman, M. (1996). *Longitudinal study of wards leaving care*. Sydney, Australia: Social Policy research Centre.
- Cecconello, A., De Antoni, C., & Koller, S. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em estudo*, 8, 45-54
- Centers for Disease Control and Prevention. (s.d.). Retrieved from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>
- Chamberlain, C., Gee, G., Harfield, S., Campbell, S., Brennan, S., Clark, Y., Mensah, F., Arabena, K., Herrman, H., & Brown, S. (2019) Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PLoS ONE* 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460>
- Cheong, R., Sinnott, C., Dahly, D., & Kearney, P. (2017). Adverse childhood experiences (ACEs) and later-life depression: perceived social support as a potential protective factor. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013228>
- Coleman, L., & Cater, S. (2006). “Planned” teenage pregnancy: Perspectives of young women from disadvantaged backgrounds in England. *Journal of Youth Studies*, 9, 593-614. <https://doi.org/10.1080/13676260600805721>
- Coler, L. (2018). “I Need My Children to Know That I Will Always Be Here for Them”: Young Care Leavers’ Experiences With Their Own Motherhood in Buenos Aires, Argentina. *SAGE Open*. 1-8. <https://doi.org/10.1177/2158244018819911>

- Colvert, E., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., et al. (2008). Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and Psychopathology*, 20, pp. 547–567
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2021). Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2020. Lisboa. ISSN: 2184-559X
- Conte, J., Wolf, S., & Smith, T. (1989). What sexual offenders tell us about prevention strategies. *Child Abuse & Neglect*, 13(2), 293-301
- Coohey, C., & Braun, N. (1997). Toward an integrated framework for understanding child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21(11), 1081–1094
- Costa, S. & Teixeira, S. (2017). “A história não tem que ser o destino”: O risco psicossocial em crianças com famílias disfuncionais. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7 (1-2), pp. 193-203
- Courtney, M. (2009). The difficult transition to adulthood for foster youth in the US: Implications for the state as corporate parent. *Social Policy Report*, 23(1), 3–18
- Courtney, M., Hook, J., & Lee, J. (2012). Distinct Subgroups of Former Foster Youth during Young Adulthood: Implications for Policy and Practice. *Child Care in Practice*, 18(4), 409-418. <https://doi.org/10.1080/13575279.2012.718196>
- Courtney, M., & Okpych, N. (2017). *Memo from CalYOUTH: Early findings on the relationship between extended foster care and youths' outcomes at age 19*. Chicago: University of Chicago
- Deighton, S., Neville, A., Pusch, D., & Dobson, K. (2018). Biomarkers of adverse childhood experiences: A scoping review. *Psychiatry Res.* 269, 719–732. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.097>
- Dias, A., Sales, L., Hessen, D., & Kleber, R. (2015). Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: the harmful effects of emotional abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 767–778. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0621-0>
- Dietz, P., Spitz, A., Anda, R., Williamson, D., McMahon, P., Santelli, J., Nordenberg, D., Felitti, V., & Kendrick, J. (1999). Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1359–1364.
- Dixon, J., & Stein, M. (2002). *Still a bairn? Through care and after care services in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive Health Department.
- Dong, M., Anda, R., Felitti, V., Dube, S., Williamson, D., Thompson, T., Loo, C., Giles, W. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- Dong, M., Dube, S. R., Felitti, V. J., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: New insights into the causal pathway. *Archives of Internal Medicine*, 163, 1949–1956.
- Donovan, W. & Leavitt, L. (1989). Maternal self-efficacy and infant attachment: Integrating physiology, perception and behavior. *Child Development*, 60, 460–472.
- Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W., & Anda, R. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 110, 564–572.
- Dube, S., Williamson, D., Thompson, T., Felitti, V., & Anda, R. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28, 729–737. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.009>
- Dube, S., Anda, R., Whitfield, C., Brown, D., Felitti, V., Dong, M., & Giles, W. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, pp. 430-438. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.01.015>

