

Maltrato Intrafamiliar em Crianças de Idade Pré-Escolar:
Avaliação do Impacto no Desenvolvimento Cognitivo e Socioemocional

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Filipa da Luz Pedrosa Grade Carrejo



[Autora: Mónica – CAT Distrito de Faro – 70 meses de idade]

Ana Filipa da Luz Pedrosa Grade Carrejo

Maltrato Intrafamiliar em Crianças de Idade Pré-Escolar: Avaliação do Impacto no Desenvolvimento Cognitivo e Socioemocional

Tese de Doutoramento em Psicologia, área de especialização em Avaliação Psicológica sob a orientação da Professora Doutora Isabel Maria Marques Alberto e da Professora Doutora Maria João Seabra-Santos, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Maltrato Intrafamiliar em Crianças de Idade Pré-Escolar:
Avaliação do Impacto no Desenvolvimento Cognitivo e
Socioemocional

Ana Filipa Luz Pedrosa Grade Carrejo

Bolsa de Doutoramento da
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
(SFRH/BD/44377/2008)



Dissertação de Doutoramento em Psicologia,
área de especialização em Avaliação Psicológica,
realizada sob a orientação da
Professora Doutora Isabel Maria Marques Alberto
e da Professora Doutora Maria João Seabra-Santos
e apresentada à Faculdade de Psicologia e de
Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Coimbra, Julho de 2013

Dedico:

À minha filha Maria Luz
que me ilumina nesta e noutras
caminhadas da minha vida.

E

Às crianças que participaram
neste estudo, que ficarão
sempre na minha memória.

Recomeçar

Recomeça....

Se puderes

Sem angústia

E sem pressa.

E os passos que deres,

Nesse caminho duro

Do futuro

Dá-os em liberdade.

Enquanto não alcances

Não descanses.

De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,

Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.

Sempre a sonhar e vendo

O logro da aventura.

És homem, não te esqueças!

Só é tua a loucura

Onde, com lucidez, te reconheças...

(Miguel Torga, 1977)

Agradecimentos

Este estudo resulta da colaboração, da disponibilidade e do incentivo de várias pessoas e entidades, que contribuíram para que a concretização deste trabalho fosse possível. Expresso aqui formalmente o meu agradecimento:

Às minhas orientadoras, a Professora Doutora Isabel Maria Alberto e a Professora Doutora Maria João Seabra-Santos, pelas sugestões e partilha de conhecimentos, pela prontidão no esclarecimento de dúvidas, e pelo rigor na orientação da investigação e na revisão desta dissertação.

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia, pela bolsa de Doutoramento que me foi concedida e sem a qual não teria sido possível a realização desta investigação.

À Comissão Nacional de Proteção de Dados pela autorização na recolha dos dados.

Aos Diretores dos CATs, CAOTs e Lares, pela autorização na recolha de dados no grupo de crianças vítimas de maltrato (grupo de estudo), e às respetivas Equipas Técnicas e Monitores, pela receptividade com que me receberam, pela disponibilidade no preenchimento dos questionários necessários à concretização desta investigação, pela demonstração de interesse e pelo apoio prestado à recolha dos dados, alterando, por vezes, as suas rotinas profissionais para que esta recolha fosse possível, e pelo papel de intermediários com os Educadores de Infância das respetivas crianças do grupo de estudo, para que estes também preenchessem os questionários indispensáveis à recolha dos dados.

À Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, aos Presidentes dos Conselhos Executivos dos Agrupamentos de Escolas – Pré-Escolar, assim como aos Diretores das Instituições Particulares de Solidariedade Social, pela autorização da recolha de dados no grupo da população geral.

Aos Educadores de Infância dos Agrupamentos de Escolas – Pré-Escolar e das Instituições Particulares de Solidariedade Social, que prontamente se disponibilizaram no processo de seleção das crianças do grupo da população geral e no preenchimento dos questionários necessários ao estudo, e pelo elo de ligação que estabeleceram com os Encarregados de Educação, permitindo que estes tivessem conhecimento acerca do estudo. E Aos Encarregados de Educação do grupo de crianças da população geral, por autorizarem a participação dos seus filhos no estudo, e pela colaboração no preenchimento de questionários imprescindíveis à recolha dos dados.

Às crianças acolhidas institucionalmente que participaram neste estudo, pela sua curiosidade e alegria com que me receberam, pelos muitos abraços e desenhos oferecidos.

Às crianças do grupo da população geral, pela sua motivação e interesse na realização dos “jogos da Filipa”.

À Inês Pato e à Paula Pereira pelo auxílio na revisão da tradução do resumo para a versão inglesa.

Aos amigos e colegas que me incentivaram e me apoiaram nos momentos de algum desânimo e/ou de dúvidas metodológicas, em particular à Marta Oliveira, à Catarina Neves, à Sofia Major e ao Hugo Fazendeiro.

Aos meus familiares que estão sempre disponíveis para me ajudar no que for necessário, em particular à minha sobrinha e afilhada, Beatriz Moleirinho, pela ajuda nos últimos dias da entrega deste trabalho, ao Alexandre Grade, contactado no início desta investigação para me ajudar a construir o software do *Teste Stroop Dia-Noite*, utilizado neste estudo – em conjunto construímos também uma família, presentada com o nascimento da nossa filha Maria, e ao meu sogro Pedro Grade pela partilha dos seus excelentes conhecimentos de francês. E, por último, um especial obrigada à minha Mãe, Mabilia Carrejolo e ao meu Pai, Diamantino Carrejolo, pelo apoio e amor incondicional, sem os quais este trabalho não teria sido possível de se concretizar.

A todos **muito obrigada!**

Índice

Pág.

1 | Introdução

PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO MALTRATO INFANTIL

CAPÍTULO 1

6 | Breve Resenha Histórica Acerca do Maltrato Infantil

CAPÍTULO 2

17 | Conceptualização do Maltrato Infantil e Estudos Epidemiológicos

18 | 2.1 Definição do Constructo “Maltrato Infantil”

19 | 2.2 Tipologia do Maltrato Infantil

20 | 2.2.1 Negligência

22 | 2.2.2 Abuso Físico

23 | 2.2.3 Abuso Sexual

24 | 2.2.4 Abuso Emocional

27 | 2.3 Proteção Penal Relativa ao Maltrato Infantil em Portugal

28 | 2.4 Estudos Epidemiológicos do Maltrato Infantil

CAPÍTULO 3

35 | Etiologia do Maltrato Infantil

CAPÍTULO 4

51 | Consequências do Maltrato Infantil

53 | 4.1 Desenvolvimento Cognitivo

67 | 4.2. Desenvolvimento Socioemocional

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 5

82 | Objetivos e Metodologia da Investigação

83 | 5.1 Objetivos

84 | 5.2 Hipóteses

89 | 5.3 Metodologia

90 | 5.3.1 Caracterização da Amostra

105 | 5.3.2 Instrumentos

121 | 5.3.3 Procedimentos da Recolha dos Dados

127 | 5.3.4 Dificuldades Encontradas na Recolha dos Dados

129 | 5.3.5 Especificidades na Avaliação Psicológica de Crianças em Idade Pré-Escolar
Refletidas na Recolha da Amostra

138 | 5.3.6 Tratamento Estatístico dos Dados

	CAPÍTULO 6
141	Análise dos Resultados
142	6.1 Adaptação de Instrumentos de Avaliação Psicológica
142	6.1.1 Escala de Perturbação de Stress Pós-Traumático do Inventário do Comportamento da Criança (Modificada)
165	6.1.2 Teste Stroop Dia-Noite
173	6.2 Análise Comparativa dos Resultados obtidos por Crianças Vítimas e Não Vítimas de Maltrato
187	6.3 Análise dos Resultados Obtidos em Função de Variáveis Específicas do Contexto de Maltrato
	CAPÍTULO 7
211	Discussão dos Resultados
235	Conclusões Gerais
245	Bibliografia
271	Anexos

Índice de Tabelas

Pag.		
26	Tabela 2.1	Critérios de Diagnóstico de Abuso Emocional
31	Tabela 2.2	Dados Estatísticos das Polícias e Entidades de Apoio à Investigação Relativos aos Crimes Perpetrados Contra Menores de 16 anos Referentes aos anos de 2007 a 2011
32	Tabela 2.3	Dados Estatísticos da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco relativos aos anos de 2008 a 2011
33	Tabela 2.4	Dados Estatísticos da APAV relativos aos anos de 2008 a 2012
47	Tabela 3.1	Continuum de Expressividade e Sensibilidade Emocional Parental
71	Tabela 4.1	Algoritmo Alternativo de PTSD (PTSD-AA) em Crianças Pré-escolares Refletindo Mudanças Feitas aos Critérios de PTSD do DSM-IV-TR
73	Tabela 4.2	Revisões Propostas do DSM-V: PTSD em Crianças Pré-Escolares
91	Tabela 5.1	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo da População Geral quanto à Variável Idade para o Género Feminino e o Género Masculino
91	Tabela 5.2	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo da População Geral quanto à Variável Género
91	Tabela 5.3	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo da População Geral quanto à Variável Etnia
92	Tabela 5.4	Frequências da Distribuição do Grupo de Estudo e do Grupo da População Geral por Distrito
93	Tabela 5.5	Caracterização da Amostra quanto à Variável Nível de Escolaridade dos Progenitores
94	Tabela 5.6	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo da População Geral quanto à Variável Nível Socioeconómico do Agregado Familiar

94	Tabela 5.7	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Nível Socioeconómico do Agregado Familiar
95	Tabela 5.8	Caracterização da Variável Profissão dos Progenitores do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo Segundo a Classificação do INE (Instituto Nacional de Estatística) (Classificação Portuguesa das Profissões, 2010)
96	Tabela 5.9	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Género
96	Tabela 5.10	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Idade
97	Tabela 5.11	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Etnia
97	Tabela 5.12	Frequências da Distribuição do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Estado Civil dos Progenitores
98	Tabela 5.13	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Número de Irmãos
99	Tabela 5.14	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Presença de Doenças Físicas e/ou Mentais nos Progenitores
100	Tabela 5.15	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto ao Tempo de Frequência de Instituições Escolares
100	Tabela 5.16	Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Com Quem Vivia ou Vive
101	Tabela 5.17	Distribuição do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Frequência de Consultas de Especialidade e/ou Terapias
102	Tabela 5.18	Caracterização do Grupo de Estudo quanto ao Motivo do Acolhimento
103	Tabela 5.19	Caracterização das Crianças do Grupo de Estudo quanto à Tipologia do Maltrato de que Foram Vítimas
104	Tabela 5.20	Caracterização do Grupo de Estudo quanto a Acolhimentos Anteriores
104	Tabela 5.21	Caracterização das Crianças do Grupo de Estudo quanto a Quem as Visita nas Instituições de Acolhimento

105	Tabela 5.22	Descrição do Grupo de Estudo quanto à Definição do Projeto de Vida
106	Tabela 5.23	Instrumentos de Avaliação Psicológica Aplicados no Âmbito do Presente Estudo
144	Tabela 6.1	Correlações Item-Escala e Coeficiente <i>Alfa de Cronbach</i> : Escala PTSD-CBCL (Modificada) (Protocolos do jardim-de-infância) sem a inclusão dos itens 8 e 18 - Grupo de Estudo (n=70)
146	Tabela 6.2	Correlações Item-Escala e Coeficiente <i>Alfa de Cronbach</i> : Escala PTSD-CBCL (Modificada) (Protocolos dos Cuidadores) - Grupo de Estudo (n=71)
147	Tabela 6.3	Consistência Interna (Alfa) e EPM da PTSD-CBCL – Grupo de Estudo
148	Tabela 6.4	Acordo entre Informadores: Jardim-de-Infância – Cuidadores
149	Tabela 6.5	Comparação das Avaliações Efetuadas por Jardim-de-Infância e Cuidadores Relativas à PTSD-CBCL (Modificada)
151	Tabela 6.6	Resultados KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett: PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) – Grupo de Estudo
153	Tabela 6.7	Matriz de Componentes Rodada, Comunalidades e Variância Explicada PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) – Grupo de Estudo
155	Tabela 6.8	Correlações Item-Escala e Coeficiente Alfa de Cronbach: Fator 1 – Alterações na Reatividade/Dependência Emocional – da Escala PTSD-CBCL (Modificada) – Grupo de Estudo
156	Tabela 6.9	Correlações Item-Escala e Coeficiente Alfa de Cronbach: Fator 2 – Reexperiência/Estados Emocionais Negativos – da Escala PTSD-CBCL (Modificada) – Grupo de Estudo
157	Tabela 6.10	Correlações Item-Escala e Coeficiente Alfa de Cronbach: Fator 3 – Queixas Somáticas/Isolamento Social – da Escala PTSD-CBCL (Modificada) – Grupo de Estudo
159	Tabela 6.11	Correlações entre a PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) e as ECIP-2 (Resultados Brutos) no Contexto Jardim-de-Infância – Grupo de Estudo
160	Tabela 6.12	Correlações entre a PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) e as ECIP-2 (Resultados Brutos) no Contexto Cuidadores – Grupo de Estudo
162	Tabela 6.13	Comparação das Médias dos Resultados da Escala PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) no Contexto Jardim-de-Infância em Função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

162	Tabela 6.14	Comparação das Médias dos Resultados da Escala PTSD-CBCL (Modificada) (25 itens) no Contexto Cuidadores em Função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
163	Tabela 6.15	Comparação das Médias dos Resultados da Escala PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) no Contexto Jardim-de-Infância em Função da Idade
164	Tabela 6.16	Comparação das Médias dos Resultados da Escala PTSD-CBCL (Modificada) (25 itens) no Contexto Cuidadores em Função da Idade
164	Tabela 6.17	Diferenças nos Resultados Obtidos na PTSD-CBCL (Modificada) no Contexto Jardim-de-Infância em Função da Idade – Grupo da População Geral
166	Tabela 6.18	Correlações Item-Total Corrigidas e Coeficiente <i>Alfa</i> do TSDN – Grupo da População Geral
168	Tabela 6.19	Correlações entre o Teste Stroop Dia-Noite (TSDN), a WPPSI-R e o Teste Memória de Faces da BANC – Grupo da População Geral
170	Tabela 6.20	Comparação das Médias dos Resultados do Teste Stroop Dia-Noite (Acertos, Erros e Omissões) no Grupo da População Geral em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
171	Tabela 6.21	Comparação da Média dos Resultados do Teste Stroop Dia-Noite em função da Idade – Grupo da População Geral
171	Tabela 6.22	Diferenças no Total do Número de Acertos no Teste Stroop Dia-Noite em função da Idade – Grupo da População Geral
172	Tabela 6.23	Diferenças no Total do Número de Erros no Teste Stroop Dia-Noite em função da Idade – Grupo da População Geral
172	Tabela 6.24	Diferenças no Total do Número de Omissões no Teste Stroop Dia-Noite em função da Idade – Grupo da População Geral
174	Tabela 6.25	Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados Padronizados da WPPSI-R: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
175	Tabela 6.26	Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Brutos) nas Tarefas Neuropsicológicas: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
177	Tabela 6.27	Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Jardim-de-Infância (23 Itens): Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
178	Tabela 6.28	Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Cuidadores (25 Itens): Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

180	Tabela 6.29	Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Padronizados) dos Subtestes da WPPSI-R: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
181	Tabela 6.30	Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Padronizados) das ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
182	Tabela 6.31	Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Padronizados) das ECIP-2 – Contexto Cuidadores: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
184	Tabela 6.32	Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto aos Níveis de Risco Definidos pelas ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância: Distribuição por Categorias em Termos Percentuais e Teste do χ^2 por Simulação Monte Carlo
185	Tabela 6.33	Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto aos Níveis de Risco Definidos pelas ECIP-2 – Contexto Cuidadores: Distribuição por Categorias em Termos Percentuais e Teste do χ^2 por Simulação Monte Carlo
188	Tabela 6.34	Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) na WPPSI-R de Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Múltiplo Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
189	Tabela 6.35	Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) nas Tarefas Neuropsicológicas de Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Múltiplo Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
190	Tabela 6.36	Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância de Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Múltiplo Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
191	Tabela 6.37	Comparação entre Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Cuidadores entre Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
193	Tabela 6.38	Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Jardim-de-Infância (23 Itens) de Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Múltiplo Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
194	Tabela 6.39	Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Cuidadores (25 Itens) e de Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Múltiplo Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
195	Tabela 6.40	Correlação entre os Resultados (Padronizados) das ECIP-2 em Contexto Jardim-de-Infância e em Contexto Cuidadores e o Tempo de Acolhimento das Crianças Vítimas de Maltrato
196	Tabela 6.41	Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância de Crianças Acolhidas em Várias Instituições e Crianças Acolhidas numa Única Instituição: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
197	Tabela 6.42	Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Cuidadores de Crianças Acolhidas em Várias Instituições e Crianças Acolhidas numa Única Instituição: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

198	Tabela 6.43	Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) na WPPSI-R de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
199	Tabela 6.44	Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) em Tarefas Neuropsicológicas de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
200	Tabela 6.45	Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
201	Tabela 6.46	Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Cuidadores de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
202	Tabela 6.47	Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Jardim-de-Infância de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
203	Tabela 6.48	Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Cuidadores de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
204	Tabela 6.49	Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) na WPPSI-R em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
205	Tabela 6.50	Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) em Tarefas Neuropsicológicas em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
206	Tabela 6.51	Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Jardim-de-Infância em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
207	Tabela 6.52	Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Cuidadores em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
208	Tabela 6.53	Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito
209	Tabela 6.54	Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Cuidadores em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Índice de Figuras

Pag.	
37	Figura 3.1 Dimensão Temporal das Classes Determinantes para a Ocorrência de Maltrato
41	Figura 3.2 Esquema do Modelo Ecológico-Transacional
109	Figura 5.1 Imagens dos Cartões Utilizados no <i>Teste Stroop Dia-Noite</i> (TSDN)
111	Figura 5.2 Imagem do Software Profissional de Edição Não-Linear de Audio (Soundtrack Pro) do <i>Teste Stroop Dia-Noite</i> (TSDN)
152	Figura 6.1 <i>Scree Plot</i> PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) – Grupo de Estudo

