

## **Estudo de propriedades psicométricas do Questionário de Trauma de Infância – Versão breve numa amostra portuguesa não clínica**

Aida Dias

*Faculdade de Ciências Sociais da Universidade de Utrecht, Holanda / Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra*

Luísa Sales

*Hospital Militar Regional N° 2 de Coimbra / Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra*

António Carvalho

*Hospital Militar Regional N° 2 de Coimbra*

Ivone Castro-Vale

*Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

Rolf Kleber

*Faculdade de Ciências Sociais da Universidade de Utrecht, Holanda*

Rui Mota Cardoso

*Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

### **Resumo**

*Neste trabalho apresentam-se os resultados da adaptação do Questionário de Trauma de Infância – forma breve (CTQ-SF) em população portuguesa. As propriedades psicométricas do instrumento foram estudadas numa amostra não clínica de 746 sujeitos adultos, tendo-se testado a estrutura de cinco fatores, inicialmente proposta pelos autores do questionário. A fiabilidade teste-reteste foi analisada num grupo de 29 sujeitos. As subescalas apresentam coeficientes de consistência interna a variar entre .84 para a escala total, .79 para a negligência emocional, .77 para o abuso físico, .71 para o abuso emocional e sexual, e .47 para a negligência física. A subescala de negligência física apresenta baixa consistência interna, replicando resultados anteriores de outros estudos, salientando a necessidade de uma possível revisão desta subescala. A exposição a negligência emocional e ao abuso verbal aparecem como as formas mais frequentes de maltrato de infância em adultos.*

*O CTQ-SF apresenta características de validade aceitáveis, com exceção da subescala de negligência física. Futuros trabalhos com o instrumento deverão incluir medidas mais eficazes na detecção da negligência física.*

*Palavras-chave:* Questionário de Trauma Infantil, Maltrato de infância, Adultos, População não clínica.

---

Nota do autor: Este trabalho foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (POSI e FSE), no âmbito do projeto “Os Filhos da Guerra Colonial: pós-memória e representações” (FCOMP-01-0124-FEDER-007261), coordenado por Margarida Calafate Ribeiro, e desenvolvido no Centro de Estudos Sociais (CES, Universidade de Coimbra); SFRH / BD / 68995 / 2010 (POSI 2010 e FSE) de Aida Dias.

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Aida Dias; Faculty of Social Sciences, Utrecht University, PO BOX 80.140, 3508 TC Utrecht, The Netherlands; E-mail: aida.dias.21@gmail.com

## Abstract

*This study analyses the results of the adapted version of the Childhood Trauma Questionnaire – Short Form, in the Portuguese population. Psychometric properties were studied in 746 adult community subjects, testing the five factor model structure proposed by the authors of the original version. The test-retest reliability was analyzed in a group with 29 subjects. The internal consistency varies between .84 for the overall score, .79 for emotional neglect, .77 for physical abuse, .71 for emotional and sexual abuse, and .47 for physical neglect. Physical neglect internal consistency was found to be too low, confirming previous results from other studies, pointing the need for a sub-scale revision. Exposure to emotional neglect and verbal abuse were the most frequent adult self-reported forms of childhood maltreatment.*

*The Portuguese version of CTQ-SF presented acceptable psychometric properties, except for physical neglect subscale. Future work using CTQ-SF should include alternative effective measures for physical neglect.*

*Key-words:* Childhood Trauma Questionnaire, Childhood maltreatment, Adults, Community.

## Introdução

A exposição ao maltrato durante a infância tem vindo a ser associada a diversos indicadores de doença física e mental em adultos (Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003; Norman et al., 2012; Wegman & Stetler, 2009). No entanto, a identificação oficial dos casos de maltrato em crianças parece retratar apenas 1/10 dos casos ocorridos (Gilbert et al., 2009). Atendendo à sua relação com uma menor qualidade de vida (Corso, Edwards, Fang, & Mercy, 2008), com o aumento do consumo de serviços de saúde (Chartier, Walker, & Naimark, 2007; Yanos, Czaja, & Widom, 2010) e com os elevados custos que lhe são associados (Fang, Brown, Florence, & Mercy, 2012), a avaliação em adultos do maltrato ocorrido na infância apresenta-se como importante fator de análise em contexto clínico e de investigação. É também conhecida a elevada prevalência de problemas de saúde mental na população portuguesa (Paulo, 2010). Reconhecendo os potenciais efeitos adversos do maltrato de infância no desenvolvimento de psicopatologia, o estudo desta relação poderá ter relevância clínica e epidemiológica.

Apesar da reconhecida importância da avaliação do maltrato infantil em adultos, os instrumentos de avaliação disponíveis apresentam algumas lacunas, nomeadamente: défice de informação acerca das características psicométricas dos instrumentos; avaliação de apenas alguns tipos de maltrato infantil; ausência de estudos de validade convergente e discriminante (Bernstein et al., 2003). Acresce que é frequentemente descrita a coocorrência de vários tipos de maltrato de infância (Edwards et al., 2003) tornando-se pois necessário o uso de instrumentos que permitam aceder a espectros de avaliação mais amplos. A avaliação retrospectiva da exposição ao maltrato na infância tem vindo a ser discutida como pouco eficaz devido aos problemas relacionados com os processos de memória (Widom & Morris, 1997). No entanto, os instrumentos de auto avaliação retrospectiva evitam artefactos derivados da desejabilidade social associados ao contexto de entrevista e isentam-se do difícil acesso a registos documentais que identificam as situações de maltrato oficialmente notificadas. Scott, McLaughlin, Smith e Ellis (2012) verificaram que, quer o método retrospectivo quer o prospetivo permitem adquirir informação que prediz psicopatologia em adultos. Pinto e Maia (2012) ao compararem com a análise de registos oficiais de ocorrência de maltrato de infância, verificaram que os resultados dos questionários de auto resposta apresentam melhor previsibilidade de psicopatologia.

Atendendo à sensibilidade dos aspetos a avaliar, a deteção do maltrato de infância poderá ser dificultada por questões diversas tais como sentimentos de culpa e vergonha, por deterioração de memórias dos acontecimentos, ou mesmo por processos de evitamento. A este propósito, Gerdner e Allgulander (2009) tecem algumas considerações sobre características desejáveis em instrumentos que avaliam o maltrato de infância em adultos: deverão ser facilmente administráveis, éticos e não intrusivos; deverão conter validade conceptual; e deverão ser sensíveis aos diferentes tipos e à severidade do maltrato.