- Dube, S., Miller, J., Brown, D., Giles, W., Felitti, V., Dong, M., Anda, R. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health, 38*(4). <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.006>
- Dubowitz, H. (2013). Neglect in Children. *Pediatric Annals, 42*(4), 1-12. <https://doi.org/10.3928/00904481-20130326-11>
- Dubowitz, H., Black, M., Kerr, M., Hussey, J., Morrel, T., Everson, D., & Starr, R. (2001). Type and timing of mothers' victimization: Effects on mother and children. *Pediatrics, 107*(4), 728-735. <https://doi.org/10.1542/peds.107.4.728>
- Elder, L., & Greene, S. (2021). A Recipe for Madness: Parenthood in the Era of Covid-19. *Social Science Quarterly*. <https://doi.org/10.1111/ssqu.12959>
- Fang, X., & Corso, P. (2007). Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence: Developmental relationships. *American Journal of Preventive Medicine, 33*(4), 281-290. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.06.003>
- Feinberg, M., Mogle, J., Lee, J., Tornello, S., Hostetler, M., Cifelli, J., Bai, S., & Hotez, E. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Parent, Child, and Family Functioning. *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/famp.12649>
- Felitti, V. (2009). Adverse Childhood Experiences and Adult Health. *Academic Pediatrics, 9*(3), 131-132.
- Felitti, V. (2019). Origins of the ACE Study. *American Journal of Preventive Medicine, 56*(6), 787-789. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.011>
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M., & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and household dysfunction to many of the leading causes of Death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4)
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Paiva, C., Maia, A., Fernandes, A., & Matos, R. (2004). History of childhood abuse in Portuguese parents. *Child Abuse & Neglect, 28*(6), 669-682. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.11.021>
- Finkelhor, D. (1994) The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*(5), 409-417. <https://doi.org/10.1016/0145-2134%2894%2990026-4>
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). Improving the Adverse Childhood Experiences Study Scale. *JAMA Pediatrics, 167*(1), 70-75. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.420>
- Flury, M., Nyberg, E., & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *The European Journal of Medical Sciences*. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13099>
- Fry, D., Fang, X., Elliott, S., Casey, T., Zheng, X., Lib, J., Floriana, L., & McCluskey, G. (2018). The relationships between violence in childhood and educational outcomes: a global systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.021>
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., & Watts, C. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's response*. Geneva: World Health Organization.
- Geoffroy, M., Pereira, S., Li, L., & Power, C. (2016). Child neglect and maltreatment and childhood-to-adulthood cognition and mental health in a prospective birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(1). <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.10.012>
- Gilbert, R., Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet, 373*, 68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)

- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26, 697–714. [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00342-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00342-3)
- Goicoechea, P., Nández, A., & Alonso, C. (2001) *Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales* (Vol. 1). Save the children.
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99–132
- Golm, D., Maughan, B., Barker, E., Hill, J., Kennedy, M., Knights, N., Kreppner, J., Kumsta, R., Schlotz, W., Rutter, M., & Sonuga-Barke, E. (2020). Why does early childhood deprivation increase the risk for depression and anxiety in adulthood? A developmental cascade model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 61(9), 1043–1053. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13205>
- Greene, C., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review*, 80, 1–22. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
- Greeson, J., Briggs, E., Kisiel, C., Layne, C., Ake, G., Ko, S., Gerrity, E., Steinberg, A., Howard, M., Pynoos, R., & Fairbank, J. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91–108
- Grimstad, H., & Schei, B. (1999). Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(1), 81–90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00113-6)
- Gudmunson, C., Ryherd, L., Bougher, K., Downey, J., & Zhang, D. (2013). Adverse childhood experiences in Iowa: A new way of understanding lifelong health. Retrieved from https://www.iowafoodandfitness.org/uploads/PDF_File_74101481.pdf
- Guerra, P. (2019). *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*. Almedina: Coimbra.
- Gunnar, M., Bruce, J., & Grotevant, H. (2000). International adoption of institutionally reared children: Research and policy. *Development and Psychopathology*, 12(4), 677–693. <https://doi.org/10.1017/s0954579400004077>
- Guyon-Harris, K., Humphreys, K., Degnan, K., Fox, N., Nelson, C. & Zeanah, C. (2019). A prospective longitudinal study of reactive attachment disorder following early institutional care: Considering variable- and person-centered approaches. *Attachment & Human Development*, 21(2), 95–110. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1499208>
- Hamilton, V., Matthews, J., & Crawford, S. (2014). Development and preliminary validation of a parenting self-regulation scale: "Me as a Parent." *Journal of Child and Family Studies*, 24(10), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0089-z>
- Helitzer, D., Graeber, D., LaNoue, M., & Newbill, S. (2015). Don't Step on the Tiger's Tail - A Mixed Methods Study of the Relationship between Adult Impact of Childhood Adversity and Use of Coping Strategies. *Community Ment Health J*, 51(7), 768–774. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9815-7>
- Hengartner, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Muller, M., & Rossler, W. (2013). Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: New findings in an old debate. *European Psychiatry*, 28, 476–482. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.04.004>
- Herbell, K., & Bloom, T. (2020). A Qualitative Metasynthesis of Mothers' Adverse Childhood Experiences and Parenting Practices. *Journal of Pediatric Health Care*, 34, 409–417. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.03.003>
- Herrenkohl, T., Klika, J., Brown, E., Herrenkohl, R., & Leeb, T. (2013). Tests of the mitigating effects of caring and supportive relationships in the study of abusive disciplining over two generations. *Journal of Adolescent Health*, 53, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.04.009>