Índice de Anexos

Pag.	
272	Anexo A Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados
279	Anexo B Autorização dos Autores da Versão Original e da Versão Melhorada do <i>Teste Stroop Dia-Noite</i>
282	Anexo C Autorização dos Autores da CBCL-PTSD
284	Anexo D Pedido de Autorização às Direções dos CATs
286	Anexo E Pedido de Autorização ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
288	Anexo F Listagem das Instituições Relativas ao Grupo de Estudo Segundo o Distrito e o Número de Crianças Avaliadas
290	Anexo G Autorização da Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular
292	Anexo H Pedido de Autorização aos Presidentes dos Conselhos Executivos dos Agrupamentos de Escolas – Pré-escolar
294	Anexo I Pedido de Autorização aos Diretores das IPSSs
296	Anexo J Listagem das Instituições Relativas ao Grupo da População Geral Segundo o Distrito e o Número de Crianças Avaliadas
298	Anexo K Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação
300	Anexo L Questionário das Variáveis Sociodemográficas do Grupo de Estudo
302	Anexo M Questionário das Variáveis Sociodemográficas do Grupo da População Geral
304	Anexo N Escala de Perturbação de Stress Pós-traumático do Inventário de Comportamento da Criança (Modificada) (PTSD-CBCL [Modificada])
307	Anexo O Frequências das Pontuações Atribuídas a Cada Item da PTSD-CBCL (Modificada) no Grupo de Estudo e no Grupo da População Geral, quer no Contexto Jardim-de-Infância, quer no Contexto Cuidadores.
310	Anexo P Matriz de Componentes Não Rodada, Comunalidades (h^2), Eigenvalues e Variâncias Explicadas PTSD-CBCL – 23 Itens – Grupo de Estudo
312	Anexo Q Matrizes de Correlações entre os Resultados Obtidos nos Instrumentos de Avaliação

Abreviaturas e Siglas

APA	American Psychiatric Association
APAV	Associação Portuguesa de Apoio À Vítima
BANC	Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra
CAT	Centro de Acolhimento Temporário
CAOT	Centro de Acolhimento e Observação Temporário
CPCJR	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo
DGPJ	Direção-Geral de Política de Justiça
ECIP-2	Escalas de Comportamento para a Idade Pré-escolar – 2ª Edição
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
NSE	Nível socioeconómico
WHO	World Health Organization
PTSD	Perturbação de Stress Pós-Traumático
TSDN	Teste Stroop Dia-Noite
UNICEF	United Nations Children's Fund
WPPSI-R	Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária – Forma Revista

Resumo

Apesar do aumento do número de denúncias de casos de maltrato intrafamiliar infligidos a crianças em idade pré-escolar, existem poucos estudos acerca do impacto destas situações danosas para o bem-estar e desenvolvimento infantil. A literatura aponta para uma maior vulnerabilidade nas crianças mais novas, em termos do seu funcionamento global, perante vivências de situações de maltrato em contexto familiar. Esta vulnerabilidade deve-se a um conjunto de fatores, nomeadamente: i) a maturação neuro-anatómica cerebral em curso nestas crianças; ii) a sua inerente dependência do cuidador que é, simultaneamente, o perpetrador do maltrato e a pessoa que lhes pode proporcionar algum suporte; iii) a sua limitada rede social que as priva de modelos apropriados de interações sociais; iv) a sua própria imaturidade linguística que as impede de denunciar as situações de que são vítimas; e v) um conjunto de referenciais sociais e culturais enraizados na sociedade.

É com base nestas pesquisas, que apontam para uma vulnerabilidade específica no desenvolvimento cognitivo e socioemocional das crianças em idade pré-escolar que estabelecemos como objetivos do presente estudo: i) analisar o impacto do abuso e da negligência intrafamiliar no desempenho intelectual e neuropsicológico (em tarefas de controlo inibitório, de atenção e de memória); ii) avaliar a presença de sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD); iii) identificar o impacto do abuso/negligência ao nível das aptidões sociais e problemas de comportamento externalizantes e internalizantes; e vi) analisar como determinadas variáveis inerentes às características da criança e ao próprio contexto de vitimação de abuso/negligência (e.g., tempo de acolhimento) influenciam o desempenho cognitivo e socioemocional. Adicionalmente, dada a existência de uma lacuna no que se refere à adaptação e validação de instrumentos de avaliação psicológica para crianças portuguesas em idade pré-escolar, principalmente na área da avaliação de sintomatologia de PTSD e da neuropsicologia, tivemos como objetivo adaptar dois instrumentos à população portuguesa em idade pré-escolar: um na área da avaliação de sintomatologia de PTSD, a escala PTSD-CBCL (Modificada), e outro no campo da avaliação neuropsicológica, o *Teste Stroop Dia-Noite* (TSDN). A análise destes instrumentos do ponto de vista da precisão (e.g., consistência interna) e validade (e.g., validade convergente), permitiram verificar a sua adequação no contexto português. Para além destes dois instrumentos, ao

grupo de estudo, composto por crianças vítimas de maltrato ($n = 107$) e ao grupo de controlo ($n = 64$) constituído por crianças não vítimas, entre os 40 e os 72 meses de idade ($M = 57.07$ meses), equivalentes no que concerne ao género, idade, etnia e NSE, foram ainda aplicados: a *Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária – Forma Revista* ou WPPSI-R, o *Teste de Barragem* da NEPSY, o *Teste Memória de Faces* da BANC e as *Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª Edição*. Da análise comparativa entre o grupo de crianças vítimas de maltrato e o grupo de crianças não vítimas obtiveram-se resultados significativamente inferiores no grupo das vítimas, e com valores de magnitude do efeito médios a grandes no desempenho intelectual, neuropsicológico e socioemocional, consistentes com a literatura existente. A análise dos resultados em função de variáveis da própria criança e do contexto de vitimação de abuso/negligência, embora não permita confirmar todas as hipóteses estabelecidas, aponta para uma associação positiva significativa, de magnitude considerada fraca e moderadamente fraca, entre os índices de problemas de comportamento e o tempo de acolhimento. Verificou-se, ainda, ausência de diferenças significativas em função da variável género, no desempenho intelectual e neuropsicológico. Quanto à presença de sintomatologia de PTSD, as raparigas apresentaram índices superiores de queixas somáticas e de isolamento social que os rapazes, os quais demonstraram índices superiores de problemas externalizantes. Dados que são consistentes com pesquisas divulgadas na literatura. Consideramos que este estudo veio trazer um contributo positivo para a investigação, avaliação e intervenção em crianças vítimas de maltrato intrafamiliar em idade pré-escolar.

Palavras-Chave: Maltrato Intrafamiliar, Avaliação Pré-escolar, Desenvolvimento Cognitivo, Desenvolvimento Socioemocional, PTSD, Stroop.

Abstract

Despite the increasing number of reported cases of maltreatment inflicted on preschool age children within the family, there are few studies on the impact of such harmful situations on the child's welfare and development. The literature points to a greater vulnerability in younger children in terms of their overall functioning when exposed to situations of abuse/neglect within the family context. This vulnerability is due to a number of reasons, namely: i) the brain's neuro-anatomical maturation taking place in children of this age group, ii) the child's inherent dependency to the caregiver who is both the perpetrator of the abuse and the person who can give them some support; iii) their limited social network that deprives them of appropriate models of social interactions, iv) their own linguistic immaturity that prevents them from reporting the situations they face, and v) a set of social and cultural references embedded in society.

It is based on these studies that point to the specific vulnerability in cognitive and socioemotional development of preschool children that we set the objectives of this study: i) to analyse the impact of abuse and family neglect in intellectual and neuropsychological performance (in tasks of inhibitory control, attention and memory); ii) to assess the presence of symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD); iii) to identify the impact of abuse/neglect in terms of social skills and internalizing and externalizing behavioural problems, and iv) to analyse how certain variables inherent to the child and to the context of the abuse/neglect (e.g., length in foster care) influence cognitive and socioemotional performance. Furthermore, given the existence of a gap with regard to the adaptation and validation of psychological assessment instruments to Portuguese preschoolers, especially in the area of PTSD symptoms and neuropsychological assessment, we aimed to adapt two instruments to the Portuguese preschooler's population: one in the area of assessment of PTSD symptoms, the PTSD-CBCL (Modified) scale, and other in the field of neuropsychological assessment, the *Day-Night Stroop Test* (TSDN). The analysis of these instruments from the point of view of reliability (e.g., internal consistency) and validity (e.g., convergent validity), allowed for verifying their suitability in the Portuguese context. In addition to these two instruments, several other measures were also applied to the study group, consisting of maltreated preschoolers ($n = 107$) and to the control group ($n = 64$) consisting of

non-victimized preschoolers, between 40 and 72 months of age ($M = 57.07$ months), equivalent according to gender, age, ethnicity and SES: the *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised* (WPPSI-R), the *Visual Attention Test of NEPSY*, the *Memory Faces Test* of BANC, and *Preschool and Kindergarten Behavior Scales - 2nd Edition*. Comparative analysis between the group of children who are victims of abuse/neglect and the group of children who were not results were obtained significantly lower in the group of victims, and magnitude of the effect of medium to large in intellectual performance, neuropsychological and socioemotional, consistent with the literature existing. The analysis of the results in function of variables inherent to the child and the context of abuse/neglect victimization, although it does not allow to confirm all the established hypotheses, points to a positive significant association, of weak and moderately weak magnitude, between the rates of behaviour problems and the length in the foster care. There were also no significant differences according to the gender variable in the intellectual and neuropsychological performance. Regarding the presence of PTSD symptoms, girls presented higher rates of somatic complaints and social isolation than boys, who demonstrated higher rates of externalizing problems. Data that are consistent with previous studies. We believe that this study has brought a positive contribution to the research, assessment and intervention on maltreated preschoolers.

Key-Words: Intrafamily Child Maltreatment, Preschool Age Assessment, Cognitive and Socioemotional Development, PTSD, Stroop.

Introdução

O maltrato¹ infligido às crianças em idade pré-escolar no seio familiar não é um fenómeno novo. No entanto, nos últimos anos o número de casos denunciados aumentou consideravelmente, tendo estes vindo a ser largamente divulgados nos órgãos de comunicação social e provocando um estado de alerta na comunidade em geral e nos profissionais da educação e da saúde em particular.

Apesar de a família ser idealmente vista como um local de realização afetiva, de compreensão recíproca e de segurança (Alarcão, 2000), segundo os dados dos relatórios anuais das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), o número de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos identificadas nas CPCJ, tem vindo a aumentar desde 2009 (ver CPCJ, 2013, Fevereiro).

Todavia, os casos de maltrato infantil denunciados constituem somente uma parte da realidade, havendo muitos que nunca chegarão a conhecimento público, pelas mais diversas razões. Entre estas contam-se: a imaturidade linguística e cognitiva das crianças maltratadas que, assim, se encontram impossibilitadas de denunciar o crime de que foram vítimas (Hewitt, 1999); o facto de estas crianças, com menos de seis anos, poderem não frequentar qualquer instituição de ensino, passando, desta forma, o maltrato despercebido pela comunidade (Healey & Fisher, 2011); o temor sentido pela criança relativamente às represálias do perpetrador (Cid, Machado, & Matos, 2010) ou à perda do seu amor (Gonçalves, 2003); e, também, a questão da denúncia obrigatória, que conduz ao aumento da *lei do silêncio familiar*, com receio das consequências provocadas pelas intervenções do sistema judicial (Alarcão, 2000).

Em Portugal existem poucos estudos acerca do impacto destas situações nefastas para o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar. Diversas razões poderão estar na base deste facto, designadamente o estigma associado à atribuição de um diagnóstico a uma criança mais nova, o número limitado de instrumentos de avaliação psicológica disponíveis e os desafios da avaliação e de diagnóstico que as crianças em idade pré-escolar colocam devido às suas especificidades

¹ Optámos por adotar, ao longo deste trabalho, o conceito “maltrato” em vez de “maus-tratos”, pois permite abarcar quer os vários tipos de abuso perpetrados contras as crianças, quer as várias dimensões de negligência, sem possuir uma conotação moralizadora, afirmando-se como uma entidade particular de objeto de estudo científico (ver Alberto, 2008).

desenvolvimentais, quer a nível cognitivo quer a nível socioemocional (De Young et al., 2011).

Estas especificidades exigem, por parte do examinador, requisitos e cuidados específicos distintos da avaliação de adultos e até de crianças em idade escolar (Barona & De Barona, 2004), que se adensam quando se pretende avaliar grupos especiais, como é o caso das crianças vítimas de maltrato, em que algumas destas especificidades desenvolvimentais podem revelar-se de uma forma mais intensa, complicando a avaliação.

Adicionalmente, o constructo “maltrato infantil” varia de acordo com as diferentes abordagens socioculturais e com os próprios referenciais pessoais, sendo, também, a categorização do maltrato em termos tipológicos pouco consensual entre os vários estudos, dificultando a comparação dos resultados obtidos.

Segundo a literatura existente, a qualidade do ambiente precoce do contexto familiar, nomeadamente a falta de estimulação ou a privação ambiental e a inadequação ou ausência de interação progenitores-criança, assim como o dano cerebral causado pelos elevados níveis de stresse, pela desnutrição e pela privação sensorial e emocional que, com frequência, se encontram associados a situações de abuso (físico, sexual e emocional) e de negligência, têm um impacto determinante no desenvolvimento intelectual destas crianças. Assim, o desenvolvimento das funções e das estruturas do cérebro infantil que ocorre no período pós-natal é influenciado pelas experiências ambientais, ou seja, o Sistema Nervoso Central da criança é afetado de forma determinante pelos comportamentos dos seus cuidadores (Gunnar & Fisher, 2006; Perry, 2002). Daí que processos como a atenção, a memória e algumas funções executivas, nomeadamente o controlo inibitório, possam estar comprometidos e afetar o desempenho intelectual e neuropsicológico das crianças vítimas de maltrato.

Existem estudos que revelam que uma das sequelas do maltrato na infância é a sintomatologia de PTSD (De Bellis et al., 2009; Dehon & Scheeringa, 2006; Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2003). Os danos cerebrais associados ao maltrato nos primeiros anos de vida, a ausência de um vínculo seguro com os cuidadores primários e a falha parental em providenciar as necessidades básicas, comprometem o desenvolvimento socioemocional das crianças vítimas de maltrato, provocando-lhes dificuldades na regulação emocional e comportamental, que podem conduzir ao desenvolvimento de sintomatologia de PTSD. Esta sintomatologia está intimamente relacionada com um quadro caracterizado pela presença de problemas de

comportamento externalizantes e internalizantes, nas crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar (Mongillo, Briggs-Gowan, Ford, & Carter, 2009). Por conseguinte, a modificação do equilíbrio neuroquímico do cérebro devida a experiências precoces de maltrato pode provocar danos no desenvolvimento socioemocional e alterar a capacidade da criança para se auto-regular emocionalmente e para interagir positivamente com os outros.

Daí que seja urgente encontrar novas formas de avaliação, diagnóstico e intervenção, para uma consequente prevenção atempada de vivência de novas situações de maltrato nestas crianças.

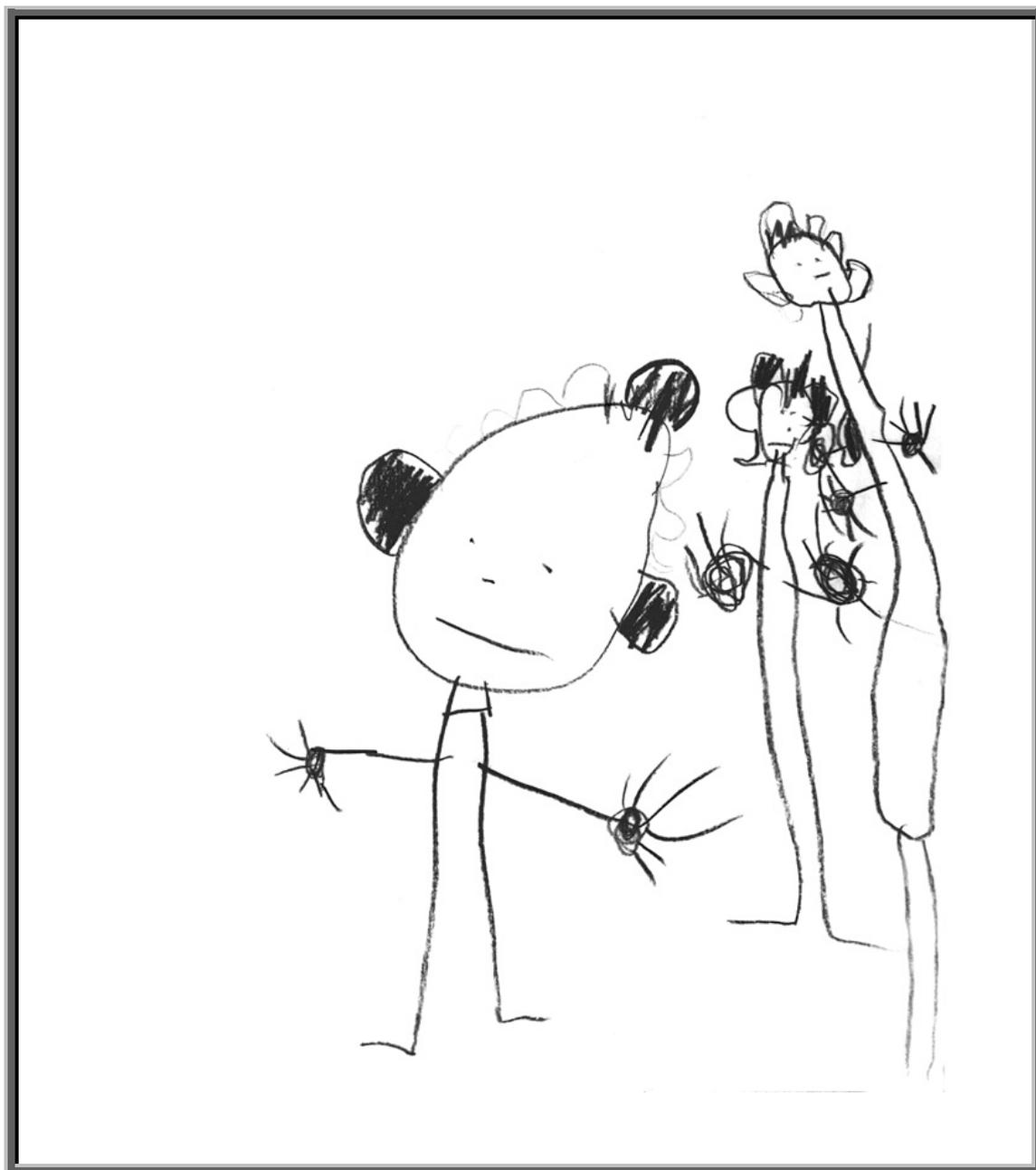
Assim, o nosso estudo tem como objetivos: i) adaptar dois instrumentos de avaliação psicológica à população portuguesa em idade pré-escolar: um na área da avaliação de sintomatologia de PTSD, a escala PTSD-CBCL (Modificada); e outro no campo da avaliação neuropsicológica, o *Teste Stroop Dia-Noite* (TSDN); ii) analisar o impacto do abuso e da negligência no desempenho intelectual e neuropsicológico (em tarefas de controlo inibitório, de atenção e de memória); iii) avaliar a presença de sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD); iv) identificar o impacto do abuso/negligência ao nível das aptidões sociais e problemas de comportamento externalizantes e internalizantes; e v) analisar como determinadas variáveis inerentes às características da criança e ao próprio contexto de vitimação de abuso/negligência (e.g., tempo de acolhimento) influenciam no desempenho cognitivo e socioemocional.

A presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes: uma primeira parte relativa à contextualização do maltrato infantil, organizada em quatro capítulos; e uma segunda parte, constituída por três capítulos, referente ao estudo empírico, realizado com 107 crianças vítimas de maltrato e 107 não vítimas.

Na primeira parte apresenta-se, no capítulo 1, uma breve resenha histórica acerca do maltrato infantil partindo da evolução do conceito “criança” e consequente relação “progenitores-criança”. No capítulo 2 conceptualiza-se o construto “maltrato infantil” e caracterizam-se em detalhe as diversas tipologias, nomeadamente abuso físico, sexual e emocional, e negligência; descrevem-se, ainda, neste capítulo alguns estudos epidemiológicos efetuados em Portugal e noutros países em torno do maltrato infantil. No capítulo 3 aborda-se a etiologia do maltrato infantil segundo uma perspetiva multifatorial, identificando fatores de risco, potenciadores e compensatórios, permanentes ou transitórios, nos vários sistemas segundo o modelo Ecológico-

Transacional. Por último, no capítulo 4 analisam-se os vários estudos realizados acerca das consequências do maltrato infantil a nível do desenvolvimento cognitivo, nomeadamente no desempenho intelectual (QI Verbal, QI de Realização e QI da Escala Completa da WPPSI-R) e neuropsicológico (tarefas de controlo inibitório, de atenção e de memória) e a nível do desenvolvimento socioemocional, no que concerne à sintomatologia de PTSD e a problemas de comportamento externalizantes e internalizantes.

Numa segunda parte, no capítulo 5 descrevem-se os objetivos que norteiam os estudos empíricos realizados e a respetiva metodologia, começando pela caracterização da amostra e descrição da bateria de instrumentos usada nesta investigação. Neste capítulo referem-se, também, os procedimentos de recolha da amostra e identificam-se as dificuldades encontradas na recolha da mesma, relacionando-as com as especificidades na avaliação psicológica de crianças em idade pré-escolar e, em particular, com algumas características das crianças vítimas de maltrato. Referem-se, ainda, os vários procedimentos estatísticos utilizados no tratamento dos dados. No capítulo 6 analisam-se os resultados obtidos nos estudos empíricos, subdividindo-os em três pontos: num primeiro ponto são analisados os dados relativos à adaptação dos instrumentos, quer da escala PTSD-CBCL (Modificada), quer do *Teste Stroop Dia-Noite* (estudos de precisão e de validade); no ponto dois do capítulo 6 é apresentada a análise comparativa dos resultados obtidos pelo grupo de estudo e pelo grupo de controlo relativamente ao desempenho intelectual e ao funcionamento neuropsicológico e socioemocional; e, no ponto três do capítulo 6, analisam-se os resultados obtidos pelo grupo de estudo em função de algumas variáveis específicas da situação de vitimação de abuso/negligência (e.g., negligência vs. múltiplo maltrato; tempo de acolhimento). No capítulo 7 são discutidos os resultados obtidos, integrando-os com a literatura existente. Na parte final da presente dissertação são apresentadas conclusões gerais, nas quais se tecem alguns comentários acerca dos principais contributos da tese para a área da investigação, avaliação e intervenção e se apontam as limitações do estudo, formulando-se algumas propostas para investigações futuras.



[Autor: Márcio – CAT Distrito de Faro – 61 meses de idade]

PARTE I
CONTEXTUALIZAÇÃO
DO MALTRATO INFANTIL

CAPÍTULO 1

Breve Resenha Histórica Acerca do Maltrato Infantil

*The history of childhood is a nightmare
from which we have only recently begun to awaken.*

(De Mause, 1980, p. 1)

A sensibilidade e o conhecimento sobre as especificidades da vida na infância nas sociedades ocidentais atuais, com a organização da família nuclear e alargada centrada na criança, são conquistas contemporâneas. Os interesses e as preocupações constantes acerca do seu bem-estar e a curiosidade sobre as suas etapas desenvolvimentais são muito recentes, tão recentes como a própria construção do conceito de “ser criança” que, ainda hoje, se encontra em permanente evolução.

Embora as fontes da história da infância sejam escassas e limitadas, principalmente no que respeita às classes sociais mais desfavorecidas (Monteiro, 2010), existem registos históricos onde é possível constatar que a forma de cuidar e de educar as crianças foi mudando, transformando-se e evoluindo ao longo da história da Humanidade, de época para época e de civilização para civilização. Como refere Magalhães (2005, p. 25), “conhecer as práticas e as ideias que apoiavam e promoviam muitos atos socialmente aceites em determinada época, relativamente à infância, e que hoje nos parecem brutais, pode contribuir para uma compreensão atual do fenómeno dos maus-tratos”.

De Mause (1980) defende que, geração após geração os pais começaram, lentamente, a desenvolver competências na identificação e satisfação das necessidades dos seus filhos. Este psico-historiador descreve seis períodos que caracterizam a evolução da aproximação entre progenitores e criança ao longo da História, desde a Antiguidade até aos nossos tempos, reiterando que existem, atualmente, alguns progenitores “presos” aos referenciais dos períodos iniciais desta evolução.

O primeiro período, que designa de *fase do infanticídio*, que decorre até ao século IV, caracteriza-se pela prática do infanticídio para eliminação das crianças indesejadas, particularmente as que apresentavam deficiências. O segundo período, compreendido entre o século IV e o século XIII, é classificado como a *fase do abandono*: as crianças eram abandonadas em conventos, mosteiros ou casas de nobres, onde ficavam como servas, ou nos próprios lares, severamente desprotegidas a nível emocional. A partir do século XIV os progenitores começaram a assumir, gradualmente, a presença das crianças nas suas vidas (De Mause, 1980). O autor denomina o período que vai desde o século XIV ao século XVII por *fase da ambivalência*. Neste período, por um lado, multiplicam-se os manuais de instrução infantil com teorias sobre como moldar a criança através do castigo físico e, por outro lado, destaca-se o culto da Virgem Mãe Maria e do Menino Jesus, dogma do amor, proliferando na arte a “Imagem da mãe solícita”. Por volta do século XVIII – *fase da intrusão* – os progenitores tornaram-se mais envolvidos nos cuidados prestados aos seus filhos. Com a melhoria desta assistência observou-se uma redução na mortalidade infantil, levando à *fase da socialização* (século XIX e primeira metade do século XX), na qual as crianças são percebidas como necessitando de educação e encaminhamento (De Mause, 1980). Pela primeira vez, o pai começa a ter mais do que um interesse ocasional pela criança, educando-a e aliviando a mãe das suas tarefas de educadora. Mas somente por volta de 1950, na *fase da ajuda*, é que as crianças são entendidas, de uma forma geral, como necessitando de assistência e suporte para alcançarem um desenvolvimento mais favorável.

A classificação destas seis fases, por De Mause, engloba de uma forma concisa épocas marcantes da História da Humanidade relativamente ao estatuto da criança. Contudo, para entendermos o modo como a infância foi encarada, é necessário analisar, de uma forma mais detalhada, algumas dessas épocas.

Na Antiguidade o infanticídio era algo comum, tendo-se prolongado, nas culturas orientais e ocidentais, até ao século IV d.C.. Consumava-se, por diversas razões, nomeadamente, para eliminar filhos ilegítimos, deficientes ou prematuros, por crenças religiosas ou rituais, porque se acreditava que deste modo se poderiam curar doenças nos adultos e/ou para controlo da natalidade (De Mause, 1998; Magalhães, 2005). Um exemplo da prática do infanticídio foi descoberto na antiga cidade de Cartago, onde mais de 20.000 urnas se encontravam depositadas no cemitério *Tophet*, datadas entre os anos 400 e 200 a.C.. Estas urnas continham ossos de crianças

sacrificadas pelos próprios progenitores que, frequentemente, faziam um voto para matar o seu próximo filho se os deuses lhes concedessem uma graça como, por exemplo, consentir que uma remessa de mercadorias chegasse segura a um porto estrangeiro. Algumas urnas continham os ossos de bebés nados-mortos junto com os ossos de crianças de dois anos, indicando que se a criança prometida não nascesse viva, uma criança mais velha teria de ser sacrificada para satisfazer a promessa (De Mause, 1998).

Anualmente, no Egipto, nas águas do rio Nilo, uma jovem era afogada como oferenda aos deuses em troca de terras férteis. Para as mães egípcias era uma honra que as suas filhas fossem escolhidas, pois assim se dignificavam as divindades, afastando a sua vontade de vingança (Silva, Almeida, Baltasar, Lopes, & Camacho, 2010).

Gallardo (1994) refere que na Roma Antiga os recém-nascidos não só eram sacrificados em altares dedicados unicamente a este fim como, também, atirados contra as paredes ou abandonados nus às intempéries. Segundo este autor, na Grécia Antiga havia casas onde era hábito sacrificar o primogénito quando a vida do rei estava em perigo, conseguindo com esta imolação acalmar a fúria dos deuses.

Em certas culturas, sempre que um novo edifício ou uma ponte fossem construídos, uma criança seria enterrada dentro deles, como uma espécie de “sacrifício de fundação” (De Mause, 1998). Os sacrifícios eram, habitualmente, acompanhados por música, dança e orgias e, muitas vezes, por rituais sexuais com meninas virgens, como acontecia entre os Incas. Acreditava-se também que os corpos das crianças eram particularmente úteis para curar doenças, tais como lepra, impotência ou doenças venéreas. As crianças eram usadas para “absorver” o veneno responsável pela doença de uma pessoa. Por exemplo, para curar alguém com lepra bastava lavar o seu corpo com o sangue de uma criança (De Mause, 1998). Este tipo de crenças perdura, ainda, em países subdesenvolvidos (e.g., para o tratamento da SIDA).

Roig e Ochotorena (como citados por Magalhães, 2005) descrevem que, tanto na Grécia como em Roma existiam casas de prostituição para adultos especificamente servidas por crianças e jovens. No Egipto eram mantidas relações sexuais com crianças do género feminino de classes sociais elevadas até ao aparecimento da menarca, como prática religiosa. A venda de crianças a prostíbulos era prática frequente na Pérsia, China e Índia.

Conhecidas personalidades gregas defendiam práticas que hoje seriam claramente consideradas de maltrato infantil. Platão era defensor do abandono dos

inválidos e dos deficientes, à maneira espartana, ou seja, cada recém-nascido era submetido ao juízo da Assembleia dos Idosos – se o julgassem inútil, depositavam-no no monte *Taigeto* onde era abandonado para alimento dos animais. Aristóteles advogava que o filho, tal como o escravo, era propriedade dos pais, pelo que nada do que estes fizessem com ele seria impróprio (Gallardo, 1994).

Na civilização romana existia o conceito de “criança-propriedade”, com a institucionalização da lei *patria potestas*. Esta lei afirmava o poder do pai, proprietário da sua descendência, que incluía não só os direitos de propriedade mas, igualmente, os direitos sobre a vida e a morte dos seus descendentes, de forma absoluta e perpétua. Quando nascia, a criança era colocada aos pés do seu pai, que aceitava ou recusava o direito dela viver, baixando-se para a recolher ou deixando-a permanecer no solo. Se lhe fosse concedido o direito de viver, era aceite pela sua família; caso contrário, era exposta num local público e condenada a morrer de fome e de frio, a não ser que fosse recolhida por estranhos que a criavam e a tomavam como serva. Este modo de encarar a criança conduzia inevitavelmente a uma concepção da relação entre pais e filhos assente na desigualdade e na obediência dos segundos, ideia que influenciou o Direito da Família até ao século XX (Silva et al., 2010).

Paralelamente a estas práticas aceites na época, existiam exemplos que demonstravam alguma preocupação com a proteção das crianças. Na Mesopotâmia, por exemplo, existia uma deusa protetora das crianças, e na cultura grega e romana criaram-se instituições para os órfãos, onde se defendia um tratamento menos agressivo para as crianças (Magalhães, 2005).

O surgimento do Cristianismo e a conversão do Imperador Constantino ao mesmo provocou uma mudança importante da postura da sociedade para com as pessoas mais frágeis (Díaz Huertas, como citado por Magalhães, 2005). Este imperador, autor da primeira lei contra o infanticídio, influenciou de um modo determinante o percurso histórico da problemática da violência exercida sobre crianças e jovens, através do reconhecimento dos seus direitos, ajudando na redução do infanticídio, que ocorreu não tanto pelo respeito pela criança mas, principalmente, pelo temor dos adultos à punição.

Durante a Idade Média, a criança era tratada como um adulto em miniatura, sem necessidades específicas. A partir do momento em que podia sobreviver sem os cuidados da mãe, participava nas mesmas atividades dos adultos, quer no trabalho, quer no lazer, e estava sujeita a todo o tipo de atrocidades. Certas sociedades recorriam à

aplicação de castigos humilhantes como forma de educação. Nesse período, devido às inúmeras guerras e à falta de recursos económicos, as crianças pertencentes aos grupos socioeconómicos mais carenciados eram vítimas² de infanticídio e negligência. Nas classes socioeconómicas mais elevadas verificava-se mais o abandono afetivo e as manifestações do poder do pai, como dono e senhor da criança (Terrerros, como citado por Magalhães, 2005). Nesta época eram comumente admitidas as práticas sexuais com adolescentes.

Do século XIV ao século XVII surgiram instituições destinadas a proteger e educar as crianças, estabelecendo-se uma moderação e limitação em torno da prática do castigo físico. A educação começou a ser realizada na “escola”, tornando-se num instrumento de iniciação social de passagem da condição de criança a adulto. Devido à melhoria das condições higieno-sanitárias e ao aumento das competências parentais, o infanticídio e a mortalidade infantil diminuíram durante o século XVII.

Entre os séculos XVII e XVIII a infância começou, finalmente, a ser encarada como uma fase específica da vida, necessitando de cuidados particulares que a preservassem dos aspetos “impuros” dos adultos. Esta nova visão transparece até na pintura, onde a criança começa a aparecer como o centro da composição. Segundo Matta (2001, p. 27) “este fenómeno constitui o reflexo de certos movimentos culturais e religiosos, que tendem a substituir uma concepção fatalista e pré-determinada da vida humana, por uma concepção em que se acredita que é possível modificar o curso da vida”.

Esta concepção diferencia-se em filosofias educativas opostas relativas à criança e ao desenvolvimento humano, retratadas, por exemplo, nas posições do empirista John Locke (1632-1704) e nas do filósofo francês Jean Jacques Rousseau (1712-1778). Assim, John Locke considerava que, na altura do nascimento, a mente humana podia ser comparada com uma *tabula rasa*, sendo as experiências que a criança recebia através dos seus sentidos que determinariam os conteúdos do psiquismo. A criança era percebida como um adulto imperfeito, que requeria uma educação rigorosa e disciplina firme, mas tolerante, da parte dos educadores, de forma a desenvolver hábitos saudáveis de corpo e espírito. Jean-Jacques Rousseau, por sua vez, em 1762, publicou o seu célebre livro *Émile ou l'Éducation*, onde tornou públicas as suas ideias sobre a

² A palavra *vítima* vem do latim *victima*, que no sentido original significa “qualquer criatura sacrificada a uma divindade” (p. 3767); em termos jurídicos refere-se à “pessoa contra quem foi cometido um crime” (p. 3767) (Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia de Ciências de Lisboa, 2001).

educação da criança. Segundo este filósofo, a criança tinha características específicas em cada idade e, sendo naturalmente boa, as suas potencialidades seriam infinitamente boas. Embora o seu desenvolvimento estivesse predeterminado, a atualização deste seria resultante de uma interação entre a atividade da criança e as solicitações do meio. Por conseguinte, a atuação dos educadores, organizada em torno da criança, deveria ser permissiva e orientar as tendências naturais de desenvolvimento desta (Matta, 2001).