O Questionário de Trauma de Infância (CTQ-SF) é um dos instrumentos mais usados internacionalmente no estudo do maltrato infantil em adolescentes e adultos (Baker & Maiorino, 2010; Roy & Perry, 2004; Thombs, Bernstein, Lobbetael, & Arntz, 2009), e que integra as considerações sugeridas por Gerdner e Allgulander (2009) (Hernandez et al., 2012). Numa revisão de literatura acerca de instrumentos de avaliação de maltrato durante a infância, Strand, Sarmiento e Pasquale (2005) classificaram o CTQ-SF como um instrumento breve, de uso fácil e que apresenta boas características psicométricas, nomeadamente boa consistência interna, boa fiabilidade teste-reteste e estrutura interna robusta. Informação recolhida com o CTQ-SF tem vindo a ser corroborada por dados clínicos, por entrevistas de avaliadores independentes e por informação proveniente de relatórios de avaliação de comissões de proteção de crianças e jovens (Bernstein & Fink, 1998; Bernstein et al., 2003; Lobbetael, Arntz, Harkema-Schouten, & Bernstein, 2009). A sua estrutura de cinco fatores foi confirmada em amostras clínicas e não clínicas (Bernstein et al., 2003). Integram o modelo original da escala os fatores de abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência física e negligência emocional, sendo ainda referida a existência de um fator de segunda ordem que é um indicador geral de maltrato de infância. No entanto alguns estudos apontam para a existência de apenas quatro fatores (Lundgren, Gerdner, & Lundqvist, 2002; Villano et al., 2004). Atendendo à subjetividade dos conteúdos avaliados no maltrato de infância, Bogaerts, Daalder, Spreen, Van der Knaap e Henrichs (2011) defendem que o estudo das características psicométricas dos instrumentos usados deverá ser realizado como rotina, nas amostras que se pretendem analisar.

O CTQ-SF tem vindo a ser usado em amostras portuguesas (Maia, McIntyre, Graça Pereira, & Ribeiro, 2011; Maia et al., 2007; McIntyre & Costa, 2004; Veiga-Costa, 2006). No entanto, é escassa a informação disponível sobre as propriedades psicométricas do instrumento quando aplicado na população geral, ainda que seja considerado dos instrumentos melhor validados a nível mundial, na avaliação do maltrato de infância (Bogaerts et al., 2011).

Reconhecendo a importância da avaliação do maltrato infantil em adolescentes e adultos, e tendo em conta a apreciação favorável que trabalhos anteriores fazem do CTQ-SF, este estudo analisa propriedades psicométricas do instrumento quando aplicado a uma amostra portuguesa não clínica.

## **Método**

### *Amostra*

No estudo participaram 778 sujeitos não clínicos, tendo sido eliminados da análise 32 (8 porque apresentaram taxas de resposta inferiores a 90%, e 24 por terem nacionalidade não portuguesa ou por não responderem à questão da nacionalidade). Foram pois incluídos na análise 746 pessoas, 41.8% dos quais pertencem ao sexo feminino. A idade dos sujeitos varia entre os 14 e os 73 anos, sendo a média de 31 ( $M=30.75$ ;  $DP=13.65$ ); 90.1% dos indivíduos apresenta idades compreendidas entre 18 e 50 anos, e apenas 0.4% apresenta idade inferior a 18 anos. Quanto ao estado civil, 60.7% dos sujeitos são solteiros e 33.9% são casados ou estão em união de facto; 0.4% são viúvos e 1.9% são divorciados.

Cerca de 1.6% dos participantes tem grau de escolaridade até ao 1º ciclo do ensino básico; 26.9% frequentou entre o 5º e o 9º ano; 32% tem entre o 10º e o 12º anos; 35.5% apresenta a frequência do ensino superior. Relativamente à região de origem, 63.3% reside na região Norte, 33.9% na região Centro, 5.9% na região Sul e 7.9% nas Ilhas (Açores e Madeira).

A fiabilidade teste-reteste foi analisada noutra grupo de 29 estudantes universitários que preencheram o instrumento duas vezes com o intervalo temporal de um mês.

Os dados foram recolhidos entre 2007 e 2009 na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, onde participaram estudantes de medicina e seus familiares, e no Campo Militar de Santa Margarida, incluindo pessoal militar e não militar. O processo de recolha e tratamento inicial dos dados foi realizado no projeto “Os Filhos da Guerra Colonial – pós-memória e representações”, desenvolvido no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.

A recolha de informação foi autorizada pela Comissão de Ética do Hospital Militar Regional Nº 2 de Coimbra e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. O consentimento informado foi incluído no protocolo de recolha de informação.

### *Instrumentos*

O questionário de avaliação de trauma de infância – CTQ-SF (Bernstein et al., 2003) é um instrumento de autoavaliação de exposição a situações de maltrato, ocorridas até aos 15 anos de idade. É constituído por 28 itens, classificáveis numa escala de Likert de 5 pontos, sendo originário da versão longa de 70 itens desenvolvida por Bernstein, Ahluvalia, Pogge e Handelsman (1997). Os itens que descrevem experiências de infância são classificados de acordo com a frequência com que ocorreram: *1 – nunca*, *2 – poucas vezes*, *3 – às vezes*, *4 – muitas vezes ou* *5 – sempre*, sendo formulados com experiências de maltrato ou cuidado adequado durante a infância. Os itens são cotados de um a cinco, de acordo com a frequência em que ocorreram, sendo a cotação invertida no caso dos itens que descrevem uma infância agradável (2, 5, 7, 13, 19, 26 e 28). Para além de conter um indicador geral de exposição a maltrato na infância, que resulta da soma da cotação das subescalas, e um índice de negação, o instrumento avalia a exposição a cinco tipos de maltrato – abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. O índice de negação é avaliado pela existência de respostas extremas aos itens 10, 16 e 22, os quais refletem a existência de uma infância *perfeita*. O índice de negação, obtido pela soma de um ponto por cada resposta “*sempre*” nos itens indicados, é usada para avaliar questões relacionadas com a deseabilidade social ou tendência para negar experiências negativas ocorridas durante a infância (Gerdner & Allgulander, 2009). O nosso estudo não incluiu a análise do índice de negação. Esta versão do CTQ-SF foi inicialmente validada pelos seus autores em amostras norte americanas distintas (adolescentes acompanhados em psiquiatria, adultos em tratamento por abuso de substâncias, sujeitos da comunidade com abuso de substâncias e uma amostra normativa não clínica), tendo-se confirmado a invariância da estrutura fatorial do instrumento nos diferentes grupos. Os autores verificaram ainda que o CTQ-SF apresenta boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach a variar entre .92 para a subescala de abuso sexual, .91 para a negligência emocional, .87 para o abuso emocional, .83 para o abuso físico e .61 para a negligência física, numa amostra comunitária representativa. Quando compararam os resultados do instrumento com os dados obtidos pela avaliação dos terapeutas, os autores identificaram correlações a variar entre .75, na identificação do abuso sexual e .48, na identificação do abuso emocional (Bernstein et al., 2003).