- Hillis, S., Anda, R., Felitti, V., Nordenberg, D., & Marchbanks, P. (2000). Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: A retrospective study. *Pediatrics*, 106(1), 1-6.
- Hornor, G. (2010). Child Sexual Abuse: Consequences and Implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 0–364. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003>
- Hornor, G. (2014). Child neglect: Assessment and intervention. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(2), 186–192. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.10.002>
- Horwitz, A., Widom, C., McLaughlin, J., & White, H. (2001). The Impact of Childhood Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Prospective Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 184-201. <https://doi.org/10.2307/3090177>
- Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8). [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2020). CASA 2019 - Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens. Lisboa: Instituto de Segurança Social.
- Iwaniec, D., Larkin, E., & Higgins, S. (2006). Research review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. *Child & Family Social Work*, 11, 73–82. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00398.x>
- Jackson, A., & Deye, K. (2015). Aspects of Abuse: Consequences of Childhood Victimization. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 45(3), 86-93. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.02.004>
- Jellen, L., McCarrollb, K., & Thayerb, L. (2001). Child emotional maltreatment: a 2-year study of US Army cases. *Child Abuse & Neglect*, 25, 623-639.
- Johnson, J., Smailes, E., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 171-187
- Kaplan, S., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214–1222. <https://doi.org/10.1097/00004583-199910000-00009>
- Kempe, C., Silverman, F., Steele, B., Droegemuller, W. & Silver, H. (1985). The Battered Child Syndrome, *Child Abuse & Neglect*, 9(2), 143–154. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(85\)90005-5](https://doi.org/10.1016/0145-2134(85)90005-5)
- Kempe, C., Silverman, H, Steele, B., Droegemueller, W, & Silver, H. (1962). The battered child syndrome, *Journal of the American Medical Association*, 181(1), 17-24. <https://doi.org/10.1001/jama.1962.03050270019004>
- Kim, H., Pears, K., Fisher, P., Connelly, C., & Landsverk, J. (2010). Trajectories of maternal harsh parenting in the first 3 years of life. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 897–906. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.06.002>
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 706–716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>
- Ko, S., Ford, J, Kassam-Adams, N., Berkowitz, S., Wilson, C., Wong, M., Brymer, M., & Layne, C. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 396–404. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.4.396>
- Kolbe, V., & Büttner, A. (2020). Domestic Violence Against Men— Prevalence and Risk Factors. *Medicine*, 117, 534-541. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0534>

- Koren-Kariea, N., Oppenheim, D., & Getzler-Yosefc, R. (2008). Shaping children's internal working models through mother-child dialogues: the importance of resolving past maternal trauma. *Attachment & Human Development, 10*(4), 465-483. <https://doi.org/10.1080/14616730802461482>
- Kreppner, J., O'Connor, T., & Rutter, M., & English and Romanian Adoptees Study Team (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*(6), 513-528
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., & Zwi, A. (2002). The world report on violence and health. *Public health, 360*, pp. 1083-1088
- Lansford, J., Dodge, K., Pettit, G., Bates, J., Crozier, J., & Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives Pediatric Adolescence, 156*, 824-830. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.8.824>
- Loue, S. (2005). Redefining the Emotional and Psychological Abuse and Maltreatment of Children. *Journal of Legal Medicine, 26*(3), 311-337. <https://doi.org/10.1080/01947640500218315>
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal, 17*(3), 257-275. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199623\)17:33.O.CO:2-L](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:33.O.CO:2-L)
- Lyons-Ruth, K., Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal, 25*(4), 318-335. <https://doi.org/10.1002/imhj.20008>
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29*, 647-657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>
- Marques, T., & Pereira, A. (2017, julho). *Factor structure of the Portuguese version of the "Me as a Parent" Scale*. [Sessão de conferência]. 14th European Conference on Psychological Assessment, Lisboa.
- Masten, A., Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology, 22*(3), 491-495. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000222>
- Maxfield, M. & Widom, C. (1996). The cycle of violence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 150*, 390-395.
- McGuire, A., Choa, B., Huffhines, L., Guslera, S., Brown, S., & Jackson, Y. (2018). The relation between dimensions of maltreatment, placement instability, and mental health among youth in foster care. *Child Abuse and Neglect, 86*, 10-21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.012>
- Mendes, P., Johnson, G., & Moslehuddin, B. (2011). *Young people having state out-of-home Care: Australian policy and practise*. North Melbourne. Australian Scholarly Publishing
- Merrick, M., Ford, D., Ports, K., Guinn, A. (2018). Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011-2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatrics, 172*(11), 1038-1044.
- Merrick, M., Ports, K., Ford, D., Afifi, T., Gershoff, E., Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect, 69*, 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A., & Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health, 18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>
- Morawska, A., Dittman, C., & Rusby, J. (2019). Promoting Self-Regulation in Young Children: The Role of Parenting Interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00281-5>