As ideias de Rousseau influenciaram educadores, médicos e professores, tendo ficado o século XVIII conhecido como *o século do descobrimento da criança* (Silva et al., 2010). O pensamento de Rousseau deu lugar a novos modelos educativos, tais como os de Pestalozzi (1746-1827), Froebel (1782-1852) e Montessori (1870-1952), que defenderam como objetivo primordial da ação educativa o proporcionar condições para um desenvolvimento harmonioso e advogaram a atividade espontânea e o jogo como fontes de aprendizagem e de desenvolvimento (Matta, 2001).

Todavia, ainda no século XVIII, foi tornada prática corrente a chamada “*Roda dos Expostos*”, uma plataforma colocada à entrada dos conventos na qual se expunham as crianças abandonadas, acabando, muitas delas, por falecer.

O empenho pela proteção infantil surgiu, definitivamente, no século XIX, como consequência da Revolução Industrial. Foi no decurso desta época que se desenvolveram grandes cidades, que trouxeram alterações aos modos de sobrevivência das populações e, naturalmente, mudanças na educação das crianças. Contudo, esta Revolução é acompanhada por uma exploração intensiva do trabalho infantil, por condições de vida sub humanas das crianças das classes sociais mais desfavorecidas e por uma severa educação das crianças da emergente burguesia. Por outro lado, era, ainda, frequente nesta época, a prática do infanticídio dos filhos ilegítimos. Neste século destacam-se quatro aspetos com relevância nesta área: i) o estudo científico de casos de maltrato; ii) o aparecimento dos primeiros hospitais pediátricos; iii) a proliferação do trabalho infantil remunerado; e iv) a fundação das primeiras instituições dedicadas à prevenção do maltrato infantil (Matta, 2001).

Assim, entre 1850 e 1880 progrediu decisivamente o conhecimento relativamente à criança e à medicina infantil (e.g., o termo “*pediatria*” data de 1872) (Barroso, 2004). Ambroise Tardieu foi o primeiro investigador a debruçar-se sobre esta temática, tendo estabelecido as bases do conceito “maltrato infantil” ao publicar em Paris, em 1860, a primeira descrição científica da *síndrome da criança maltratada* –

“*Étude médico-légale sur les services et mauvais traitements exercés sur les enfants*”. Esta obra baseou-se no estudo de 32 crianças com menos de 5 anos de idade e destacou a disparidade entre as explicações dadas pelos progenitores sobre a origem das lesões e os dados da avaliação clínica. Ainda que o seu trabalho não tenha sido reconhecido pela comunidade científica durante quase um século, ele acabou por despertar a consciência social em França, levando à promulgação de uma lei de proteção das crianças maltratadas.

Em 1874 foi fundada em Nova Iorque a “*Sociedade para a Prevenção da Crueldade Contra as Crianças*”, no seguimento do primeiro caso de maltrato infantil a ser reconhecido oficialmente e publicamente nos Estados Unidos da América: Mary Ellen, uma menina de quatro anos de idade, era espancada e acorrentada diariamente pela sua madrasta, sendo o caso denunciado pelos vizinhos. Este caso originou uma reflexão pública em muitos países. Como, até então, a violência exercida sobre as crianças não era considerada crime, foi necessário recorrer-se à lei já existente que protegia os animais da crueldade, insinuando-se, ironicamente, que as crianças pertenciam a este grau da escala zoológica (Gallardo, 1994). Após alguns anos surgiram as primeiras sociedades anglo-saxónicas contra o maltrato infantil e a sensibilidade pública face a este fenómeno foi crescendo, tendo sido criadas as primeiras leis de proteção à infância.

Segundo Gallardo (1994), também a consciência parental se foi gradualmente alterando e, nos finais do século XIX, eram os próprios pais que levavam os seus filhos aos hospitais, descrevendo acidentes estranhos para tentar camuflar o maltrato cometido. As suspeitas médicas que, nestas ocasiões, se levantavam, viriam a ser mais fáceis de confirmar quando as técnicas de raio-X se tornaram num método auxiliar de diagnóstico.

A I Guerra Mundial teve uma influência decisiva na proteção da criança. Gebbs, em 1920, fundou em Genebra a “*União Internacional de Socorros às Crianças*” e dotou-a de uma carta de cinco princípios – “*Carta dos Direitos da Criança*” ou “*Declaração de Genebra*” – aprovada em 1924, pela 5ª Assembleia da Sociedade das Nações em Genebra e reconhecida nas legislações de vários países (Magalhães, 2005). Esta Declaração tem como base a conceção de que a criança é um ser frágil, tanto no domínio intelectual como sócio-afetivo, necessitando, por isso, de proteção. Certifica que a criança deve ser protegida independentemente da sua raça, nacionalidade ou crença, devendo ser sempre auxiliada com respeito pela integridade da família. Apesar

do progresso notável que esta declaração representa do ponto de vista ideológico, ela denota, ainda assim, uma visão pouco positiva da infância, uma vez que não lhe concede quaisquer direitos, pois a criança não é considerada como sujeito dos mesmos, mas apenas como objeto de proteção (Silva et al., 2010).

Somente após a II Guerra Mundial é que surgiu uma nova concetualização no trato das crianças, principalmente no que diz respeito a crianças marginalizadas e maltratadas. Deste modo, em 1946 o Conselho Económico e Social das Nações Unidas recomendou que a “*Declaração de Genebra*” fosse adotada, com a finalidade de dirigir a atenção do mundo do pós-guerra para os problemas urgentes relacionados com a vitimização infantil. Nesse mesmo ano foi criado, no âmbito das Nações Unidas, o “*Fundo Internacional de Emergência para a Infância*” (ICEF), que viria a adquirir um estatuto permanente em 1953 com o nome “*Fundo das Nações Unidas para a Infância*” (UNICEF) tendo por objetivo promover a defesa dos direitos das crianças, auxiliar na resposta às suas necessidades básicas e contribuir para o seu pleno desenvolvimento (Silva et al., 2010).

Em 1959, na sequência da proclamação da “*Declaração Universal dos Direitos Humanos*” (1948), a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a “*Declaração dos Direitos da Criança*”, considerada um documento inovador para a época, dado que, pela primeira vez, a criança emerge como um sujeito de Direito Internacional, declarando-se, designadamente, o seu direito a um nome e a uma nacionalidade – os primeiros direitos civis a serem atribuídos à criança (Barroso, 2004). Esta declaração substancia-se num conjunto de recomendações humanistas como manifesto contra o terror observado no pós-guerra. Contudo, não tem qualquer força jurídica, uma vez que não possui carácter vinculativo, estabelecendo apenas obrigações do foro moral (Silva et al., 2010).

Em 1961, Kempe, da Universidade do Colorado, numa mesa redonda da Academia Americana de Pediatria, utilizou pela primeira vez a expressão “*battered child*” e, no ano seguinte, com os seus colaboradores, publicou um artigo sobre 302 casos de crianças vítimas de abuso físico severo, maioritariamente com idades inferiores a três anos, designando esta condição de “*the battered child syndrome*” (Kempe, Silverman, Steele, Droegemveller, & Silver, 1985/1962). Neste artigo, Kempe e colaboradores defendem a necessidade de uma intervenção multidisciplinar e de um afastamento temporário dos progenitores, nestes casos. Este estudo teve um grande impacto na imprensa, levando à criação, nos Estados Unidos da América, de propostas legislativas que apelavam à denúncia de qualquer suspeita de abuso físico de crianças.

Um fenómeno análogo surgiu na Europa, principalmente, na Alemanha, França, Inglaterra e países Nórdicos (Magalhães, 2005).

Em 1963, Fontana introduziu a denominação de “*maltreated child*” que representa um conceito mais abrangente que o de Kempe, uma vez que engloba todo o tipo de violência infligida à criança, incluindo a violência emocional. A partir de 1965 ocorre uma mudança na abordagem desta temática e os termos “*battered child syndrome*” e “*maltreated child syndrome*” aparecem na literatura sob a designação de “*child abuse*”. Esta nova designação representa um avanço importante porque, tal como a de Fontana, traduz uma conceptualização mais ampla, incluindo não só abusos físicos e sexuais mas também abusos emocionais e o abandono. Em 1969, Gil (como citado por Gallardo, 1994) publicou um estudo onde defende que o maltrato infantil não se circunscreve somente à esfera familiar, mas também se estende às instituições e à própria sociedade.

A partir dos anos 70, com os movimentos de libertação feminina, novos avanços surgiram relativamente a esta problemática, principalmente no que se refere aos abusos sexuais (Brownmiller, como citado por Magalhães, 2005). Nesta época, várias mulheres começaram a relatar as vivências de abuso sexual de que foram vítimas na infância, sobre as quais, até ao momento, estavam impedidas de falar, aumentando assim o conhecimento e a divulgação destes casos e o desenvolvimento de ações governamentais relativamente a este assunto, em particular nos Estados Unidos da América.

Entretanto, a transformação do estatuto jurídico da criança no âmbito da internacionalização e do desenvolvimento dos “direitos humanos” culminou, em 1989, na “*Convenção dos Direitos da Criança*” adotada por unanimidade pelas Nações Unidas. Nesta, concretiza-se a “democratização da família”, reconhecendo-se a igualdade dos seus membros e o respeito pelos direitos de cada um (Barroso, 2004). Este documento enuncia um amplo conjunto de direitos fundamentais – os direitos civis e políticos, para além dos direitos económicos, sociais e culturais de todas as crianças – bem como as respetivas disposições para que estes sejam aplicados. Reconhece-se à criança a capacidade de autodeterminação, transitando-se de um modelo de proteção para um modelo de participação (Silva et al., 2010). Este documento é um instrumento legal de extrema importância, que foi ratificado por 192 países, incluindo Portugal, em 1990. Tal como se encontra descrito no *website* da UNICEF (<http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>), “A Convenção assenta em

quatro pilares fundamentais que estão relacionados com todos os outros direitos das crianças: i) a não discriminação, que significa que todas as crianças têm o direito de desenvolver todo o seu potencial – todas as crianças, em todas as circunstâncias, em qualquer momento, em qualquer parte do mundo; ii) o interesse superior da criança, deve ser uma consideração prioritária em todas as ações e decisões que lhe digam respeito; iii) a sobrevivência e desenvolvimento – sublinha a importância vital da garantia de acesso a serviços básicos e à igualdade de oportunidades para que as crianças possam desenvolver-se plenamente; e iv) a opinião da criança – que significa que a voz das crianças deve ser ouvida e tida em conta em todos os assuntos que se relacionam com os seus direitos”.

O Parlamento Europeu homologou a “*Carta Europeia dos Direitos da Criança*” em 1992, a qual estabelece a existência desses direitos nos países europeus, bem como a nomeação de um defensor desses mesmos direitos.

A legislação portuguesa acerca do maltrato infantil foi-se ajustando aos progressos científicos e culturais e é, atualmente, abundante no que se refere à defesa dos direitos da criança (Gomes, 2010)³. Assim, em 1911 o Estado Português começou a preocupar-se com a problemática do maltrato infantil, formulando a Lei da Infância e da Juventude. Em 1962 elaborou a Organização Tutelar de Menores, texto que foi revisto em 1978 (Lei 314/78, de 27 de Outubro) e que se manteve em vigor até ao final do ano 2000.

Em 1991 foram criadas as Comissões de Proteção de Menores. A partir de 1 de Janeiro de 2001 entrou em vigor a nova Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei 147/99, de 1 de Setembro de 1999), que consubstancia as formas de exercício do dever do Estado na proteção das crianças e jovens em perigo e na promoção dos respetivos direitos, em casos em que os seus cuidadores coloquem em risco o seu desenvolvimento biopsicossocial ou sejam incapazes de os proteger perante perigos colocados por terceiros ou por eles próprios. Esta lei conduziu à substituição das Comissões de Proteção de Menores pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ). As referidas comissões são instituições oficiais não judiciárias, com autonomia funcional, que visam promover, com imparcialidade, os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança,

³ Os direitos da criança em Portugal estão consignados nos seguintes documentos: Constituição da República Portuguesa; Código Civil; Código Penal; Organização Tutelar de Menores; Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo e Lei Tutelar Educativa.

saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral⁴. A aplicação das medidas de promoção dos direitos e de proteção das crianças e dos jovens em perigo é da competência exclusiva das CPCJ e dos Tribunais.

Para além destas entidades existem, atualmente, em Portugal, outras com competência em matéria de infância e juventude que têm como objetivo o apoio educativo, social e de proteção a crianças e jovens em perigo (e.g., Centros de Acolhimento Temporário⁵), assim como outras formas de respostas sociais com carácter de emergência, como é o caso da “*Linha S.O.S. Criança*” disponibilizada pelo Instituto de Apoio à Criança.

Como podemos concluir através da análise das várias épocas da História da Humanidade no que toca ao modo de encarar a criança, a sua educação e proteção, embora as crianças tenham vindo a ser sujeitas a situações de abuso e negligência durante séculos, o reconhecimento destas situações como maltrato e enquanto problema social é relativamente recente (Erickson & Egeland, 2002).

Com o intuito de analisar o impacto destas situações de maltrato perpetradas às crianças pelos seus cuidadores, colocando em risco o seu desenvolvimento biopsicossocial, torna-se necessário definir previamente o termo “maltrato infantil”, tal como é entendido atualmente, e tipificar as diversas formas que configuram esta temática nos dias de hoje. Tendo em vista este objetivo, seguidamente, abordar-se-á a conceptualização do construto “*maltrato infantil*” e dos vários tipos de maltrato infligidos às crianças, com base na literatura científica existente. Far-se-á, ainda, uma revisão dos dados epidemiológicos do maltrato infantil nos últimos anos, quer a nível internacional quer a nível nacional.

⁴ De acordo com o artigo 3º da Lei 147/99, de 1 de Setembro de 1999 do decreto-lei que regulamenta a Lei de proteção de crianças e jovens em perigo, “considera-se que a criança ou o jovem está em perigo quando, designadamente, se encontra numa das seguintes situações: a) está abandonada ou vive entregue a si própria; b) sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; c) não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; d) é obrigada a actividade ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; e) está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; f) assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação” (artigo 3º da Lei 147/99, de 1 de Setembro de 1999, p. 6117).

⁵ Os Centros de Acolhimento Temporário (CATs) são “uma resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao acolhimento urgente e temporário de crianças e jovens em perigo, de duração inferior a seis meses, com base na aplicação de medida de promoção e proteção” (Instituto de Segurança Social, 2010, p. 7).

CAPÍTULO 2

Conceptualização do Maltrato Infantil e Estudos Epidemiológicos

*O cuidado parental é uma instituição altruísta,
dirigida a fazer prevalecer
o interesse da criança sobre o interesse do adulto.
(Sottomayor, 2004, p. 13)*

À família concede-se o direito e o dever de gerir a educação das crianças, considerando os seus interesses e respeitando, sempre que possível, a sua autonomia (Silva et al., 2010). Todavia, o limite que separa as práticas educativas aceitáveis das não aceitáveis é deveras subtil (Calheiros & Monteiro, 2000), até porque as mesmas práticas podem ser consideradas admissíveis numa sociedade e abusivas ou negligentes noutra comunidade. No nosso país, o castigo físico, como forma de “educar” as crianças, é tolerado, mesmo no contexto judiciário (Silva et al., 2010). No entanto, em alguns países do norte da Europa (e.g. Suécia, Alemanha, Finlândia, Dinamarca, Noruega e Áustria) existe legislação que proíbe o recurso à palmada e a outros castigos físicos como prática educativa. O procedimento adotado nos países ocidentais de colocar uma criança pequena a dormir sozinha no seu quarto à noite poderá ser considerado como um ato de negligência noutras culturas. Por outro lado, é possível identificar exemplos de práticas educativas e rituais vigentes noutras culturas, como é o caso da mutilação sexual feminina ou de alguns ritos de iniciação, que na cultura europeia seriam considerados formas de maltrato infantil.

Daí que não exista um padrão universalmente delimitado e aceite sobre a maneira de cuidar e educar as crianças e, em consequência, se torne difícil chegar a uma definição consensualmente aceite acerca do que é maltrato infantil (Alberto, 2006; Cicchetti & Toth, 2000; Silva et al., 2010).

2.1 Definição do Construto “Maltrato Infantil”

Calheiros e Monteiro (2000) referem que o construto “maltrato infantil” é mais relativo do que absoluto, uma vez que varia de acordo com as diversidades socioculturais e históricas, as diferentes abordagens científicas, as leis específicas dos vários países e de acordo com os próprios referenciais pessoais. De uma forma abrangente, “um acto é considerado violento na medida em que a vítima, o autor ou a sociedade a que ambos pertencem o representam como tal” (Barroso, 2004, p. 3). Assim, tentando integrar definições propostas por vários autores (Forsman & Langstrom, 2012; Goodman, Quas, & Ogle, 2009; Hart & Glaser, 2011; Leça et al., 2011; Magalhães, 2005; Malik, Gul, & Humphreys, 2011; Palacios, Jiménez, Oliva, & Saldaña, 2003; Wolfe & McIaac, 2011; *World Health Organization* [WHO], 2010), definimos maltrato infantil como qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não accidental e inadequado, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder. O maltrato infantil pode manifestar-se por um conjunto de ações (físicas, emocionais ou sexuais) ou de omissões (negligência na satisfação das necessidades físicas e psicológicas básicas). Ou seja, pode ser ativo (implicando interação abusiva entre cuidadores e criança) ou passivo (relacionado com a incompetência ou incapacidade dos pais para assegurar os cuidados necessários e adequados à criança). Poderá ocorrer num ato isolado ou de uma forma repetida ao longo da infância. Pela maneira reiterada como geralmente acontece, priva as crianças dos seus direitos e liberdades, comprometendo a sua segurança, dignidade e o seu desenvolvimento biopsicossocial (Goodman, Quas, & Ogle, 2009; Leça et al., 2011; Magalhães, 2005; Malik, Gul, & Humphreys, 2011; Palacios et al., 2003; WHO, 2010). O impacto do maltrato infantil será mais intenso durante os períodos críticos do desenvolvimento, nomeadamente nas fases iniciais de desenvolvimento do cérebro da criança (Glaser, 2000).