As propriedades psicométricas do CTQ-SF foram estudadas em diferentes contextos culturais, tendo-se verificado estabilidade nos resultados em amostras clínicas e não clínicas. Para a população alemã, o instrumento apresentou valores de consistência interna superiores a .89 numa amostra de sujeitos

em acompanhamento psiquiátrico (Wingenfeld et al., 2010), e superiores a .80 numa amostra representativa da população geral (Klinitzke, Romppel, Hauser, Brahler, & Glaesmer, 2012), com exceção da subescala de negligência física em ambos os estudos. Na população sueca, Gerdner e Allgulander (2009) obtiveram valores de consistência interna satisfatórios para todas as subescalas em amostras clínicas e não clínicas igualmente com exceção da negligência física, tendo-se verificado o valor de alfa de Cronbach de .47 na amostra não clínica. Thombs et al. (2009) confirmaram também a estrutura de cinco fatores na população holandesa, em amostras clínicas e não clínicas, tendo sido sugerida a remoção do item de avaliação de abuso sexual “*Fui molestado sexualmente*”. Na população norte-americana, o CTQ-SF foi também estudado por Scher, Stein, Asmundson, McCreary e Forde (2001) numa amostra não clínica, e por Paivio e Cramer (2004) num grupo de estudantes universitários. Ambos os estudos confirmaram a estrutura de cinco fatores, e identificaram a subescala de negligência física como tendo baixa consistência interna. Em Espanha, a estrutura fatorial do CTQ-SF foi também estudada, tendo-se confirmado o modelo de cinco fatores numa amostra clínica de 189 mulheres, com valores de consistência interna a variar entre .84 para a negligência emocional e .94 para o abuso sexual, e .66 para a negligência física (Hernandez et al., 2012). No entanto, Villano et al. (2004) verificaram uma adequação pobre do modelo dos cinco fatores quando estudou um grupo de jovens mulheres que se dedicavam à prostituição de rua. Os autores identificaram uma estrutura de quatro fatores, não tendo emergido o fator correspondente à negligência física. Ainda que estes resultados devam ser considerados, é de notar que o processo de recolha de dados foi baseado em entrevista, facto que poderá interferir com a validade dos dados obtidos. Também Lundgren et al. (2002) identificaram uma estrutura de quatro fatores por análise fatorial exploratória, com a convergência dos fatores de abuso físico e emocional num grupo de 50 mulheres com comportamentos aditivos, mas usando a versão de 53 itens do CTQ, e não a versão em estudo no presente trabalho.

Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006) estudaram as características semânticas do instrumento em população brasileira. Os autores verificaram que o CTQ-SF contém itens que são facilmente compreendidos, tendo boa validade de conteúdo, salientando a necessidade de realizar estudos das propriedades psicométricas do instrumento.

Para além do CTQ-SF, foram ainda analisados neste estudo os dados recolhidos com a entrevista de avaliação de exposição a acontecimentos traumáticos da *Post Traumatic Diagnostic Scale – PDS* (Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997; trad. adapt., Calafate Ribeiro et al., 2010). Nesta parte do instrumento em referência é avaliada a exposição a um conjunto de vivências traumáticas, incluindo experiências de abuso físico e sexual. As vivências potencialmente traumáticas avaliadas pelo PDS foram divididas em dois grupos – (1) Análogas, as quais não se espera que estejam diretamente relacionadas com o maltrato de infância: acidentes, desastres naturais, combate militar, prisão, tortura, doença grave ou morte e outros acontecimentos traumáticos; (2) Homólogas, as quais se espera que se correlacionem com os dados recolhidos pelo CTQ-SF: contacto sexual forçado com alguém quando ainda era menor de idade, violência por familiares ou conhecidos, violência por desconhecidos, violência sexual por familiares ou conhecidos, violência sexual por desconhecidos.

### *Procedimentos*

O CTQ-SF foi traduzido para a língua Portuguesa por um tradutor profissional. A primeira versão da tradução foi discutida por um grupo de sete profissionais com experiência na área do maltrato de infância na população portuguesa – quatro da área da saúde mental e três das áreas da literatura, linguística, sociologia e história. Atendendo às semelhanças de língua e cultura, foram adotadas sugestões feitas por Grassi-Oliveira et al. (2006), que estudaram a equivalência semântica do instrumento na população brasileira: foi introduzido o uso da expressão “*Na minha infância e juventude*”, em vez do original tradu-

zido “*Quando eu estava a crescer*”, para reforçar a ideia da continuidade e remeter diretamente o sujeito para o período do ciclo de vida que se pretende analisar; foi integrada a sugestão de eliminar da expressão “*verdade*” das opções formuladas na escala de Likert, simplificando a formulação e evitando o uso de expressões que implicam julgamento valorativo, dado que se pretende objetivamente avaliar a frequência da exposição às situações descritas. A versão resultante foi aplicada a um grupo de 10 sujeitos da população geral, tendo existido dificuldades de interpretação nos itens 1 e 24. Desta análise, foi considerada necessária a reformulação do item 1 (“*Eu não tinha o suficiente para comer*”) para “*Eu não tinha comida suficiente*”, tornando mais objetiva a avaliação da falta de alimento, e do item 24 (*Fui molestado*), que foi substituído por “*Alguém me assediou sexualmente*”. Esta última modificação foi justificada pela ambiguidade induzida pelo termo *molestado*, que na cultura portuguesa tem um significado mais amplo do que apenas a ofensa sexual. Sendo este item pertencente à escala de abuso sexual, considerou-se adequada a alteração da sua formulação. Após a reformulação dos itens identificados como problemáticos, a versão final do questionário foi retraduzida para a língua original por um tradutor bilíngue e enviada ao autor do instrumento (David Bernstein) que concordou com o conteúdo apresentado.

## Resultados

### Estrutura Interna

O modelo de cinco fatores foi testado na amostra de 746 sujeitos usando a Análise Fatorial Confirmatória, no programa AMOS, versão 16. O tratamento de dados em falta (*missing values*) seguiu o método da imputação pela média dos restantes casos em cada variável. Pela análise dos pressupostos para a aplicação do método das equações estruturais, identificámos a não normalidade dos dados pelo valor do índice de normalidade multivariada (841.32), que é muito superior ao índice crítico proposto por Márdia (1970, citado por Hox, 2010), cujo valor máximo deverá ser de 1.96. A existência de não normalidade é esperada pelo facto da amostra em estudo ser não clínica, pelo que não se considerou adequada a remoção de sujeitos que apresentassem valores extremos nas subescalas de maltrato na infância. Assim, prosseguiu-se a análise usando a técnica de reamostragem (*bootstrapping*) (Hox, 2010), a qual produz resultados de significância estatística similares ao índice de Satorra-Bentler, usado pelos autores do instrumento (Fouladi, 1998; Nevitt & Hancock, 1998). O modelo de cinco fatores foi testado em 2000 *bootstraps*, tendo sido obtido um valor de significância estatística inicial para o índice de Bollen-Stine de .063. Seguindo o procedimento usado pelos autores do CTQ-SF, e após a análise dos índices de modificação, foram adicionados três indicadores de covariação de erros de medida entre itens cuja semelhança de conteúdo assim o justificava. Ficaram assim correlacionados os erros de medida dos itens “*Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger*” e “*Havia alguém na minha família que me fazia sentir especial ou importante.*”; “*Tinha que usar roupas sujas.*” e “*Batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico.*”; “*As pessoas da minha família chamavam-me nomes (estúpido/a, feio/a, preguiçoso/a).*” e “*Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam.*” O Quadro 1 apresenta o resumo dos indicadores de ajustamento do modelo.