- National Research Council (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Chapter 2: Identification and definitions (pp. 57–77). Washington, DC: National Academy Press.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2012). *The science of neglect: The persistent absence of responsive care disrupts the developing brain* (Working paper 12). Center on the Developing Child at Harvard University. Retrieved from <https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2012/05/The-Science-of-Neglect-The-Persistent-Absence-of-Responsive-Care-Disrupts-the-Developing-Brain.pdf>
- Nelson, C., Zeanah, C., & Fox, N. (2019). How early experience shapes human development: The case of psychosocial deprivation. *Neural Plasticity*, 1–12. <http://dx.doi.org/10.1155/2019/1676285>
- Norman, R., Byambaa, M., De, R., 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). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- O'Connor, T. G., Rutter, M., & The ERA Study Team (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 703-712. <https://doi.org/10.1097/00004583-200006000-00008>
- O'Hagan, K. P. (1995). Emotional and psychological abuse: Problems of definition. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 449–461. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00006-T](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00006-T)
- Osgood, D., Foster, E., & Courtney, M. (2010). Vulnerable populations and the transition to adulthood. *Future of Children*, 20, 209 – 229.
- Oshri, A., Kogan, S., Kwon, J., Wickrama, K., Vanderbroek, L., Palmer, A., & MacKillop, J. (2018). Impulsivity as a mechanism linking child abuse and neglect with substance use in adolescence and adulthood. *Development and Psychopathology*, 30(2), 417–435. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000943>
- Palacios, J., Moreno, M., & Jiménez, J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 7–21.
- Pears, K., & Capaldi, D. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, 25(11), 1439-1461.
- Pereira, A., & Patrício, T. (2016). *Guia prático de utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (8ª ed.). Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-736-3.
- Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>
- Pryce, J., & Samuels, G. (2010). Renewal and risk: The dual experience of young motherhood and aging out of the child welfare system. *Journal of Adolescent Research*, 25(2), 205–230. <https://doi.org/10.1177/0743558409350500>
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H., Bassett, C., Howat, N., & Collishaw, S. (2011). *Child abuse and neglect in the UK today*. Retrieved from <https://learning.nspcc.org.uk/media/1042/child-abuse-neglect-uk-today-research-report.pdf>.
- Raposo, S., Mackenzie, C., Henriksen, C., & Afifi, T. (2013). Time Does Not Heal All Wounds: Older Adults Who Experienced Childhood Adversities Have Higher Odds of Mood, Anxiety, and Personality Disorders. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1241–1250. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.04.009>
- Repetti, R., Taylor, S., & Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>
- Reyome, N. (2010) The Effect of Childhood Emotional Maltreatment on the Health and Functioning of Later Intimate Relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(2), 135-137. <https://doi.org/10.1080/10926770903540019>