O maltrato infantil pode ser fatal tendo, nestes casos, como causas mais comuns os traumatismos cranianos, os danos abdominais e a sufocação intencional. Segundo Butchart, Harvey, Mian, e Furniss (2006), os bebés e as crianças mais novas estão em maior risco devido à sua dependência, vulnerabilidade e relativa invisibilidade social.

Em Portugal, o papel de proteção e de zelo pelo bem-estar das crianças encontra-se confiado a toda a sociedade, tal como está consignado no artigo 66º da Lei

nº 147/99, segundo o qual “a comunicação das situações de perigo (...) é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem.” (p. 6125)⁶.

O maltrato infantil poderá ocorrer sob uma ou mais formas que, seguidamente, passamos a tipificar.

2.2 Tipologia do Maltrato Infantil

Estudos recentes defendem não fazer sentido investigar de forma separada os vários tipos de maltrato infligido às crianças (Hahm, Lee, Ozonoff, & Wert, 2010; Higgins, 2004), uma vez que estes, na maioria dos casos, não ocorrem de forma independente e isolada, existindo um elevado grau de comorbilidade entre eles (Cicchetti & Toth, 2000; Howe, Cicchetti, & Toth, 2006). Ou seja, uma proporção significativa de crianças maltratadas experiencia várias formas de abuso ou negligência, que co-existem e interatuam. Segundo Higgins, seria mais adequado falar-se de “*multitype maltreatment*” quando nos referimos a crianças vítimas de maltrato, uma vez que, tal como refere Belsky (1993), na realidade não existem tipologias puras de maltrato infantil.

No entanto, a análise dos estudos realizados acerca dos vários tipos de maltrato permite destacar categorizações possíveis, que apresentam diferenças entre si em função dos vários autores. Higgins (2004) divide o maltrato infantil em cinco categorias, nomeadamente, abuso sexual, abuso físico, maltrato psicológico, incluindo abuso emocional e negligência psicológica, negligência física e exposição à violência interparental. Palacios e colaboradores (2003), para além das categorias negligência, abuso físico, sexual e emocional, destacam o maltrato pré-natal, a mendicidade, a corrupção, a exploração laboral, a síndrome de *Munchausen by Proxy* e o maltrato institucional. MacMillan e colaboradores (2009) distinguem como tipos de maltrato

⁶Atualmente, com a alteração do artigo 152º do Código Penal (Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro de 2007), também o maltrato enquadrado no âmbito da violência doméstica é considerado crime público, podendo qualquer pessoa denunciá-lo, sendo obrigatório para funcionários públicos e representantes da autoridade participá-lo ao Ministério Público.

infantil, a negligência, o abuso físico, sexual e emocional e a exposição à violência interparental. A WHO (2010), por sua vez, diferencia cinco tipos de maltrato infantil: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligência e tratamento negligente e exploração. Já Berger (2004), Butchart e colaboradores (2006), Cicchetti e Toth (2000), Forsman e Langstrom (2012), Magalhães (2005) e Wekerle, Miller, Wolfe, e Spindel (2006), subdividem o maltrato infantil em quatro categorias: negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso emocional. É com base nesta última classificação que passamos a descrever de uma forma mais detalhada a tipologia do maltrato infantil.

2.2.1 Negligência

A negligência é uma das formas de maltrato mais frequentes em Portugal e, igualmente, na maioria dos outros países (ver ponto 2.4 “*Estudos Epidemiológicos do Maltrato Infantil*”). Caracteriza-se por um ato de omissão, intencional ou não, no que se refere aos cuidados a prestar à criança, não lhe sendo proporcionada a satisfação das suas necessidades a nível de cuidados básicos de higiene, alimentação, segurança e proteção física, educação, saúde (pré-natal e pós-natal), afeto, estimulação e apoio (no contexto dos recursos disponíveis pelos cuidadores) imprescindíveis para um desenvolvimento harmonioso. Regra geral, este ato é continuado no tempo (Cicchetti & Toth, 2000; De Bellis et al., 2009; English, Thompson, Graham, & Briggs, 2005; Erickson & Egeland, 2002; Spratt et al., 2012).

Assim, a negligência é um ato mais de omissão do que de comissão (como comumente acontece no caso de abuso), é uma falha em agir atribuída à incapacidade, relutância ou indiferença para apoiar, antecipar e responder às necessidades da criança (Berger, 2004).

Segundo Erickson e Egeland (2002) a negligência pode ter várias dimensões, de acordo com a perspetiva na qual é interpretada (e.g., médica, psicológica, legal ou até sociocultural). Estes autores classificam a negligência em quatro subtipos, designadamente: i) negligência física – forma mais visível e fácil de identificar, consiste na falta de proteção do perigo ou dano físico e de prover as necessidades físicas básicas adequadas à criança, incluindo alimentação, vestuário e abrigo; ii) negligência emocional – este subtipo caracteriza-se pela desatenção dos progenitores relativamente às necessidades de afeto e de bem-estar emocional da criança e é o mais difícil de

detetar em tempo útil, devido à ausência de evidências físicas inequívocas e ao facto de ocorrer em silêncio, na privacidade do lar, começando na maioria das vezes quando a criança é demasiado nova para denunciar ou para compreender que não está a receber os cuidados adequados; iii) negligência médica – refere-se à falha dos progenitores em providenciar tratamento médico prescrito ou necessário à criança, incluindo as vacinas, as cirurgias recomendadas ou outras intervenções em casos de doença e/ou lesão graves. Esta forma de negligência tem levantado algumas questões legais polémicas no campo da proteção infantil, particularmente nos casos em que as crenças religiosas dos progenitores colidem com as recomendações da comunidade médica; e, iv) negligência educacional – que consiste na falha dos progenitores em cumprir com os requisitos do Estado relativos à frequência escolar obrigatória da criança e na ausência de envolvimento e de cooperação no percurso escolar do(s) filho(s) ou, até, na sua resistência em aprovar e cumprir com os programas de necessidades educativas especiais recomendados à criança pelos técnicos.

A criança vítima de negligência pode apresentar vários sinais, nomeadamente: sinais físicos de negligência prolongada (e.g., atraso no crescimento, cabelo fino, abdómen proeminente); carência de higienização (e.g., sujidade, eritema genital, pediculose); vestuário desadequado relativamente à estação do ano e lesões consequentes a exposições climáticas adversas; infeções leves recorrentes e persistentes, ou doença crónica que não mereceu tratamento médico; acidentes frequentes por falta de supervisão em situações perigosas; isolamento social e mendicidade (Erickson & Egeland, 2002; Magalhães, 2005).

A negligência pode ser fatal devido à subnutrição, desidratação (negligência física) e/ou à falta de contacto humano e de afeto (negligência emocional) (Dubowitz, Papas, Black, & Starr, 2002; Erickson & Egeland, 2002). Neste último caso, na ausência de vinculação e de sincronia afetiva, a criança vive um “vazio” relacional, acabando alguns bebés por morrer devido a um crescendo de apatia e depressão (Alberto, 2008). Erickson e Egeland (2002) caracterizam estes “cuidadores” como “psicologicamente indisponíveis” devido à sua desatenção quanto aos sinais e às pistas de solicitações de afeto, de conforto e de contacto físico dos seus bebés.

No campo do maltrato infantil tem havido uma tendência crescente para investigar o abuso físico e sexual, deixando muitos técnicos e educadores com pouco conhecimento acerca do real impacto da negligência no desenvolvimento cognitivo, linguístico, comportamental e socioemocional, principalmente nas crianças mais novas.

Hildyard e Wolfe (2002) referem-se a este facto como a “*negligência da negligência*”. Contudo, Sparrt e colaboradores (2012) defendem que a negligência pode ser o tipo de maltrato mais determinante no desenvolvimento do cérebro (ver capítulo 4 da presente dissertação “*Consequências do Maltrato Infantil*”).

2.2.2 Abuso Físico

O abuso físico corresponde a qualquer ação, não acidental, por parte dos cuidadores com responsabilidade ou poder, suscetível de causar dano físico na criança, mesmo que tenha na sua base uma intenção “educativa”. Pode ocorrer de uma forma isolada ou repetida (Cicchetti & Toth, 2000; Kolko, 2002; Wekerle et al., 2006).

O abuso físico inclui comportamentos tais como, abanar, asfixiar, pontapear, queimar, envenenar, manter a criança debaixo de água, ou qualquer outro uso da força ou de poder perigoso e/ou prejudicial para a criança (e.g., amarrar a criança a uma cadeira) (Medley & Sachs-Ericsson, 2009; Stith et al., 2009; Wekerle et al., 2006). O dano físico pode originar desde o simples hematoma ou contusão até à lesão mortal. Por exemplo, a “síndrome da criança abanada” pode levar a convulsões, a perda de consciência ou até mesmo à morte (*Child Welfare Information Gateway*, 2009).

Lesões desenhando marcas de objetos (e.g., fivela de cinto), queimaduras com bordos nítidos (e.g., queimaduras de cigarros) e com localizações múltiplas, sobretudo na palma das mãos, na palma dos pés, genitais e nádegas – são frequentes marcas de abuso físico infligido à criança, assim como, lesões em zonas pouco comuns considerando situações acidentais para a faixa etária da criança (e.g., equimoses ou outros ferimentos na face, especialmente à volta dos olhos, orelhas ou boca; hematomas e contusões provocados no pescoço, genitais e nádegas) (Flores, 1997; Magalhães, 2005). Na maioria dos casos, verifica-se uma escalada na gravidade da violência física provocada na criança.

Ainda dentro da categoria do abuso físico enquadra-se uma forma rara e difícil de diagnosticar, a Síndrome de *Munchausen by Proxy*, que se caracteriza pela indução de sintomatologia nas crianças por parte dos cuidadores, que chegam a provocar intoxicações ou envenenamentos que podem ser fatais. Estes cuidadores manipulam a equipa médica, convencendo-a da existência de uma doença na criança, com o intuito de receberem a atenção e o reconhecimento de “bons” cuidadores por parte desta, da

família e da comunidade em geral (Parnell, 2002). Esta manipulação pode levar a que as crianças sejam sujeitas a procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas, medicações agressivas, hospitalizações frequentes e até intervenções cirúrgicas. Alguns casos acabam por ser fatais sem que os profissionais de saúde consigam explicar a verdadeira causa de morte da criança (Alberto, 2008).

2.2.3 Abuso Sexual

O abuso sexual refere-se ao envolvimento da criança em práticas que visam a gratificação e a satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, num contexto de poder ou de autoridade sobre aquela, que pode ir desde a exibição até à violação (Berliner & Elliott, 2002; Cicchetti & Toth, 2000; Wekerle et al., 2006). Este abuso pode ser intra ou extrafamiliar e recorrer ou não à ameaça e à força física, e ser concretizado num ato isolado ou vivência repetida ao longo da infância (Alberto, 2000). O contacto sexual entre uma criança mais velha e uma criança mais nova também pode ser abusivo se existir uma disparidade significativa no desenvolvimento, em que a criança mais nova é incapaz de dar o seu consentimento informado (Berliner & Elliott, 2002). Assim, o abuso sexual baseia-se em práticas nas quais a criança, em função da sua fase de desenvolvimento, não tem capacidade para reconhecer que delas é vítima ou, compreendendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual, nem para dar um consentimento livre e esclarecido.

São exemplos deste tipo de abuso: obrigar a criança a tomar conhecimento e presenciar conversas obscenas, espetáculos, filmes, fotografias ou objetos pornográficos ou atos de carácter exibicionista; utilizar a criança em gravações ou fotografias pornográficas e/ou em práticas sexuais de relevo (e.g., beijos na boca ou carícias na criança, manipulação dos órgãos genitais do abusador, contacto entre os órgãos genitais do abusador e da criança); e a realização de coito (penetração oral, anal e/ou vaginal) (Alberto, 2000; *American Psychological Association*, 2013; Berliner & Elliot, 2002; Finkelhor, 2009; Sánchez, 1997).

Na maioria dos casos, o impacto mais marcante do abuso sexual na criança não se regista ao nível físico (frequentemente o abuso sexual não deixa lesões físicas, tornando-se, nestes casos, mais difícil de comprovar), mas a nível emocional,

provocando graves distúrbios na criança. O impacto do abuso deve-se também à *síndrome do segredo* que este tipo de abuso muitas vezes envolve, o qual resulta das ameaças proferidas pelo perpetrador, da vergonha e da própria introjeção do sentimento de culpa por parte da criança, da falta de credibilidade atribuída às suas declarações quando consegue denunciar o abuso e do sentimento de lealdade para com os pais (Alberto, 2000; Berliner & Elliott, 2002; Félix, 2003; Hewitt, 1999; McDaniel, 2001; Wekerle et al., 2006; Wilcox, Richards, & O’Keeffe, 2004).

2.2.4 Abuso Emocional

O abuso emocional envolve ações de natureza intencional, expressas na ausência ou inadequação de um ambiente de segurança, de suporte afetivo e de reconhecimento das necessidades emocionais da criança (Cicchetti & Toth, 2000; Wolfe & McIsaac, 2011). Este abuso consiste numa forma ativa, deliberada, sádica e cruel de comportamento parental (Slep, Heyman, & Snarr, 2011).

O abuso emocional caracteriza-se por um conjunto de comportamentos parentais repetitivos e persistentes, que comprometem o auto-conceito, a auto-estima e as necessidades desenvolvimentais da criança. O conjunto de comportamentos parentais emocionalmente abusivos pode assumir a forma de expectativas irrealistas, insultos verbais, humilhação, ridicularização, hostilização, intimidação, ameaças (e.g., de abandono e/ou de provocar danos a pessoas/animais/objetos de quem a criança gosta), castigos exacerbados (que não envolvam abuso físico, mas que provoquem medos intensos, principalmente, nas crianças mais novas), indiferença, discriminação, rejeição (transmitindo à criança o sentimento de mal amada e indesejada), abandono temporário, culpabilização, críticas, chantagem (e.g., em casos de divórcio), não autorização de oportunidades de contacto (interação) com os seus pares ou adultos, provocando isolamento na criança, e exposição à violência interparental extrema e/ou repetida (Hart & Glaser, 2011; Slep et al., 2011; Wekerle et al., 2006; Wolfe & McIsaac, 2011).

A exposição à violência interparental é particularmente traumática para as crianças com idade inferior a cinco anos devido ao reduzido repertório de mecanismos de defesa e à elevada vulnerabilidade do desenvolvimento físico e emocional, perante ameaças à figura de vinculação (Baker & Cunningham, 2009; Huth-Bocks, Levendosky, & Semel, 2001; Stover & Berkowitz, 2005).

Alguns autores consideram que o abuso emocional está sempre subjacente a toda e qualquer forma de maltrato (Alarcão, 2000; Iwaniec, Larking, & Higgins, 2006; Malik et al., 2010; Palacios et al., 2003, Wolfe & McIsaac, 2011), uma vez que desvaloriza a criança enquanto pessoa merecedora de respeito e de estima, ameaçando o seu bem-estar afetivo, indispensável para um desenvolvimento harmonioso.

O abuso emocional é difícil de diagnosticar, uma vez que não deixa lesões físicas, visíveis. Além disso, é a forma de maltrato menos denunciada, sendo pouco valorizada pela comunidade em geral e só recentemente tendo começado a ser estudada (Leeson & Nixon, 2011; Wolfe & McIsaac, 2011). Os fatores culturais podem moderar a extensão na qual o abuso emocional é identificado e denunciado. Por exemplo, nas comunidades asiáticas estes fatores culturais podem incluir pressões familiares para defender a honra da família ou o medo de expor a família à vergonha (Iwaniec et al., 2006).

Além do mais, existe entre os profissionais uma falta de consenso relativamente à definição e designação deste tipo de maltrato (Leeson & Nixon, 2011). Na revisão da literatura efetuada verificamos que alguns trabalhos recorrem a descrições semelhantes mas com diferentes designações, nomeadamente “*psychological abuse*”, “*emotional abuse*”, “*psychological/emotional abuse*”. Observamos, também, que alguns autores incluem nesta forma de maltrato a negligência emocional, médica e educacional (e.g., Hart, Brassad, Binggeli, & Davidson, 2002; Hart & Glaser, 2011; Leeson & Nixon, 2011), atribuindo-lhe a denominação de “*psychological maltreatment*”. Numa tentativa de contribuir para um consenso na conceptualização e diagnóstico do abuso emocional, Slep e colaboradores (2011) elaboraram um estudo a partir do qual obtiveram um conjunto de critérios de diagnóstico que vai ao encontro da definição de abuso emocional por nós apresentada (ver Tabela 2.1).

Como já referimos anteriormente, o conceito “maltrato infantil” não é absoluto (Calheiros & Monteiro, 2000), dado que depende do enquadramento cultural em que é considerado. Assim, após a tipificação das várias formas do maltrato infantil à luz dos atuais conhecimentos técnico-científicos, parece-nos útil analisar de que modo a legislação portuguesa configura estas situações de maltrato, no que se refere à sua conceptualização e denominação no âmbito da proteção penal.