### Quadro 1

#### Resultados dos índices de ajustamento do modelo

Índice	Bollen-Stine <i>p</i>	$\chi^2$	$p(\chi^2)$	Graus de liberdade	C/MIN	SRMR	CFI	RMSEA	IC 90% RMSEA
Valor	.123	1132.107	0.000	265	4.27	.066	.859	.066	.062-.070

Após a introdução destas correlações, a significância estatística do índice de Bollen-Stine apresentou um valor de .123. À semelhança da interpretação do valor do Qui quadrado ( $\chi^2$ ), também o índice de Bollen-Stine não significativo ( $p > .05$ ) é indicativo de ajustamento do modelo aos dados. A significância estatística do  $\chi^2$  indica que o modelo não é reproduzido pelos dados. Contudo, este parâmetro deverá ser relativizado, considerando o tamanho da amostra analisada. Quanto maior a amostra maior a tendência para obter probabilidade de rejeitar a hipótese nula (Hu & Bentler, 1995). O valor do  $\chi^2$  normalizado (CMIN/DF) é considerado aceitável, segundo Byrne (2001) que sugere um valor máximo de 5. O índice de SRMR é inferior a .08, valor proposto por Hu e Bentler (1999) como máximo, indicando valores aceitáveis de discrepância entre as correlações preditas pelo modelo e obtidas pelos dados. Quanto ao valor do Índice de Ajuste Comparativo (CFI), este é considerado baixo, sendo o valor mínimo sugerido de .90, Byrne (2001). No entanto, o valor deste parâmetro poderá diminuir quando são analisados modelos com muitas variáveis (Kenny & McCoach, 2003), como é o caso do presente modelo em análise, que integra trinta variáveis. A Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (RMSEA) é considerado aceitável, devendo ser inferior a .08, de acordo com Browne e Cudeck (1993).

Atendendo à existência de indicadores de ajustamento do modelo original de cinco fatores do CTQ-SF com valores abaixo do que é considerado aceitável (ainda que justificados pela dimensão da amostra e pela complexidade do modelo) foi realizada a análise fatorial exploratória pelo método de análise em componentes principais com rotação varimax. A solução de cinco fatores foi escolhida com base nos dados do *scree plot* (*eigenvalues* superiores a 1). Os cinco fatores explicaram 52.9% da variância da escala. Os dados da saturação fatorial dos itens e a sua distribuição pelos fatores é apresentada no Quadro do anexo II. O fator I inclui itens cujo conteúdo avalia a experiências de negligência emocional, e dois itens associados à avaliação da negligência física (2. *Ter alguém que cuidava e protegia*; 26. *Levar ao médico se necessário*). O fator II e III agrupam respetivamente itens de avaliação de abuso sexual e de abuso emocional, sendo a sua constituição equivalente à estrutura original do instrumento. O fator IV avalia experiências de abuso físico, e o fator V inclui três itens de avaliação de negligência física (1, 4 e 9) e um item de avaliação de abuso físico (9. *Ser espancado e ter que ir ao médico*). É de notar a baixa saturação fatorial dos itens que avaliam a negligência física, nomeadamente os itens 1 (*Não ter comida suficiente*) e 4 (*Falta de cuidados por pais drogados ou alcoolizados*).

No sentido de verificar qual dos modelos melhor se adequava aos dados procedemos à análise fatorial confirmatória da estrutura obtida pela análise fatorial exploratória (AFE). Pela comparação do índice de Bollen-Stine, verificámos que o modelo AFE indicou pior ajustamento ( $p \leq .051$  versus .063 obtido com o modelo original). É ainda de salientar o valor mais elevado do critério informativo de Akaike (*AIC*) referente ao modelo obtido pela análise fatorial exploratória ( $AIC_{AFE}=1839.76$  versus  $AIC_{Original}=1411.089$ ), sendo preferível o modelo com menor valor de *AIC*, de acordo com Burnham e Anderson (2002). Com base nestes indicadores, o modelo original de cinco fatores, proposto por Bernstein et al. (2003) apresenta melhor ajustamento aos nossos dados empíricos.

### Fiabilidade

A análise da fiabilidade do instrumento foi avaliada através do alfa de Cronbach e dos coeficientes de regressão estandardizados (CRE), obtidos através da técnica de reamostragem, usando o método de probabilidade máxima (ML). Os valores de alfa de Cronbach são considerados aceitáveis segundo o critério de Nunnally (1978), com a exceção da subescala de negligência física, cujo valor é muito baixo (.47). Contudo, não se verificou o aumento do alfa de Cronbach com a retirada dos itens desta subescala. Quanto aos coeficientes de regressão estandardizados, verificamos que são significativos em todos os itens ( $p \leq .05$ ), variando entre .240 para o item 1 e .915 para o item 23. Os itens com

coeficientes de regressão mais baixos pertencem à subescala de negligência física, e os mais altos avaliam o abuso físico. O Quadro 2 descreve os resultados da análise da fiabilidade e as médias e desvios padrão dos itens e das respectivas subescalas.

## Quadro 2

*Média, Desvio Padrão, Coeficientes de Regressão Estandarizados (CRE) com respectivo Intervalo de Confiança (IC), e Consistência Interna das subescalas do CTQ-SF*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>CRE</i>	<i>95% IC</i>		<i>P</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
CTQ-SF total	32.24	7.76					.84
Abuso emocional	6.50	2.19					.71
3. Chamaram nomes...	1.36	.72	.458	.313	.570	.002	
8. Desejarem que nunca tivesse nascido	1.14	.52	.442	.306	.574	.001	
14. Insultaram	1.61	.79	.584	.459	.670	.002	
18. Detestavam	1.15	.52	.435	.265	.585	.001	
25. Abusado emocionalmente	1.24	.64	.782	.678	.872	.001	
Negligência emocional	8.91	3.83					.79
5. Especial ou importante (R)	2.15	1.31	.499	.421	.572	.001	
7. Sentir-se amado (R)	1.57	.96	.582	.485	.672	.001	
13. Cuidar uns dos outros (R)	1.75	.94	.676	.593	.752	.001	
19. Eram chegados (R)	1.85	1.02	.720	.652	.779	.001	
28. Fonte de apoio e suporte (R)	1.59	.92	.848	.788	.890	.002	
Abuso sexual	5.19	.95					.71
20. Tocar sexualmente	1.03	.26	.534	.079	.847	.011	
21. Ameaças em contexto sexual	1.02	.21	.816	.261	1.000	.010	
23. Tentar contacto sexual	1.01	.15	.915	.480	1.001	.001	
24. Ser assediado.	1.09	.40	.433	.232	.653	.001	
27. Sexualmente abusado	1.03	.32	.549	.096	.840	.010	
Abuso físico	5.53	1.62					.77
9. Ser espancado e ter que ir ao médico	1.05	.38	.276	.055	.523	.008	
11. Ter nódoas negras por lhe terem batido	1.10	.40	.838	.686	.910	.002	
12. Batido com objetos duros	1.21	.60	.706	.573	.804	.001	
15. Fisicamente abusado	1.14	.51	.833	.727	.903	.001	
17. Ser espancado e alguém notou	1.03	.27	.560	.315	.729	.001	
Negligência física	6.12	2.00					.47
1. Não ter comida suficiente	1.21	.68	.240	.127	.354	.001	
2. Ter alguém que cuidava e protegia (R)	1.42	.97	.493	.380	.613	.000	
4. Pais drogados ou alcoolizados	1.06	.39	.241	.065	.483	.007	
6. Vestir roupas sujas	1.14	.52	.271	.140	.420	.001	
26. Levar ao médico se necessário (R)	1.28	.82	.673	.555	.783	.001	

### *Fiabilidade Teste-Reteste*

A fiabilidade teste-reteste foi avaliada num grupo de 29 sujeitos que preencheram o CTQ-SF duas vezes com o intervalo temporal de um mês. As correlações de Pearson calculadas entre primeira e a segunda avaliação foram todas significativas ( $p < .001$ ) com valores de .72 para o abuso sexual, .80 para o abuso emocional, .83 para a negligência emocional, .90 para a negligência física e .93 para a escala total.