- Rolfe, A. (2008). “You’ve got to grow up when you’ve got a kid”: Marginalized young women’s accounts of motherhood. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18, 299-314. <https://doi.org/10.1002/casp.925>
- Rutter, M., Kreppner, J., Croft, C., Murin, M., Colvert, E., Beckett, C., Castle, J., & Sonuga-Barke, E. (2007). Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1200–1207.
- Rutter, M., Kreppner, J., O’Connor, T., & the English Romanian Adoption Studies Team. (2001). Specificity and heterogeneity in children’s responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 97–103. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.2.97>
- Sanders, M., & Mazzucchelli, T. (2013). The Promotion of Self-Regulation Through Parenting Interventions. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 16(1), 1–17. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-013-0129-z>
- Sanders, M., Turner, K. & Metzler, C. (2019). Applying Self-Regulation Principles in the Delivery of Parenting Interventions. *Clin Child Fam Psychol Ver*, 22, 24–42. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00287-z>
- Sareen, J., Henriksen, C., Bolton, S., Afifi, T., Stein, M., & and Asmundson, G. (2013). Adverse childhood experiences in relation to mood and anxiety disorders in a population-based sample of active military personnel. *Psychological Medicine*, 1-12. <https://doi.org/10.1017/S003329171200102X>
- Savage, L., Tarabulsky, G., Pearson, J., Collin-Vézina, D., & Gagné, L. (2019). Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis. *Development and Psychopathology*, 31, 9–21. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001542>
- Schilling, S., & Christian, C. (2014). Child Physical Abuse and Neglect. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 309–319. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.001>
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.
- Sheffler, J. L., Stanley, I., & Sachs-Ericsson, N. (2020). ACEs and mental health outcomes. In G. J. G. Asmundson & T. O. Afifi (Eds.), *Adverse childhood experiences: Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention* (pp. 47–69). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816065-7.00004-5>
- Sistema de Segurança Interna (2019). Relatório Anual da Segurança Interna de 2019. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBQAAAB%2BLCAAAAAAABAAzNDA0sAAAQJ%2BleAUAAAA%3D>
- Slep, A., Heyman, R., & Snarr, J. (2011). Child emotional aggression and abuse: Definitions and prevalence. *Child Abuse & Neglect*, 35, 783-796. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.002>
- Sonuga-Barke, E. J. S., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., & Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: The young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *The Lancet*, 389, 1539–1548. [https://doi.org/10.1016/S0140.6736\(17\)30045-4](https://doi.org/10.1016/S0140.6736(17)30045-4)
- Spertus, I., Yehuda, R., Wong, C., Halligan, S., & Seremetis, S. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1247-1258. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.001>
- Springer, K., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of

- men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), pp. 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.01.003>
- Stein, M. & Wade, J. (2000) *Helping Care Leavers: Problems and Strategic Responses*. Department of health, London.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(3), 345-355. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & Alink, L. R. A. (2013a). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81–94.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink L., & van IJzendoorn, M. (2012). The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 21(8), 870–890. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.708014>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink, L., & vanIJzendoorn, M. (2015). The Prevalence of ChildMaltreatment across theGlobe: Review of a Seriesof Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24, 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Suzuki, H., & Tomoda, A. (2015). Roles of attachment and self-esteem: impact of early life stress on depressive symptoms among Japanese institutionalized children. *BMC Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0385-1>
- Thornberry, T., Knight, K., & Lovegrove, P. (2012). Does Maltreatment Beget Maltreatment? A Systematic Review of the Intergenerational Literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 13(3), 135–152. <https://doi.org/10.1177/1524838012447697>
- U.S. Department of Health & Human Services (2007). *Child maltreatment 2005*. Washington, DC: Government Printing Office
- UNICEF (2021, fevereiro). *A proteção das crianças: prevenção e detecção à distância de situações de risco ou perigo*. [Sessão de conferência]. Lisboa
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., Bentall, R. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Wang, L., Qu, G., Tang, X., Wu, W., Zhang, J., & Sun, Y. (2018). Child neglect and its association with social living ability: Does the resilience attenuate the association? *Psychology, Health & Medicine*, 24(5), 519–529. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018>
- Wang, Y., & Dix, T. (2013). Patterns of depressive parenting: Why they occur and their role in early developmental risk. *Journal of Family Psychology*, 27(6), 884–895
- Warmingham, J., Rogosch, F., & Cicchetti, D. (2020). Intergenerational maltreatment and child emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 102. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104377>
- Widom, C. (1989). Child abuse, neglect, and adult behavior: Research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(3), 355-367.
- Widom, C., Czaja, S., Bentley, T., & Johnson, M. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 102(6).
- Widom, C., Horan, J., & Brzustowicz, L. (2015). Childhood maltreatment predicts allostatic load in adulthood. *Child Abuse & Neglect*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.016>
- Wilson, S. R., Rack, J. J., Shi, X., & Norris, A. M. (2008). Comparing physically abusive, neglectful, and non-maltreating parents during interactions with their children: A meta-analysis of observational studies. *Child Abuse & Neglect*, 32, 897–911. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.01.003>.

- World Health Organization (1999, março 29-31). Report of the Consultation on Child Abuse Prevention [Sessão de conferência]. World Health Organization. Violence and Injury Prevention Team & Global Forum for Health Research, Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>
- World Health Organization (2016). Inspire: Seven strategies for ending violence against children. (2021, janeiro). Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/
- World Health Organization (2020). Child maltreatment. (2020, novembro). Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Wright, M., Fopma-Loy, J., & Oberle, K. (2012). In their own words: The experience of mothering as a survivor of childhood sexual abuse. *Development and Psychopathology*, 24(2), 537-552. <https://doi.org/10.1017/s0954579412000144>
- Yap, M., Pilkington, P., Ryan, S., & Jorm, A. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>