Tabela 2.1

Crítérios de Diagnóstico de Abuso Emocional

-
- A.** Ato ou atos verbais ou simbólicos não-acidentais (excluindo o abuso físico e sexual) por parte dos progenitores/cuidadores com a intenção de causar danos psicológicos à criança. Tais atos incluem, mas não são limitados a:
- (1) Repreender, depreciar, rebaixar, humilhar a criança (ou outro comportamento semelhante).
 - (2) Ameaçar a criança (incluindo, mas não limitado a, proferir/insinuar futuros danos físicos, abandono, abuso sexual).
 - (3) Causar dano/abandonar ou proferir que os progenitores/cuidadores irão maltratar/abandonar pessoas/coisas com as quais a criança se preocupa, tais como animais de estimação, a propriedade, entes queridos (incluindo a exposição da criança à violência interparental).
 - (4) Confinar a criança (uma forma de punição envolvendo restrição de movimento, como por exemplo amarrar os braços de uma criança ou as pernas a uma cadeira, cama, ou outro objeto, ou confinar uma criança a uma área fechada, como por exemplo, um armário).
 - (5) Fazer da criança “bode expiatório”.
 - (6) Coagir a criança a infligir dor nela própria (incluindo, mas não limitado a, obrigar a criança a ajoelhar-se sobre objetos duros, tais como ervilhas ou arroz, por longos períodos de tempo; obrigar a criança a ingerir alimentos demasiado condimentados).
 - (7) Disciplinar a criança (através de meios físicos ou não-físicos) de uma forma excessiva (isto é, com uma frequência ou duração extremamente elevada, mas não cumprindo os critérios de abuso físico).
-
- B.** Impacto significativo na criança como evidenciado por qualquer um dos seguintes:
- (1) Dano psicológico, incluindo qualquer um dos seguintes:
 - a. Mais do que uma reação inconsequente de medo (medo verbalizado ou demonstrado) de lesões corporais a si ou aos outros.
 - b. Mal-estar psicológico significativo (Perturbação Stress Pós-Traumático, Perturbação Depressiva Major, ou outra perturbação psiquiátrica no limiar do diagnóstico) relacionado com o(s) ato(s).
 - (2) Dano psicológico potencialmente razoável, tal como evidenciado por um ou mais dos seguintes:
 - a. O ato (ou padrão de atos) cria um potencial razoável para o desenvolvimento de desordens psiquiátricas (no limiar do diagnóstico) relacionadas com, ou agravadas pelo(s) ato(s). O nível de desenvolvimento da criança e os fatores de risco e de resiliência presentes devem ser tomados em consideração.
 - b. O ato (ou padrão de atos) provoca um potencial razoável para uma rutura significativa no desenvolvimento físico, psicológico, cognitivo ou social da criança.
 - (3) Sintomatologia somática de stresse (relacionada ou agravada pelos atos) que interfere significativamente com o normal funcionamento.
-
- C.** O(s) ato/atos não incluem práticas culturalmente aceites destinadas a promover a segurança/desenvolvimento da criança, como as cadeiras-auto, cintos de segurança, e práticas disciplinares que impliquem restringir a criança em casa ou num quarto por períodos plausíveis.
-

Nota: Adaptado de “Child Emotional Aggression and Abuse: Definitions and Prevalence”, por A. S. Slep, R. Heyman, e J. Snarr, 2011, *Child Abuse & Neglect*, 35, p. 793.

2.3 Proteção Penal Relativa ao Maltrato Infantil em Portugal

A proteção penal, que tem como objetivo proteger a criança das situações de maltrato acima descritas responsabilizando criminalmente o abusador (Magalhães, 2005), tem evoluído no que concerne aos bens jurídicos específicos inerentes à condição de criança (Silva et al., 2010). Atualmente, o Código Penal Português rege-se, em matéria de maltrato a menores, pelos artigos 152º (Violência doméstica) e 152º - A (Maus tratos) – relativos aos crimes contra a integridade física; e os artigos 171º (Abuso sexual de crianças), 172º (Abuso sexual de menores dependentes) e 173º (Atos sexuais com adolescentes) – referentes aos crimes contra a autodeterminação sexual, com as alterações introduzidas com a Lei 59/2007 de 4 de Setembro.

O artigo 152º - A (*Maus tratos*) (Lei 59/2007 de 4 de Setembro) refere-se aos “maus tratos” físicos ou psíquicos (e.g. humilhações, provocações, molestações, etc.), de modo reiterado ou não, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, ou tratar cruelmente; ao emprego em atividades perigosas, desumanas ou proibidas; e à sobrecarga com trabalhos excessivos, sem que implique um dolo específico e tendo maior relevância se a vítima for criança. Encontram-se, assim, previstas neste artigo, as situações de “maus tratos” físicos ou psíquicos cometidos pelos representantes legais das crianças e/ou jovens, entidades patronais, diretores de centros de acolhimento, lares, colégios, etc. Este crime pode concorrer com o crime de ofensa contra a integridade física simples (artigo 143º) (Magalhães, 2005; Silva et al., 2010). O artigo 152º (*Violência doméstica*) (Lei 59/2007 de 4 de Setembro) refere-se particularmente às formas subtis e perniciosas de violência no âmbito da família (Silva et al., 2010) no que diz respeito aos “maus tratos” físicos e psíquicos, contra menores ou na presença dos mesmos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais. Acresce o facto de o agressor poder ter penas acessórias, como a proibição do contacto com a vítima, e poder vir a ser inibido do exercício das responsabilidades parentais, da tutela ou da curatela.

O abuso sexual de crianças tem um tratamento autónomo em relação ao crime de “maus tratos” no Código Penal Português o qual, no seu artigo 171º (*Abuso sexual de crianças*) pretende proteger as crianças menores de 14 anos contra a prática de “cópula,

coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos (...) actuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa, escritos, espectáculo ou objectos pornográficos” (Lei 59/2007 de 4 de Setembro p. 6228) ou atos de carácter exibicionista ou constringendo-a a contacto de natureza sexual. O artigo 172º (Abuso sexual de menores dependentes) refere-se a quem praticar ou levar a praticar atos descritos no artigo 171º a menor entre os 14 e os 18 anos de idade “que lhe tenha sido confiado para educação ou assistência” (Lei 59/2007 de 4 de Setembro p. 6228). O artigo 173º (Atos sexuais com adolescentes) destina-se a “quem, sendo maior, pratique acto sexual de relevo com menor entre 14 e 16 anos (...) [relativo] a cópula, coito oral, coito anal ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos” (Lei 59/2007 de 4 de Setembro p. 6228). O artigo 177ª (Agravação) (Lei 59/2007 de 4 de Setembro) realça que as penas previstas nos artigos 171º a 173º são agravadas se a vítima for descendente, adotado, parente ou afim até ao segundo grau do agressor.

Podemos constatar que a legislação portuguesa separa a violência doméstica e o abuso sexual do crime de “maus tratos” a menores, dando relevo ao facto de o agressor ser o responsável pela criança, circunstância que agrava a pena do mesmo.

Apesar da evolução no âmbito do direito penal, dos esforços dos profissionais, da comunidade científica e da participação de organizações governamentais e não governamentais no âmbito da prevenção e da intervenção no maltrato infantil, o número de registos de crianças vítimas de maltrato sinalizadas tem vindo a aumentar.

Seguidamente iremos analisar a evolução dos dados epidemiológicos relativos ao maltrato infantil nos últimos anos, quer em Portugal, quer noutros países.

2.4 Estudos Epidemiológicos do Maltrato Infantil

Apesar de a família ser encarada como um lugar de afeição, companheirismo, segurança, compreensão recíproca e, até, como uma forma de realização pessoal (Silva et al., 2010), 75% dos casos de violência são intrafamiliares (Goldbeter-Merinfeld, como citado por Alarcão, 2000). Vários estudos indicam que a família está a transformar-se cada vez mais num sistema que propende a ser conflituoso, devido às suas especificidades de intimidade, privacidade e ao seu crescente isolamento (Alarcão,

2000).

Em Portugal, tal como noutros países, não existem estimativas concretas que descrevam a verdadeira dimensão do problema, uma vez que os casos de maltrato infantil denunciados constituem somente uma parte, havendo muitos que nunca chegarão a conhecimento público, pelas mais diversas razões. Entre estas contam-se: a imaturidade linguística e cognitiva das crianças maltratadas que, assim, se encontram impossibilitadas de denunciar o crime de que foram vítimas (Hewitt, 1999); o facto de estas crianças (quando têm menos de seis anos) poderem não frequentar qualquer instituição de ensino podendo, em consequência, o maltrato passar despercebido da comunidade (Healey & Fisher, 2011); o temor sentido pela criança relativamente às retaliações do perpetrador (Cid, Machado, & Matos, 2010) ou à perda do seu amor (Gonçalves, 2003); e, também, a questão da denúncia obrigatória, que conduz ao aumento da *lei do silêncio familiar*, com receio das consequências causadas pelas intervenções do sistema judicial (Alarcão, 2000).

Contudo, a informação epidemiológica acerca do maltrato infantil é necessária, pois contribui para planear e avaliar estratégias de prevenção do problema e, igualmente, para uma melhor intervenção junto das famílias onde este já ocorre (Butchart et al., 2006).

Segundo a *World Health Organization* ([WHO] 2010), todos os anos há cerca de 31.000 mortes por homicídio em crianças com menos de 15 anos de idade. Este número subestima a verdadeira extensão do problema, dado que uma proporção significativa das mortes devido ao maltrato infantil é incorretamente atribuída a outras causas como, por exemplo, quedas, queimaduras e afogamentos. A WHO acrescenta que as mortes representam apenas uma pequena fração da problemática do maltrato infantil, uma vez que, todos os anos, milhões de crianças são vítimas de negligência e de abuso não fatais. A mesma organização refere, também, que aproximadamente 20% das mulheres e 5-10% dos homens relatam terem sido abusados sexualmente durante a infância, enquanto 25-50% de todas as crianças afirmam terem sido agredidas fisicamente. A WHO (2010) menciona que as crianças do género feminino têm um maior risco de serem abusadas sexualmente, enquanto as do género masculino têm um risco superior de serem abusadas fisicamente de forma severa.

A *Child Help Organization* (2012, maio) apresenta, no seu *website*, dados estatísticos dramáticos sobre o maltrato infantil nos Estados Unidos da América (EUA), nomeadamente: i) em cada ano são realizadas 3,3 milhões de denúncias de maltrato

infantil, envolvendo 6 milhões de crianças (isto porque cada denúncia pode incluir mais do que uma criança); ii) a cada dez segundos é feita uma denúncia; iii) mais de cinco crianças morrem por dia em consequência de maltrato; iv) aproximadamente 80% das crianças que morrem vítimas de maltrato têm menos de 4 anos de idade; v) o maltrato infantil ocorre em qualquer etnia, religião e cultura e em todos os estratos socioeconômicos e níveis acadêmicos; vi) 78% do maltrato infantil enquadra-se no âmbito da negligência; vii) 30% das crianças maltratadas irão posteriormente maltratar os seus próprios filhos, continuando o ciclo de maltrato; viii) cerca de 80% das crianças vítimas de maltrato, aos 21 anos de idade, terão o diagnóstico de, pelo menos, uma desordem psicológica e ix) 59% destas crianças têm a probabilidade de ser detidas durante a adolescência na sequência de percursos transgressores.

Segundo dados apresentados acerca do maltrato infantil, no ano de 2010, nos EUA, pelo *United States Department of Health and Human Services*, registaram-se 538.577 casos de negligência; 121.380 casos de abuso físico; 63.527 casos de abuso sexual e 55.405 casos de abuso psicológico. Oitenta e um por cento destes maltratos foram infligidos por um ou por ambos os progenitores (Samuels, 2011).

No Brasil, de acordo com as estatísticas divulgadas pela Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República do Brasil (2012), o *Disque Denúncia Nacional 100* (organismo que recebe e encaminha denúncias de violação dos direitos humanos relativos a crianças e adolescentes) recebeu, no ano de 2010, 30.543 denúncias e no ano de 2011 (de Janeiro a Agosto) registou 50.866 denúncias. Destas, 37% referem-se a abuso físico e emocional; 35% a negligência e 28% a abuso sexual.

Em Portugal, segundo os dados estatísticos apresentados no website da Direção-Geral da Política de Justiça (DGPIJ) (2013, março), os crimes perpetrados contra pessoas têm vindo a aumentar nos últimos anos. Em 2011 dos 101.597 crimes contra pessoas, 7.013 foram perpetrados contra menores de 16 anos de idade, o que representa mais 3.163 que no ano de 2007, conforme se pode observar na Tabela 2.2. Dos dados estatísticos apresentados pela DGPIJ (2013, março) relativamente aos crimes perpetrados contra menores de 16 anos de idade de 2007 a 2011, os crimes contra a integridade física são os que revelam maior prevalência, aumentando para mais do dobro no ano de 2011, quando comparado com 2007. Este tipo de crimes inclui os “maus-tratos a menores”, “violência doméstica com menores” e “ofensa à integridade física simples e/ou grave”. Os crimes que a seguir apresentam uma maior taxa são os que atentam contra a liberdade e a autodeterminação sexual (e.g., violação, abuso sexual de crianças

e lenocínio) e os crimes contra a liberdade pessoal (e.g., ameaça e coação, rapto, e tráfico) (ver Tabela 2.2).

Tabela 2.2

Dados Estatísticos das Polícias e Entidades de Apoio à Investigação Relativos aos Crimes Perpetrados Contra Menores de 16 anos Referentes aos anos de 2007 a 2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Total de crimes perpetrados contra menores de 16 anos de idade	3.850	5.171	4.354	6.649	7.013
Crimes contra a vida	81	68	50	73	66
Crimes contra a integridade física	2.398	3.532	2.690	4.928	5.416
Crimes contra a liberdade pessoal	296	354	359	423	365
Crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual	877	1.030	1.057	968	979
Crimes contra a honra	54	44	45	57	44
Crimes contra a reserva da vida privada	29	38	37	59	53
Outros crimes	115	105	116	141	90

Fonte: Direção-Geral da Política de Justiça (2013, março).

Segundo os dados estatísticos dos relatórios anuais de avaliação das atividades das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR), apresentados no website da Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (2013, fevereiro), nos últimos anos, mais concretamente de 2008 a 2011, o total de crianças e jovens acompanhados pelas Comissões tem vindo a crescer, exceto no ano de 2011 (ver Tabela 2.3) onde, pela primeira vez desde 2006, se verifica uma diminuição do número de crianças acompanhadas. Ainda assim, no ano de 2011 as CPCJ acompanharam 67.941 crianças e jovens em risco, mais 2.054 que no ano de 2008. As principais situações de perigo descritas nos dados dos relatórios anuais são comuns nestes últimos quatro anos, referindo-se maioritariamente a situações de negligência e de exposição a modelos de comportamento que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento

da criança (esta última inclui violência doméstica, consumo de estupefacientes e consumo de álcool).

Tabela 2.3

Dados Estatísticos da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco relativos aos anos de 2008 a 2011

	2008	2009	2010	2011
Total de menores Acompanhados	65.887	67.117	68.421	67.941
Principais situações de perigo	Negligência (38%) Exp. mod. comp. desviantes (17%)	Negligência (37%) Exp. mod. comp. desviantes (17%)	Negligência (35%) Exp. mod. comp. desviantes (19%)	Negligência (28%) Exp. mod. comp. desviantes (21%)
Região/Distrito	_____ ^a	_____ ^a	Lisboa (23%) Porto (17%) Setúbal (9%)	Lisboa (24%) Porto (17%) Setúbal (9%)
Número de menores acompanhados com idades de 0 a 5 anos	16.016	15.746	15.969	18.041
Género feminino	7.675	7.563	7.691	8.693
Género masculino	8.341	8.183	8.278	9.348

Fonte: Relatórios Anuais de Avaliação da Atividade relativos aos anos de 2008 a 2011 (CNCJR, 2013, fevereiro).

^aDados não referidos nos relatórios de 2008 e 2009.

Podemos igualmente observar na Tabela 2.3 que o número de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos acompanhadas pelas CPCJ tem vindo a aumentar desde 2009. Assim, em 2011 as CPCJ acompanharam 18.041 crianças nesta faixa etária, mais 2.295 crianças (15%) que em 2009. Relativamente à variável género observa-se que, ao longo destes quatro anos, existe uma maior prevalência de crianças do género masculino referenciadas às CPCJ. Ainda no que se refere ao volume processual global nacional por região/distrito, podemos verificar (ver Tabela 2.3) que o distrito de Lisboa é o que apresenta maior volume de processos instaurados a nível nacional, seguido dos distritos do Porto e de Setúbal relativamente aos anos 2010 e 2011. No entanto, segundo os referidos relatórios, estes dados não significam que nestes distritos existam mais situações de perigo, pois estes valores poderão estar relacionados

com o nível de implementação das CPCJ nas suas comunidades e com o número de CPCJ instaladas na Região/Distrito.

Da análise estatística efetuada pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima ([APAV] 2013, fevereiro) disponível no seu website, os crimes perpetrados contra menores referenciados à APAV de uma forma direta ou indireta, nos últimos cinco anos, têm vindo a aumentar progressivamente, excepto no ano de 2010.

Tabela 2.4

Dados Estatísticos da APAV relativos aos anos de 2008 a 2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
Total de crimes perpetrados contra menores	622	611	508	795	887
Tipo de crime com maior frequência	Violência Doméstica (90%)	Violência Doméstica (90%)	Violência Doméstica (82%)	Violência Doméstica (85%)	Violência Doméstica (84%)
Idade da vítima (número de casos)	0-5 anos (140) 6-10 anos (161) 11-17 anos (321)	0-5 anos (136) 6-10 anos (160) 11-17 anos (315)	0-5 anos (115) 6-10 anos (147) 11-17 anos (318)	0-5 anos (196) 6-10 anos (226) 11-17 anos (373)	0-5 anos (201) 6-10 anos (287) 11-17 anos (399)
Distrito	Lisboa (33%) ^a Porto (11%) Faro (10%)	Lisboa (24%) ^a Porto (12%) Faro (10%)	Lisboa (18%) ^a Porto (9%) Faro (7%)	Lisboa (15%) ^a Faro (7.4%) Açores (5%)	Lisboa (9%) Açores (5%) Faro (4%)

Fonte: Relatórios Anuais de Avaliação da Atividade da APAV relativos aos anos de 2008 a 2012 (APAV, 2013, Março).

^a Estes dados, relativos à residência, referem-se a todas as vítimas que recorreram direta ou indiretamente aos serviços da APAV. Somente no relatório referente ao ano de 2012 é que são apresentados em separado os dados de residência no que concerne aos menores.

Como podemos verificar na Tabela 2.4, em 2012 registaram-se 887 crimes perpetrados contra menores, mais 265 (43%) do que em 2008. A maioria destes crimes ocorreu no âmbito de violência doméstica.