### *Validade convergente e discriminante*

A validade discriminante e convergente foi analisada através da comparação entre os resultados obtidos pelo CTQ-SF e da avaliação da exposição a vivências traumáticas do PDS. Após a transformação das

escalas do CTQ-SF em variáveis nominais, foram calculados *odds ratios* para cada vivência traumática identificada por ambas as escalas. Foram consideradas positivas as escalas do CTQ-SF dos sujeitos cujo valor da soma da cotação dos itens foi superior a 5, indicando a exposição a experiências de maltrato identificadas pela subescala subjacente.

Para avaliar a validade convergente foram analisados os *odd ratios* entre as vivências homólogas, avaliadas pelo PDS (*contacto sexual forçado quando era menor, violência por familiar ou conhecido, violência por desconhecido, violência sexual por conhecido, violência sexual por desconhecido*) e as subescalas do CTQ-SF. Os resultados obtidos pelo CTQ-SF são convergentes com as respostas obtidas no PDS na avaliação da exposição a *abuso físico e sexual*. Entre os valores de *odds ratios* mais elevados destacam-se a exposição ao *contacto sexual forçado* no PDS e a avaliação do *abuso sexual* pelo CTQ-SF (30.213,  $p < .05$ ), e a exposição a *violência por alguém familiar* no PDS e a avaliação do *abuso emocional e físico* pelo CTQ-SF (3.845 e 4.170, com  $p < .001$ ). É ainda de salientar a concordância entre a exposição a *prisão* no PDS e o *abuso físico* avaliado pelo CTQ-SF. No entanto, é não significativa a concordância entre a avaliação do *abuso sexual por conhecidos* pelo PDS com a avaliação do *abuso sexual* pelo CTQ-SF.

Como indicadores de validade discriminante, analisámos os *odd ratios* obtidos entre as vivências análogas avaliadas pelo PDS (*acidentes, desastre naturais, combate militar, doença grave ou morte, prisão, tortura, outros*) e as subescalas do CTQ-SF. Verifica-se a ausência de relação entre a exposição a *combate militar, violência sexual e tortura* avaliadas pelo PDS, e as escalas do CTQ-SF. É ainda de notar os *odds ratios* não significativos da exposição a *desastres naturais e doença grave ou morte*. No entanto, foram identificados *odds ratios* significativos entre a exposição a *acidentes* e todas as formas de maltrato de infância identificadas pelo CTQ-SF. Os resultados são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3

*Odd Ratios entre os Resultados do PDS e do CTQ-SF*

Vivências traumáticas avaliadas pelo PDS	AE	AF	AS	NF	NE	CTQ-SF
1) Análogas						
Acidente	1.768**	1.875**	3.021**	1.548**	1.499*	1.646*
Desastre natural	1.22	2.796**	2.151	1.444	.982	2.135
Combate militar	2.280	2.278		1.291	1.008	2.839
Doença grave ou morte	1.685**	1.138	1.446	1.293	1.173	1.749**
Prisão	2.918	10.619**	2.503	1.585	3.505	2.115
Tortura		4.471		1.837	.287	
Outros	2.483**	2.558*	2.457	1.299	1.360	1.845
2) Homólogas						
Contacto sexual forçado quando menor	3.050	.553	30.21**	.916	1.008	1.401
Violência por familiar ou conhecido	3.845**	4.170**	2.704**	2.586**	1.718*	5.967**
Violência por desconhecido	1.787**	2.112**	2.567**	1.528**	1.004	1.628
Violência sexual por conhecido	.429	2.232	6.837	.917	.142	.086
Violência sexual por desconhecido	3.469	1.113	21.33**	2.771	1.153	

*Nota.* AE – Abuso Emocional; AF – Abuso Físico; AS – Abuso Sexual; NF – Negligência Física; NE – Negligência Emocional. Para o cálculo de *odds ratios*, as subescalas do CTQ-SF foram transformadas em variáveis nominais (*sim* – para valores superiores a 5 e *não* – para valores iguais a 5). Os valores de *odds ratios* são significativos para o nível de significância de .05(\*) e .01(\*\*), no teste de Qui quadrado de Fisher. A existência de células vazias surgiu pelo facto de não existir o número mínimo de sujeitos nas categorias para o cálculo da estatística em análise.

*Correlações entre as subescalas*

Para avaliar a relação entre as subescalas e a escala total foram calculadas as correlações de Spearman, considerando a não normalidade dos dados. Todas as subescalas apresentam correlações significativas.

De acordo com os dados recolhidos com o CTQ-SF, a subescala de abuso sexual apresenta valores de correlação baixos com as restantes subescalas. As correlações mais elevadas dizem respeito à relação entre a negligência física e emocional e entre a negligência emocional e o abuso emocional. Os resultados são apresentados no Quadro 4.

A existência de correlações significativas entre as subescalas do CTQ-SF indicam a existência de variância compartilhada. Confirmámos também pelo método da análise em componentes principais que um só fator explica 47.95% da variabilidade das subescalas que compõem o instrumento. Em conjunto, estes resultados sugerem a existência de um fator latente de segunda ordem.

Quadro 4

*Correlações de Spearman entre as subescalas e o total do CTQ-SF*

	NE	AS	AF	NF	CTQ-SF
Abuso emocional	.471	.166	.363	.279	.658
Negligência emocional		.107	.347	.548	.907
Abuso sexual			.104	.163	.240
Abuso físico				.300	.470
Negligência física					.689

*Nota.* Todas as correlações apresentadas são significativas, com  $p < .01$ .

### *Resultados médios*

Ainda que não seja nosso objetivo o estudo da prevalência do maltrato de infância em adultos, alguma informação poderá ser retirada dos dados. Ao analisarmos as médias das subescalas, apresentadas no Quadro 2, verificamos que o abuso e negligência emocional apresentam os valores mais elevados. O abuso sexual aparece com a média mais baixa. Quanto aos itens, são mais elevadas as médias dos que são formulados em forma positiva e cuja cotação é inversa, comparativamente aos restantes (ex.: “*A minha família foi uma fonte de apoio*”). Estes itens compõem a escala de negligência emocional, a qual apresenta também o valor mais elevado de entre as cinco subescalas avaliadas.

Excluindo os itens com cotação inversa, os itens que avaliam o abuso verbal aparecem também com as médias mais elevadas, nomeadamente o item 14 (“*Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam*”).