Constata-se, ainda, na Tabela 2.4, que o número de vítimas com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos registadas nos serviços da APAV tem vindo a aumentar desde 2010 numa proporção superior à verificada nas outras faixas etárias. Assim, em 2012 registaram-se mais 86 crianças (75%) que em 2010. Ainda de acordo com os dados apresentados no relatório anual de 2012 da APAV, as crianças e jovens vítimas de crimes que recorreram aos serviços da APAV residiam fundamentalmente no

distrito de Lisboa, seguindo-se a Região Autónoma dos Açores e Faro. Em 68.9% dos casos, os autores do crime tinham relações de parentalidade com as crianças e jovens vítimas.

Em suma, podemos concluir, a partir das estatísticas relativas ao maltrato exercido sobre crianças, que este tem vindo a aumentar nos últimos anos, quer no contexto nacional, quer internacional. A este respeito Stein (2012) refere, mesmo, que existe uma pandemia de violência contra as crianças. A tipologia de maltrato com um maior número de casos registados é a negligência. Por outro lado, o maltrato de crianças com idades inferiores a seis anos parece, ainda, ser o mais encoberto (por diversas razões já mencionadas anteriormente) e, daí, o menos referenciado, embora o número de registos tenha vindo, também, a aumentar nos últimos anos.

Seguidamente iremos tentar compreender quais os fatores e as condições que estão na base do maltrato infantil, analisando os modelos explicativos que têm vindo a ser desenvolvidos neste domínio.

CAPÍTULO 3

Etiologia do Maltrato Infantil

*O medo da perda do amor das figuras de vinculação
sobrepõe-se à dor física ou psíquica.*
(Gonçalves, 2003, p. 26)

As teorias iniciais relativas à compreensão das causas do maltrato infantil emergiram a partir da perspectiva dos “*main effects*”, em que se considerava que um único fator, como a pobreza, a psicopatologia parental ou a história pessoal de maltrato, pudesse de uma forma isolada causar a ocorrência de maltrato infantil. Enquadrados nesta perspectiva encontram-se, por exemplo, o modelo Psiquiátrico e o modelo Sociológico. O primeiro enfatiza as características maltratantes dos progenitores em consequência de psicopatologias, concebendo o maltrato infantil como resultado da existência de perturbações da personalidade ou de comportamento nos perpetradores. O segundo modelo explica o maltrato infantil dando relevo a fatores sociais, tais como os socioeconómicos e socioculturais, nomeadamente a pobreza, o desemprego e a aceitação da violência na comunidade, centrando-se, assim, nas condições sociais que provocam stress e influenciam o comportamento da família (Cicchetti & Valentino, 2006; Masten & Wright, 1998).

À medida que se foi tornando evidente que nenhum fator de risco isolado⁷ poderia explicar a origem do maltrato infantil, esta perspectiva unidimensional sobre a etiologia do mesmo deu lugar a modelos mais complexos e multifatoriais (Cicchetti & Valentino, 2006).

Neste contexto, com base na teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano apresentada por Bronfenbrenner em 1979, o modelo etiológico multifatorial proposto por Belsky (1980) veio provocar mudanças radicais na conceptualização do maltrato

⁷ Entenda-se por fator de risco qualquer tipo de influência(s) que aumente(m) a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maltrato que, por si só, não implica a existência de maltrato, mas aumenta a probabilidade do seu aparecimento (Leça et al. 2011; Masten & Wright, 1998).

infantil, exigindo uma consideração mais ampla do meio em que este ocorre, concebendo o maltrato infantil como um fenómeno sócio-psicológico que não pode ser entendido de uma forma isolada da cultura e da comunidade em que a família e o indivíduo estão inseridos, como também não pode ser compreendido sem se ter em conta o funcionamento da família e as características do próprio indivíduo, destacando o carácter sistémico e dinâmico das condições que conduzem ao maltrato infantil (Belsky, 1980). Aos três níveis da ecologia do desenvolvimento humano descritos por Bronfenbrenner (i.e., macrossistema, exossistema e microssistema), Belsky (1980) acrescenta mais um nível – o desenvolvimento ontogenético – propondo, desta forma, quatro níveis de análise que podem estar na base das possíveis causas do maltrato infantil, designadamente: i) o macrossistema, que inclui as crenças e os valores que podem legitimar situações compatíveis com o maltrato infantil; ii) o exossistema, que incorpora os aspetos da comunidade que podem concorrer, igualmente, para a incidência do maltrato; iii) o microssistema, que integra fatores inerentes à própria família e que podem facilitar a ocorrência de situações de maltrato, e iv) o desenvolvimento ontogenético, que abarca características individuais associadas ao perpetrador. Belsky (1980) realça a existência de interações entre todos estes níveis da ecologia que influenciam a ocorrência de situações de maltrato infantil. Estes quatro níveis serão descritos adiante de uma forma mais detalhada.

Com base no trabalho desenvolvido por Sameroff e Chandler em 1975, Cicchetti e Rizley, em 1981, introduzem elementos adicionais ao modelo Ecológico do maltrato infantil de Belsky (1980), focando as interações recíprocas entre o meio, o cuidador e a criança, que conjuntamente contribuem para a qualidade do desenvolvimento infantil. Estes autores distinguem duas categorias de fatores: (a) de risco – são aqueles que potenciam e, por isso, aumentam o risco de maltrato (e.g., inexistência de condições de habitabilidade); e (b) os de proteção, ou seja aqueles que compensam, contrabalançando os efeitos negativos do risco ou da adversidade (e.g., boa integração da família na comunidade).

Cicchetti e Rizley (como citados por Cicchetti & Valentino, 2006) conceptualizam o risco de maltrato infantil como probabilístico, em que a probabilidade deste ocorrer é determinada pelo equilíbrio entre os fatores de risco e de proteção. Os autores apresentam, ainda, uma dimensão temporal para diferenciar fatores de risco transitórios (pontuais) e permanentes (que se prolongam por um período de tempo). Pela combinação destas dimensões dos fatores propõem quatro classes determinantes para a

ocorrência de maltrato infantil: i) fatores de vulnerabilidade permanentes; ii) desafiadores (“*challengers*”) transitórios; iii) fatores de proteção permanentes e, iv) amortecedores (“*buffers*”) transitórios (ver Figura 3.1).

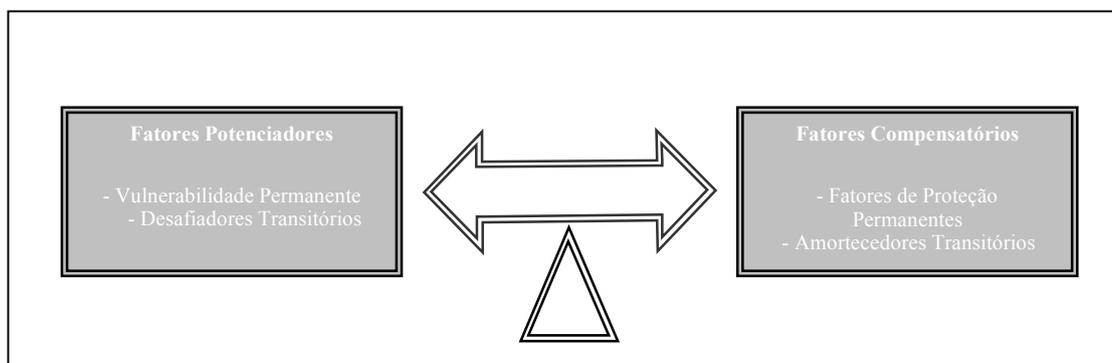


Figura 3.1 Dimensão Temporal das Classes Determinantes para a Ocorrência de Maltrato

No que concerne aos fatores potenciadores, a vulnerabilidade refere-se à suscetibilidade a danos ou a ferimentos, ou seja, é uma condição que aumenta o grau de exposição de um indivíduo ao perigo, provocando um impacto negativo maior no seu desenvolvimento ou funcionamento (Belsky, 1993). Masten e Wright (1998) estabelecem uma analogia entre a vulnerabilidade individual e a exposição de casas a tornados, referindo que o risco de exposição a tornados é maior em certos estados dos Estados Unidos da América e que algumas casas são mais vulneráveis a danos quando expostas à força dos ventos de um tornado do que outras, possivelmente porque são estruturalmente mais fracas ou desprotegidas. Para além disso, após um tornado, a estrutura de uma determinada casa pode enfraquecer, tornando-a mais vulnerável perante posteriores tornados. Estes autores reforçam a ideia de que esta analogia só capta parte da vulnerabilidade do ser humano, porque as pessoas, ao contrário das casas, podem comportar-se de formas diferentes, influenciando a sua própria exposição a perigos. Por exemplo, certas pessoas podem aumentar o perigo que correm por escolhas ou por comportamentos que as colocam em situações mais arriscadas (e.g., andar sozinho à noite numa área de elevada criminalidade). Também as crianças dispostas a intervir durante o conflito interparental podem ser mais vulneráveis a danos do que as crianças que são mais cautelosas, retirando-se quando este conflito se intensifica (Masten & Wright, 1998; Sani, 2006).

Os desafiadores transitórios, ao contrário da vulnerabilidade permanente (e.g., défice físico ou psíquico por parte da criança), são ocorrências momentâneas na vida da

criança, dos seus cuidadores e/ou da comunidade, que provocam alterações na dinâmica entre os fatores de risco e de proteção, podendo precipitar uma situação de perigo (e.g., doença súbita grave ou a alteração brusca da situação laboral de um dos cuidadores).

As variáveis que funcionam para evitar os riscos ou minorar o impacto dos seus efeitos são denominadas fatores de proteção, ou seja, são variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social e que podem ser permanentes (e.g., a capacidade da criança para pedir ajuda quando necessário) ou amortecedores transitórios (e.g., ter alguém que fique a tomar conta das crianças) (Masten & Wright, 1998).

O maltrato infantil é, desta forma, concebido como um fenómeno “*multidimensional*” que ocorre a partir de uma complexa interação de múltiplos fatores de risco e pela ausência de influências de proteção ou de amortecedores (Leça et al., 2011; Palacios et al., 2003). Tal como Bronfenbrenner (como citado por Belsky, 1993) tão sabiamente refere no contexto da teoria da ecologia do desenvolvimento humano, adaptada posteriormente à etiologia do maltrato infantil, o único “*main effect*” etiológico suscetível de destacar na base deste é a interação.

Esta complexa interação de múltiplos fatores de risco pode ser organizada em quatro grupos distintos, nomeadamente, as características do contexto sociocultural, do contexto familiar, as características individuais dos progenitores e as da criança. Estes grupos encontram-se associados aos diversos níveis sistémicos referidos por Belsky (1980). Seguidamente descreveremos, de uma forma sucinta, as características consideradas mais comumente como potenciadoras de maltrato infantil em cada um destes grupos de fatores de risco (Alberto, 2006; Berger, 2004; DiLauro, 2004; Dubowitz et al., 2011; Kolko, 2002; MacKenzie, Kotch, Lee, Augsberger, & Hutto, 2011; Overstreet & Mazza, 2003; Palusci, 2011; Stith et al., 2009).

1. *Características do contexto social e cultural*: i) atitude social para com as crianças; ii) atitude social para com as famílias e iii) atitude social em relação à conduta de violência (aceitação cultural do castigo físico, ideologias que justificam o maltrato infantil como práticas educativas, aceitação da violência interparental e das atrocidades das guerras) (Belsky, 1993; Dubowitz et al., 2011; Overstreet & Mazza, 2003).

2. *Características do contexto familiar*: i) gravidezes indesejadas e/ou muito próximas; ii) família monoparental; iii) família reconstituída com filhos de outras ligações; iv) família com muitos filhos; v) relações familiares conflituosas; vi) crises na vida familiar; vii) insatisfação conjugal; viii) mudança frequente de residência ou

emigração; ix) ausência prolongada de um dos cuidadores; x) famílias com problemas habitacionais e socioeconómicos; xi) ausência de suporte sociofamiliar; xii) incapacidade de procurar os recursos comunitários ou limitado acesso aos mesmos; e xiii) desemprego (Belsky, 1993; Berger, 2004; Dubowitz et al., 2011; Kolko, 2002; Stith et al., 2009).

3. *Características individuais dos progenitores:* i) desajustamento psicossocial e comportamentos aditivos; ii) perturbações emocionais, mentais ou físicas, que os impeçam de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança; iii) personalidade imatura e impulsiva; iv) atitude intolerante, inconsistente, indiferente ou ansiosa face às práticas educacionais; v) incapacidade de admitir o maltrato; vi) antecedentes de maltrato na sua infância; vii) mães adolescentes; viii) inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre as etapas desenvolvimentais; ix) aprovação do castigo físico; x) perturbações no processo de vinculação e de regulação emocional mútua; xi) vida social e/ou profissional absorvente que dificulta o investimento na parentalidade e o estabelecimento de relações positivas com a criança; e xii) relacionamento pobre com os seus próprios progenitores (Belsky, 1993; DiLauro, 2004; Kolko, 2002; Stith et al., 2009).

4. *Características da criança:* i) vulnerabilidade em função da idade e das necessidades; ii) personalidade e temperamento (falta de resposta à interação dos pais, exibição de comportamentos negativos, quer por imitação dos pais, quer numa tentativa de chamar a atenção dos mesmos); iii) prematuridade e baixo peso à nascença; iv) problemas de saúde mental e/ou física; v) não corresponder às expectativas dos progenitores (género, saúde, temperamento, etc.); vi) excessiva dependência; vii) viver num lar ou instituição; e viii) problemas comportamentais internalizantes ou externalizantes (Belsky, 1993; Kolko, 2002; MacKenzie et al., 2011; Palusci, 2011; Stith et al., 2009).

Neste contexto, o facto de haver múltiplos fatores de risco na base da ocorrência do maltrato infantil pode ser desencorajador do ponto de vista da previsão científica. No entanto, tal como refere Belsky (1993), não deixa de ser promissor do ponto de vista da prevenção e da reparação, dado que não existe uma solução única para a problemática do maltrato infantil, mas antes uma variedade de alvos de intervenção, desde o específico comportamento parental às condições sociais que criam dificuldades aos progenitores a que sejam emocionalmente sensíveis e psicologicamente disponíveis.

Ainda na linha dos modelos multifatoriais explicativos do maltrato infantil, e com o objetivo de estabelecer uma estrutura integradora e ampla para examinar os mecanismos e os processos que medeiam o impacto do maltrato infantil na adaptação e no desenvolvimento individual, Cicchetti e Lynch (1993) agregam os modelos etiológicos de Belsky (1980) e de Cicchetti e Rizley (1981) e propõem o modelo Ecológico-Transacional do maltrato infantil. Este modelo sugere hipóteses testáveis para explicar a forma como as forças de cada nível sistêmico exercem influências recíprocas entre si e modelam o curso do desenvolvimento do próprio indivíduo, potenciando ou compensando fatores de risco associados ao maltrato infantil que se encontrem presentes em cada um dos níveis (ver Figura 3.2).

Os fatores de risco de um determinado nível podem influenciar os processos e os resultados dos níveis adjacentes do meio (Overstreet & Mazza, 2003). Os níveis sistêmicos mais próximos da criança têm um impacto mais direto no seu desenvolvimento do que o macrosistema, que se encontra localizado num nível mais distante (Cicchetti & Valentino, 2006). As transações dinâmicas que ocorrem constantemente entre os diferentes níveis determinam a quantidade do risco biológico e psicológico que a criança enfrenta num determinado momento. Os problemas desenvolvimentais terão uma maior probabilidade de ocorrência quando existem múltiplos fatores de risco em simultâneo e se estes persistirem ao longo do tempo (MacKenzie et al., 2011). Ou seja, a presença acumulada de fatores de vulnerabilidade permanentes e de desafiadores transitórios associados ao maltrato em cada nível sistêmico, contribuem para uma resolução mal sucedida em fases determinantes do desenvolvimento infantil, colocando a criança numa trajetória desenvolvimental de desadaptação e de psicopatologia, tal como podemos observar na Figura 3.2 (Cicchetti & Valentino, 2006).

Em suma, a situação de risco é agravada pela: i) presença de múltiplos fatores de risco; ii) várias ocorrências do mesmo fator de risco; ou iii) efeitos acumulados de risco ou adversidade permanente. Assim, no maltrato infantil o risco multifactorial aumenta a probabilidade dos progenitores ou outras pessoas maltratarem as crianças e provoca mais consequências negativas do ponto de vista desenvolvimental. Quando estes fatores de risco co-ocorrem os seus efeitos são ampliados, de tal modo que o efeito total é maior do que a soma dos fatores de risco individuais (Masten & Wright, 1998). Assim, o maltrato infantil, num contexto de desvantagem psicossocial e de poucas competências parentais, pode provocar maiores consequências na criança do que

quando um destes fatores de risco ocorre de forma isolada. Tanto a teoria como os dados sobre o risco cumulativo sugerem que as situações de maltrato graves e repetidas têm consequências mais danosas no desenvolvimento da criança do que situações isoladas (Garmczy & Masten, como citados por Masten & Wright, 1998).