## **Discussão**

### *Propriedades psicométricas*

O objetivo deste trabalho centrou-se no estudo de propriedades psicométricas do CTQ-SF quando aplicado a uma amostra de população portuguesa não clínica. Na análise da estrutura interna do instrumento verificámos que o modelo de cinco fatores proposto por Bernstein et al. (2003) revela ajustamento aos dados empíricos com alguns indicadores fora do intervalo adequado. Contudo, motivos inerentes ao tamanho da amostra (valor de  $\chi^2$  com  $p < .05$ ) e à complexidade do modelo ( $CFI < .90$ ) poderão justificar estes desvios. No entanto, o modelo obtido por análise fatorial exploratória apresentou pior ajustamento, quando comparado com o modelo original. Estes resultados questionam a universalidade da estrutura interna do instrumento quando aplicado a amostras distintas, tal como é

sugerido por Bernstein et al. (2003). Futuros trabalhos com a escala deverão testar os resultados obtidos e ponderar a realização da análise fatorial exploratória, no sentido de identificar possíveis diferenças na estrutura dimensional do instrumento.

Quanto à fiabilidade, o CTQ-SF apresentou consistência interna aceitável no instrumento global e em quatro das suas subescalas, nomeadamente no abuso físico, sexual e emocional e na negligência emocional, ainda que com valores modestos nas quatro subescalas. À semelhança de outros estudos realizados em população não clínica, também na população portuguesa a subescala de negligência física apresenta baixa consistência interna. Tal como indicado por Marôco e Garcia-Marques (2006), um valor baixo do alfa de Cronbach sugere a existência de codificação errada de itens ou uma possível mistura de itens com diferentes dimensões subjacentes. Não se tendo verificado um aumento do alfa de Cronbach com a retirada de itens da escala, é pouco provável a existência de erro de codificação. Gerdner e Allgulander (2009) referem que a baixa consistência interna da escala de negligência física pode ser justificada pela sua vaga construção teórica. Os autores sugerem que os conceitos de *negligência de cuidados* e *negligência por falta de supervisão* poderão constituir fatores independentes, pelo que poderá ser vantajoso identificá-los separadamente. Analisando o conteúdo dos itens com coeficientes de regressão mais baixos na escala de negligência física, poderemos questionar o quanto estes avaliam questões relativas a pobreza material (não ter comida suficiente) e a existência de cuidadores com problemas de abuso de substâncias (pais drogados ou alcoolizados), que poderão corresponder respetivamente às duas dimensões sugeridas por Gerdner e Allgulander (2009) – a negligência de cuidados, no caso de falta de comida, e a negligência de supervisão, no caso de pais com problemas aditivos. Ainda que estas características sejam reconhecidas como potenciais fatores de risco para abuso e negligência na infância, é também provável que em população não clínica o seu significado possa ser diferente.

As subescalas que compõem o instrumento estão relacionadas, ainda que com correlações modestas com a subescala de abuso sexual. Um fator global de segunda ordem, que explica a variabilidade partilhada entre as subescalas, indica a existência de um indicador geral de maltrato de infância. Assim, justifica-se o uso de um score global de maltrato de infância, tal como sugerido pelos autores da escala original. A soma do score das subescalas do CTQ-SF poderá ser usado como indicador geral de exposição ao maltrato de infância.

De acordo com a comparação dos resultados obtidos com o CTQ-SF e com a avaliação de experiências traumáticas do PDS, verificou-se que o CTQ-SF deteta situações de exposição a violência familiar e abuso sexual, discriminando a exposição a outros cenários de violência, tais como a exposição a combate militar e tortura. É evidente a convergência dos resultados da avaliação do *contacto sexual forçado quando era menor* e da *violência sexual por desconhecidos* pelo PDS, com o *abuso sexual* avaliado pelo CTQ-SF. Era esperado que sujeitos que pontuam na subescala de abuso sexual do CTQ-SF indicassem, também, a existência de exposição a *violência sexual por conhecidos* no PDS. Contudo, não se verificou a concordância entre as duas medidas neste item. Este resultado poderá ter a ver com a possível diferença de idades de exposição à violência sexual avaliada pelo PDS. A expressão *violência sexual por conhecidos*, tal como é formulada no PDS poderá incluir situações ocorridas durante a vida adulta, como tal poderão não estar relacionadas com a informação recolhida pela subescala de abuso sexual do CTQ-SF, que avalia as vivências durante a infância e adolescência. No entanto, poderá ainda refletir a maior tendência para a negação de experiências de abuso sexual quando estas ocorrem na interação com figuras emocionais relevantes, neste caso definidas pelo PDS como *violência sexual por conhecidos*.

É ainda de salientar a existência de relações significativas entre a exposição a *acidentes* e a exposição às diferentes formas de maltrato de infância. Este resultado, apesar de não ser indicador de

validade convergente, é congruente com trabalhos científicos que identificam o maltrato de infância enquanto fator de risco acrescido para revitimização ao longo da vida (Widom, Czaja, & Dutton, 2008).

O CTQ-SF apresentou correlações aceitáveis na análise da fiabilidade teste-reteste avaliada com um mês de intervalo, replicando os resultados obtidos por Kim, Park, Yang, Oh e MacDonald (2013) quando estudaram as propriedades psicométricas do CTQ-SF num grupo de doentes psiquiátricos coreanos. Contudo, é de salientar que o curto período de tempo entre as avaliações não permite afirmar a existência de fiabilidade teste-reteste.

### *Tipos de maltrato*

A análise dos resultados obtidos identifica a negligência emocional como o tipo de maltrato mais frequentemente identificado na amostra. No entanto, considerando que esta escala é constituída apenas por itens de cotação inversa, os resultados poderão ser enviesados por este motivo. Considerando os itens de cotação direta, o abuso emocional aparece como o tipo de maltrato mais frequente, resultados congruentes com os estudos de Scher et al. (2001) em população norte-americana, e de Thombs et al. (2009), em população holandesa, aplicando o CTQ-SF em amostras representativas. Ainda que muita da investigação na área do maltrato de infância se tenha centrado nos efeitos do abuso físico e sexual, verifica-se que na população geral são mais frequentes outras formas de maltrato. A confirmar-se os efeitos negativos do abuso emocional salientados por Teicher, Samson, Polcari e McGreenerly (2006), nomeadamente as associações entre agressão verbal por pais e os sintomas de depressão, irritabilidade, dissociação e hostilidade, afigura-se necessário aprofundar o conhecimento acerca dos efeitos do abuso emocional numa perspectiva de saúde pública.

### *Limitações*

Este estudo apresenta algumas características que limitam a generalização dos resultados, nomeadamente o uso de uma amostra não representativa de toda a população portuguesa, sendo reconhecida a influência de fatores culturais na ocorrência de situações de maltrato, bem como a sua associação com situações de pobreza. O fato da amostra ser maioritariamente originária da região norte, poderá influenciar a interpretação dos resultados.

Outra das limitações é a ausência de estudos em população clínica, que permitam a confirmação da avaliação da exposição a situações de maltrato durante a infância por entrevista clínica. Assim, considera-se importante que futuros estudos com o instrumento contemplem esta análise.

A fiabilidade teste-reteste foi analisada com o intervalo temporal de um mês, pelo que os resultados poderão ter sido influenciados pela memória dos itens (Kline, 2000). É ainda de salientar a fragilidade do ajustamento do modelo dos cinco fatores aos dados, patente em alguns dos indicadores.

Ainda que o instrumento em análise seja muito usado internacionalmente, reconhecemos que não valoriza a identificação de algumas formas de maltrato que poderão ocorrer na infância, tais como o presenciar violência doméstica (Fonseca, 2012) e o bullying (Costa & Pereira, 2010), situações reconhecidas como relevantes no contexto português.

### *Direções futuras*

Para contribuir para uma melhor validação do instrumento será pertinente o estudo das suas propriedades psicométricas em população representativa de todo o contexto Português, bem como em amostras clínicas. Considerando que alguns dos indicadores do modelo revelam um ajustamento pobre aos dados,

futura investigação com o CTQ-SF deverá testar a invariância do modelo de cinco fatores nos diferentes sexos e em diversos grupos etários, e ponderar a realização da análise fatorial exploratória em diferentes grupos. Estudos complementares de validade convergente e discriminante deverão também ser promovidos, contemplando as subescalas de negligência física e emocional e abuso emocional.

## Conclusões

O presente estudo descreve características psicométricas do CTQ-SF quando aplicado numa amostra de população portuguesa não clínica. À semelhança de estudos anteriores, a subescala de negligência física apresenta-se com baixa consistência interna, confirmando a necessidade de reformulação dos itens que a constituem. Estudos que usem o CTQ-SF deverão incluir medidas complementares de avaliação da negligência física.

## Agradecimentos

À Professora Doutora Margarida Calafate Ribeiro, ao Professor Doutor António Sousa Ribeiro, e a toda a equipa do projecto “Os Filhos da Guerra Colonial: pós-memória e representações”, pelo apoio ao desenvolvimento do trabalho; ao Professor Doutor David Bernstein pela permissão do uso do CTQ-SF e pela verificação da equivalência do conteúdo dos itens; Ao Professor Doutor Phillip Rothwell pelo apoio na tradução e retroversão do CTQ-SF; ao Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, ao Serviço de Psicologia Médica da Universidade do Porto e ao Serviço de Psiquiatria do Hospital Militar Regional N° 2 de Coimbra, pela colaboração na recolha dos dados; aos participantes pela adesão voluntária ao estudo; à Faculdade de Ciências Sociais da Universidade de Utrecht – Holanda pelas condições de acolhimento de Aida Dias; à Margarida Alte da Veiga pela colaboração na compilação e tratamento dos dados.

## Referências

- Baker, A. J. L., & Maiorino, E. (2010). Assessments of emotional abuse and neglect with the CTQ: Issues and estimates. *Children and Youth Services Review, 32*(5), 740-748.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(3), 340-348.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*(2), 169-190.
- Bogaerts, S., Daalder, A., Spreen, M., Van der Knaap, L., & Henrichs, J. (2011). Factor Structure of the Dutch Version of the Childhood Trauma Questionnaire-SF among Female Sex Workers in the Netherlands. *Journal of Forensic Psychology Practice, 11*(5), 432-442.

- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Beverly Hills, CA: Sage.
- Burnham, K. P., & Anderson, D. R. (2002). *Model selection and multimodel inference: A practical information-theoretic approach*. New York: Springer.
- Byrne, B. M. (2001). Structural Equation Modeling With AMOS, EQS, and LISREL: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. *International Journal of Testing, 1*(1), 55-86.
- Calafate Ribeiro, M., Sales, L., Sousa Ribeiro, A., Mota Cardoso, R., Vecchi, R., Dias, A., Santos, H., & Santos, M. (2010). *Relatório do projeto "Os filhos da guerra colonial: Pós-memória e representações"*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2007). Childhood abuse, adult health, and health care utilization: Results from a representative community sample. *American Journal of Epidemiology, 165*(9), 1031-1038.
- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X., & Mercy, J. A. (2008). Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *American Journal of Public Health, 98*(6), 1094-1100.
- Costa, P., & Pereira, B. O. (2010). O bullying na escola: A prevalência e o sucesso escolar. In L. Almeida, B. Silva, & S. Caires (Orgs.), *Actas do I Seminário Internacional Contributos da Psicologia em Contexto Educativo* (pp. 1810-1821). Braga, Portugal: Centro de Investigação em Educação, Instituto de Educação, Universidade do Minho.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *The American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1453-1460.
- Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S., & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect, 36*(2), 156-165.
- Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment, 9*(4), 445-451.
- Fonseca, S. (2012, Agosto, 8). Dezanove denúncias de violência doméstica por dia. *DN Portugal*. Retirado de [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=2710596&page=-1](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2710596&page=-1)
- Fouladi, R. T. (1998). *Covariance structure analysis techniques under conditions of multivariate normality and non-normality-modified and bootstrap based test statistics*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, San Diego, April 14, 1997.
- Gerdner, A., & Allgulander, C. (2009). Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF). *Nordic Journal of Psychiatry, 63*(2), 160-170.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373*(9657), 68-81.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista de Saúde Pública, 40*(2), 249-255.
- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., ... Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short

- Form: Factor Structure, Reliability and Association With Parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, XX(X), 1-21. doi:10.1177/0886260512468240
- Hox, J. J. (2010). *Multilevel Analysis: Techniques and Applications* (2nd ed.) New York: Routledge.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling Concepts Issues and Applications* (pp. 76-99). London: Sage.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Kenny, D. A., & McCoach, D. B. (2003). Effect of the Number of Variables on Measures of Fit in Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 10(3), 333-351. doi:10.1207/S15328007SEM1003\_1
- Kim, D., Bae, H. Han, C., Oh, H. Y., & MacDonald K. (2013). Psychometric properties of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF) in Korean patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 144, 93-98.
- Kline, P. (2000). *The Handbook of Psychological Testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Hauser, W., Brahler, E., & Glaesmer, H. (2012). The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Psychometric characteristics in a representative sample of the general population. *Psychotherapy and Psychosomatic Medical Psychology*, 62(2), 47-51. doi:10.1055/s-0031-1295495
- Lobbestael, J., Arntz, A., Harkema-Schouten, P., & Bernstein, D. (2009). Development and psychometric evaluation of a new assessment method for childhood maltreatment experiences: The interview for traumatic events in childhood (ITEC). *Child Abuse & Neglect*, 33(8), 505-517.
- Lundgren, K., Gerdner, A., & Lundqvist, L. (2002). Childhood abuse and neglect in severely dependent female addicts: Homogeneity and reliability of a Swedish version of the childhood trauma questionnaire. *International Journal of Social Welfare*, 11(3), 219-227.
- Maia, A., McIntyre, T., Graça Pereira, M., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post traumatic stress as predictors of Portuguese Colonial War veterans physical health. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(3), 309-325.
- Maia, A., Guimarães, G., Carvalho, C., Capitão, L., Carvalho, S., & Capela, S. (2007). Maus tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida: Um estudo com jovens portugueses. *Actas do II Congresso Família, Saúde e Doença*. Universidade do Minho: Braga. Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/7066>.
- Mâroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratorio de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- McIntyre, T., & Costa, E. (2004). *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, Versão Portuguesa)* Material não publicado. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho.
- Nevitt, J., & Hancock, G. R. (1998). Relative performance of rescaling and resampling approaches to model Chi-square and parameter standard error estimation in structural equation modeling. Paper presented at *The Annual Meeting of the American Educational Research Association*, San Diego, April 14, 1997.
- Norman, R. E., 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), e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349

- Nunnally, J. O. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Paivio, S. C., & Cramer, K. M. (2004). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 889-904.
- Paulo, I. (2010, Novembro 19). Portugal é o país da Europa com mais doentes mentais. Expresso. Retirado de <http://expresso.sapo.pt/portugal-e-o-pais-da-europa-com-mais-doentes-mentais=f616434>.
- Pinto, R., & Maia, A. (2012). A Comparison Study between Official Records and Self-Reports of Childhood Adversity. *Child Abuse Review*, 22(5), 354-366. doi: 10.1002/car.2232
- Roy, C. A., & Perry, J. C. (2004). Instruments for the assessment of childhood trauma in adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(5), 343-351.
- Scher, C. D., Stein, M. B., Asmundson, G. J., McCreary, D. R., & Forde, D. R. (2001). The childhood trauma questionnaire in a community sample: Psychometric properties and normative data. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 843-857.
- Scott, K. M., McLaughlin, K. A., Smith, D. A. R., & Ellis, P. M. (2012). Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: Comparison of prospective and retrospective findings. *The British Journal of Psychiatry*, 200(6), 469-475. doi:10.1192/bjp.bp.111.103267
- Strand, V. C., Sarmiento, T. L., & Pasquale, L. E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: A review. *Trauma Violence & Abuse*, 6(1), 55-78. doi:10.1177/1524838004272559
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *The American Journal of Psychiatry*, 163(6), 993-1000.
- Thombs, B. D., Bernstein, D. P., Lobbestael, J., & Arntz, A. (2009). A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse & Neglect*, 33(8), 518-523.
- Weiga-Costa, E. (2006). *Avaliação da eficácia relativa de duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da sida e promoção da saúde em mulheres com risco para o VIH*. Dissertação de doutoramento apresentada na Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. Braga. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6742/1/TESE%20FINAL.pdf>
- Villano, C., Cleland, C., Rosenblum, A., Fong, C., Nuttbrock, L., Marthol, M., & Wallace, J. (2004). Psychometric utility of the Childhood Trauma Questionnaire with female street-based sex workers. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5(3), 33-41.
- Wegman, H. L., & Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 805-812.
- Widom, C. S., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9(1), 34-46. doi:10.1037/1040-3590.9.1.34
- Widom, C. S., Czaja, S.J., & Dutton, M.A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785-796.
- Wingenfeld, k., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., ... Driessen, M. (2010). The German version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Preliminary psychometric properties. *Psychotherapy and Psychosomatic Medicine* 60(11), 442-450. doi: 10.1055/s-0030-1247564.
- Yanos, P. T., Czaja, S. J., & Widom, C. S. (2010). A prospective examination of service use by abused and neglected children followed up into adulthood. *Psychiatric Services Washington DC*, 61(8), 796-802.

**Anexo I**

*CTQ-SF Questionário de Trauma Infantil – Versão Breve*  
(Bernstein et al., 2003; trad. e adapt., Calafate Ribeiro et al., 2010)

Encontra abaixo um conjunto de afirmações sobre a sua infância. Por favor classifique-as de acordo com o que viveu nessa fase da sua vida

Na minha infância e juventude...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1 Eu não tinha comida suficiente.	<input type="checkbox"/>				
2 Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="checkbox"/>				
3 As pessoas da minha família chamavam-me nomes (estúpido(a), preguiçoso(a), feio(a), etc.).	<input type="checkbox"/>				
4 Os meus pais não conseguiam cuidar da família porque se embriagavam ou drogavam.	<input type="checkbox"/>				
5 Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante	<input type="checkbox"/>				
6 Tinha que usar roupas sujas.	<input type="checkbox"/>				
7 Senti-me amado(a).	<input type="checkbox"/>				
8 Achava que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	<input type="checkbox"/>				
9 Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico.	<input type="checkbox"/>				
10 A minha família parecia quase perfeita.	<input type="checkbox"/>				
11 Na minha família batiam-me tanto que me deixavam pisado ou com nódoas negras no corpo.	<input type="checkbox"/>				
12 Batiam-me com um cinto, um pau, uma corda ou outras coisas que me magoavam.	<input type="checkbox"/>				
13 As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	<input type="checkbox"/>				
14 Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam.	<input type="checkbox"/>				
15 Acredito que fui fisicamente maltratado.	<input type="checkbox"/>				
16 Tive uma ótima infância.	<input type="checkbox"/>				
17 Batiam-me tanto que um professor, um vizinho ou um médico chegou a dar-se conta disso.	<input type="checkbox"/>				
18 Sentia que na minha família alguém me odiava.	<input type="checkbox"/>				
19 As pessoas da minha família eram unidas.	<input type="checkbox"/>				
20 Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar alguém sexualmente.	<input type="checkbox"/>				
21 Ameaçaram magoar-me ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	<input type="checkbox"/>				
22 Tive a melhor família do mundo.	<input type="checkbox"/>				
23 Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir a algo sexual.	<input type="checkbox"/>				
24 Alguém me assediou.	<input type="checkbox"/>				
25 Acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.	<input type="checkbox"/>				
26 Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisava.	<input type="checkbox"/>				
27 Acredito que fui abusado sexualmente.	<input type="checkbox"/>				
28 A minha família foi uma fonte de força e apoio.	<input type="checkbox"/>				

**Anexo II***Resultados da Análise Fatorial Exploratória, indicando saturações fatoriais e comunalidade*

Itens	Saturações Factoriais					h <sup>2</sup>
	Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV	Fator V	
13. Cuidar uns dos outros (R)	.743					.571
28. Fonte de apoio e suporte (R)	.727					.697
26. Levar ao médico se necessário (R)	.689					.540
2. Ter alguém que cuidava e protegia (R)	.664					.445
5. Especial ou importante (R)	.650					.459
19. Eram chegados (R)	.621					.576
7. Sentir-se amado (R)	.593					.446
23. Tentar contacto sexual		.884				.785
21. Ameaças em contexto sexual		.846				.767
27. Sexualmente abusado		.694				.554
20. Tocar sexualmente		.650				.514
24. Ser assediado		.586				.451
14. Insultaram			.770			.643
3. Chamaram nomes...			.685			.498
25. Abusado emocionalmente			.597			.603
8. Desejarem que nunca tivesse nascido			.558			.409
18. Detestavam			.428			.255
11. Ter nódoas negras por lhe terem batido				.788		.732
17. Ser espancado e alguém notou				.717		.632
15. Fisicamente abusado				.659		.701
12. Batido com objetos duros				.630		.573
6. Vestir roupas sujas					.708	.540
9. Ser espancado e ter que ir ao médico					.550	.413
1. Não ter comida suficiente					.429	.233
4. Pais drogados ou alcoolizados					.409	.191

*Nota.* Fator I – Negligência Emocional; Fator II – Abuso Sexual; Fator III – Abuso Emocional; Fator IV – Abuso Físico; Fator V – Negligência Física.

*Submissão:* 27/06/2013

*Aceitação:* 10/12/2013