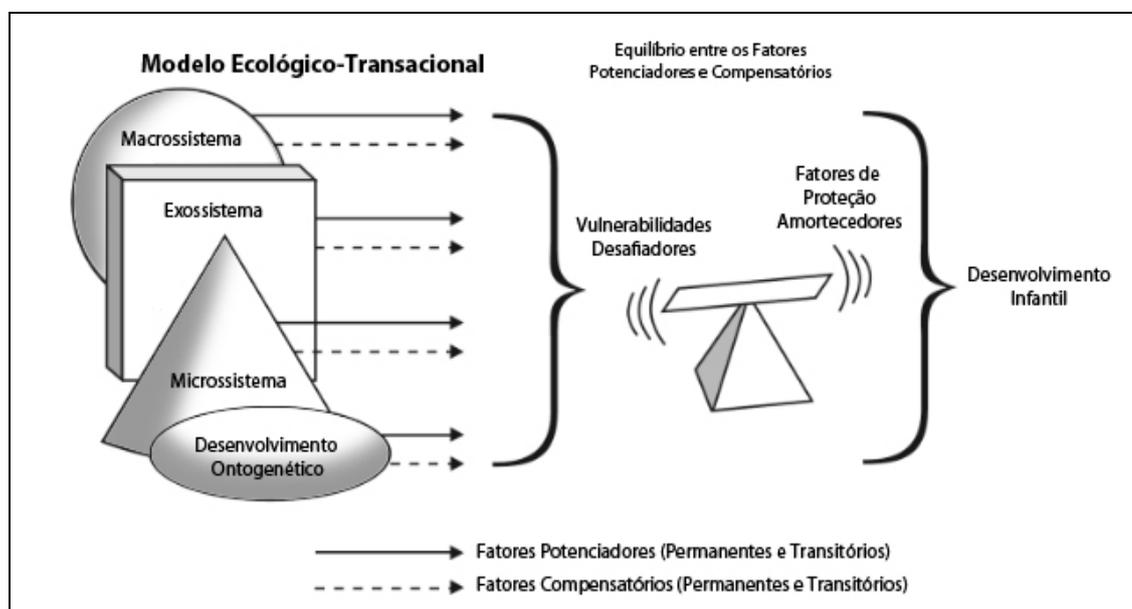


Figura 3.2 Esquema do Modelo Ecológico-Transacional

Nota: Adaptado de “An Ecological-Transactional Perspective on Child Maltreatment: Failure of the Average Expectable Environment and its Influence on Child Development”, por D. Cicchetti e K. Valentino, 2006, in D. Cicchetti e D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. III, pp. 129-201), Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

De uma forma mais detalhada, analisaremos a seguir os fatores de risco anteriormente referidos, integrados agora em cada sistema à luz do modelo Ecológico (Belsky, 1993) e do modelo Ecológico-Transacional (Cicchetti e Lynch, 1993).

Assim, e começando pelo sistema mais distal, o **macrossistema** refere-se aos referenciais culturais e ao sistema de valores atual, tendo em conta os períodos históricos e as estruturas sociais existentes. Este nível sistémico pode aumentar a probabilidade de emergência de maltrato infantil. Por exemplo, a aceitação cultural do castigo físico e de ideologias que legitimam o maltrato e a violência doméstica, a atitude da sociedade em relação à privacidade da esfera familiar, as atrocidades da guerra, e outras formas de violência social, constituem fatores do macrossistema que podem agravar o risco de maltrato infantil (Belsky, 1993; Masten & Wright, 1998).

Este sistema desempenha um papel importante na vulnerabilidade individual. Por exemplo, crianças do género feminino podem ser mais vulneráveis à negligência em culturas onde são menos valorizadas (Masten & Wright, 1998). No mesmo referencial

enquadra-se a atitude generalizada da sociedade de acordo com a qual a criança é propriedade dos progenitores e, por isso, deve submeter-se à sua autoridade⁸, ignorando-se, assim, o facto de ser um indivíduo único e livre, com deveres e direitos (Belsky, 1980).

Neste contexto, “cada macrossistema, na medida em que estabelece os limites socialmente aceites e que considera corretos, marca igualmente as situações que permitem, facilitam ou pelo contrário dificultam e entram os diferentes tipos de maltrato” (Alberto, 2006, p. 49)⁹. Assim, em sociedades onde o castigo físico é punido por lei há já largos anos (e.g., Suécia), o abuso físico infantil diminuiu drasticamente (Belsky, 1993).

Belsky (1993) refere que, apesar dos avanços que têm vindo a ser feitos na luta pelos direitos da criança, é difícil de acreditar que o maltrato infantil possa vir a ser banido, considerando que os pais educam os filhos numa sociedade onde a violência é excessiva, o castigo físico é tolerado como prática disciplinar/educativa e a parentalidade é construída nos termos da propriedade. Para além disso, conjunturas culturais atuais, tais como a desvalorização do papel do prestador de cuidados infantis (e.g., baixo estatuto dos professores, baixos salários dos educadores e dos técnicos de ação educativa e substituição dos pais como cuidadores primários) atuam, segundo este autor, contra os esforços para a prevenção do maltrato infantil.

Em suma, embora a maioria do maltrato infantil tome lugar na família e, assim, “atrás de portas fechadas”, as práticas, valores e atitudes culturais, assim como as circunstâncias socioeconómicas da sociedade e a sua história cultural, desempenham um importante papel na etiologia do maltrato infantil: mesmo que não sejam uma causa imediata e próxima do abuso e/ou da negligência infantil, criam um solo fértil no qual estas situações podem emergir e manter-se (Belsky, 1993).

Tal como já referimos anteriormente, alguns fatores potenciadores do maltrato infantil estão associados a especificidades do **exossistema**. O mundo do trabalho (e as condições económicas), as características estruturais da organização da comunidade e a expressão da violência a que progenitores e crianças estão expostos, têm sido relacionados com a probabilidade de ocorrência de maltrato infantil (e.g., práticas parentais inadequadas, exercício de poder, agressão, delinquência e problemas

⁸ Ideia que remonta às ideologias de Aristóteles e da civilização romana, com a institucionalização da lei *patria potestas*, como tivemos a ocasião de descrever no capítulo 1 da presente dissertação.

⁹ Esta diversidade nos vários macrossistemas dificulta uma conceptualização absoluta do maltrato infantil como já referenciado anteriormente, no ponto 2.1.

relacionais entre colegas) (Coulton, Crampton, Irwin, Spilsbury, & Korbin, 2007; Sampson & Laub, 1994).

No que concerne ao estatuto laboral, existe uma elevada taxa de desempregados entre os perpetradores de maltrato. Para além das dificuldades financeiras que o desemprego provoca, crescem os sentimentos de frustração e de incapacidade. Por outro lado, o desemprego propicia um contacto maior entre cuidadores e criança, dado que os primeiros passam mais tempo em casa, aumentando deste modo a probabilidade de ocorrência de situações de maltrato (Belsky, 1980). A relação obediência/autoridade e rotinas disciplinares no local e nas relações de trabalho são outras influências que podem potenciar o maltrato infantil (Alberto, 2006).

A pesquisa demonstra associações entre as variáveis do exossistema, como a violência na comunidade, a pobreza no bairro, a indisponibilidade de apoios sociais, o aumento de volume populacional e de proporção de crianças por adulto residente, e a probabilidade da emergência de maltrato infantil (Coulton et al, 2007; Sampson & Laub, 1994).

Assim, a violência na comunidade atua como um fator de vulnerabilidade permanente, aumentando o risco de maltrato ao nível do microsistema (Cicchetti & Lynch, 1993). Para as crianças que crescem em contextos onde a violência ocorre nos vários níveis sistémicos (e.g., violência na comunidade e violência interparental), o risco de registar problemas desenvolvimentais é maior. Igualmente, num contexto onde as crianças estão expostas à violência na comunidade, a grave negligência parental pode contribuir ainda mais para uma desadaptação comportamental e emocional. Ou seja, o facto de se ser educado por progenitores que não reconhecem nem atendem às necessidades básicas e/ou se privam de um acesso consistente a apoios externos, como frequentemente ocorre nas crianças vítimas de negligência, pode ser especialmente problemático para as crianças que crescem em comunidades violentas (Cicchetti & Toth, 2000). Por outro lado, uma economia próspera e com baixa taxa de desemprego pode diminuir o risco de negligência (Cicchetti & Toth, 2000).

Os riscos cumulativos do macro e exossistema podem causar um impacto negativo nos progenitores e na sua capacidade de proporcionar uma adequada parentalidade, originando estilos parentais de disciplina inadequados e indisponibilidade emocional e de supervisão (Sampson & Laub, 1994). Em contraste, fatores de compensação, nomeadamente uma comunidade ativa, com programas de vizinhança, podem reduzir o isolamento e a limitada rede social que comumente existe entre as

famílias com elevadas taxas de maltrato infantil, diminuindo, assim, o risco de maltrato e proporcionando o desenvolvimento de competências de interação social nas famílias potencialmente maltratantes (Cicchetti & Toth, 2000).

Os fatores de risco dentro do **microssistema** também contribuem para a capacidade adaptativa do funcionamento familiar, bem como para a presença ou ausência de maltrato. Características do microssistema exercem efeitos mais diretos sobre o desenvolvimento da criança, uma vez que é o nível mais interno e central do conjunto dos vários níveis, representando o contexto mais imediato do maltrato infantil (Cicchetti & Toth, 2000).

Apesar de Belsky (1980) e de Cicchetti e Lynch (1993) apresentarem o desenvolvimento ontogenético como mais um nível a acrescentar ao macro, exo e microssistema, concordamos com Alberto (2006) quando refere que “o desenvolvimento ontogenético se projeta na interação que o agressor estabelece na família” (p. 39). Daí considerarmos mais apropriado inseri-lo diretamente na caracterização do microssistema, tal como a referida autora. Neste contexto o microssistema é constituído por três grupos de fatores de risco: as características do contexto familiar, as características do abusador (desenvolvimento ontogenético) e as características da criança.

Passamos a descrever cada um destes três grupos de fatores.

As características particulares do **sistema familiar** com situações de abuso/negligência parental baseiam-se principalmente nas interações que têm por princípio o recurso à violência – esta forma constante de comunicação interpessoal conduz a um conjunto de situações familiares disfuncionais (Belsky, 1980). O maltrato infantil surge de uma escalada de tensão e agressão nas interações familiares (Belsky, 1980). As relações conjugais conflituosas diminuem as competências parentais na prestação de cuidados à criança. Os casais que utilizam a violência entre si adotam, tendencialmente, os mesmos métodos para educar as crianças e, não sendo a agressão física socialmente aceite numa relação conjugal, já é justificada como forma de educação no subsistema parental, o que faz com que, por vezes, esta violência seja transferida para as crianças (Belsky, 1980).

Para além do recurso à violência, repetidamente se tem verificado que os progenitores que maltratam manifestam escassamente comportamentos positivos em relação à criança (e.g., dar instrução, estar junto ou elogiar), expressam pouco afeto

positivo e dão menos feedback às suas iniciativas, ao contrário dos progenitores não maltratantes (Belsky, 1993).

Há a considerar ainda que situações mais complexas de prestação de cuidados (e.g., face a problemas desenvolvimentais da criança e/ou a múltiplos filhos na família) (Dubowitz et al., 2011) ou situações socioeconómicas problemáticas (e.g., desemprego por parte de um dos progenitores) poderão desencadear numa família inicialmente funcional, não perturbada, alterações nas interações familiares potenciando a ocorrência de maltrato infantil (Belsky, 1980).

No que se refere ao **desenvolvimento ontogenético**, a história pessoal do próprio perpetrador de maltrato representa um fator de risco inerente ao microsistema. Diversas investigações revelam elevada frequência de situações de maltrato infantil no desenvolvimento pessoal dos progenitores maltratantes, identificando características nestes adultos resultantes dos efeitos do abuso/negligência que sofreram durante a infância, as quais dificultam o desenvolvimento de competências parentais adequadas (Belsky, 1980). As características frequentemente realçadas são a fármaco-dependência, perturbações de foro neurótico, insegurança, apatia, pouca tolerância à frustração, imaturidade e dependência, baixa auto-estima, sintomatologia depressiva e ansiedade, stress, labilidade de humor e solidão (Alberto, 2006).

Por outro lado, os progenitores maltratantes podem ter sido sujeitos a uma aprendizagem social de comportamentos específicos durante a infância (e.g., uma disciplina rigorosa e autoritária) que perpetuam por acreditarem na legitimidade dos mesmos (transmissão intergeracional) – esta aprendizagem social poderá estar igualmente na origem do maltrato infantil (Belsky, 1993). Deste modo, não são só os progenitores que foram crianças maltratadas que apresentam fatores de risco de maltrato infantil. Progenitores maltratantes que tiveram uma educação rígida ou pouco positiva no plano afetivo (Alberto, 2006) poderão, igualmente, ter interiorizado práticas parentais pouco adequadas.

Os progenitores abusadores tendem a desconhecer as características próprias das diferentes etapas desenvolvimentais da criança, o que os impede de reconhecer e responder adequadamente às suas necessidades, revelando uma atitude intolerante (com recurso à violência), inconsistente, indiferente ou ansiosa face às práticas parentais (Belsky, 1980). Estabelecem, ainda, expectativas inadequadas e demasiado elevadas face às capacidades da criança, não a reconhecendo, na maioria das vezes, como criança mas mais como um adulto (Belsky, 1993) do qual esperam consolação ou, mesmo,

cuidados (inversão dos papéis), num esforço de compensar a infância perdida, onde as suas necessidades e desejos pessoais não foram atendidos (Alberto, 2006).

Wolfe e McIsaac (2011) distinguem um *continuum* de expressividade e sensibilidade emocional parental que vai desde um estilo parental positivo, passando por um pobre/disfuncional até um estilo emocionalmente abusivo (ver Tabela 3.1). Na Tabela 3.1 podemos observar que, contrariamente ao estilo parental positivo que, ao nível das expressões emocionais, se caracteriza pela demonstração de alegria perante os esforços e as realizações da criança, o estilo parental emocionalmente abusivo distingue-se pela expressão de sentimentos ambivalentes e por um amor condicional em relação à criança, demonstrando o adulto pouca ou nenhuma sensibilidade no que se refere às suas necessidades. Considerando as interações, o estilo parental positivo pauta-se por um interesse nas competências da criança, estabelecendo interações positivas centradas nesta, de forma a encorajar uma exploração independente e um desenvolvimento harmonioso; inversamente, o estilo parental de abuso emocional exclui a criança quer física quer emocionalmente, tirando partido do estatuto de dependência da mesma através de subornos, ameaças e coerções.

Relativamente aos progenitores negligentes, estes mantêm, principalmente, uma atitude de ignorância e desprendimento em relação aos filhos, às suas responsabilidades parentais, às necessidades da criança, proporcionando interações pobres e reduzidas, revelando ainda serem pouco estimulantes, passivos, inexpressivos e apáticos. Estes progenitores apresentam, com frequência, um lar caótico, condições de vida precárias, fármaco-dependência, debilidade mental e pouca motivação ou capacidade para alterar o seu dia-a-dia (Clark & Clark, como citados por Alberto, 2006).

Ainda relativamente às características do perpetrador de maltrato, o risco cumulativo ou multifatorial (Cicchetti & Lynch, 1993) aumenta a probabilidade de ocorrência de maltrato infantil e as consequências do impacto deste no desenvolvimento da criança. Por exemplo, sintomatologia depressiva, dependência de fármacos e baixo nível académico da mãe muitas vezes co-ocorrem, contribuindo para um contexto com poucos recursos para a criança. A depressão materna pode influenciar o humor e o comportamento, perturbando a sensibilidade da relação mãe-criança necessária para o desenvolvimento infantil. Neste sentido, as mães deprimidas têm sido descritas como mais agressivas em relação aos filhos e menos atentas às necessidades destes que as mães não deprimidas (Dubowitz et al., 2011).

Tabela 3.1
Continuum de Expressividade e Sensibilidade Emocional Parental

		
Mais Positivo		Mais Negativo
Estilos Parentais Positivos	Pobres / Disfuncionais	Estilos Parentais Abusivos
<p>Expressões Emocionais Expressa alegria perante os esforços e as realizações da criança</p>	<p>Expressões Emocionais Demonstra expressões emocionais rígidas e inflexíveis ao interagir com a criança Aparenta despreocupação perante as necessidades desenvolvimentais da criança</p>	<p>Expressões Emocionais Expressa sentimentos ambivalentes e amor condicional em relação à criança Demonstra pouca ou nenhuma sensibilidade no que se refere às necessidades da criança</p>
<p>Interações Empenha-se nas competências da criança; interações centradas na criança, encorajando um desenvolvimento saudável; interações positivas promovendo a exploração independente</p>	<p>Interações Muitas vezes insensível às necessidades da criança Pobre equilíbrio entre a dependência da criança e a independência dos pais</p>	<p>Interações Rejeita a criança emocional e fisicamente Tira partido do estatuto de dependência da criança através de subornos, ameaças ou coerções</p>
<p>Consistência e Previsibilidade Demonstra consistência e previsibilidade de forma a promover relação</p>	<p>Consistência e Previsibilidade Muitas vezes responde de forma imprevisível e, por vezes, com descarga emocional</p>	<p>Consistência e Previsibilidade Dá respostas imprevisíveis acompanhadas de descarga emocional</p>
<p>Regras e Limites Cria regras pela saúde e pela segurança, ajustando a proteção de acordo com a idade da criança</p>	<p>Regras e Limites Regras relativas à saúde e segurança pouco claras e/ou inconsistentes</p>	<p>Regras e Limites Regras esporádicas e caprichosas Tira partido ou corrompe para benefício próprio</p>
<p>Práticas de Disciplina Ocasionalmente interrompe, critica e repreende a atividade da criança Ensina a criança através do comportamento, em vez de métodos de controlo psicológico</p>	<p>Práticas de Disciplina Frequentemente utiliza métodos coercivos e minimiza as competências da criança Utiliza métodos psicológicos de controlo que confundem e perturbam a criança</p>	<p>Práticas de Disciplina Utiliza métodos de controlo cruéis e severos que assustam a criança Viola, esporadicamente, as normas mínimas comunitárias</p>
<p>“Entoção” Emocional Utiliza um tom emocional firme mas não assustador para a criança</p>	<p>“Entoção” Emocional Utiliza a força verbal e não verbal, muitas vezes para atingir metas irrealistas</p>	<p>“Entoção” Emocional Utiliza um tom emocional que assusta, insulta, denigre e ameaça a criança</p>

Nota: Adaptado de “Distinguishing Between Poor/Dysfunctional Parenting and Child Emotional Maltreatment”, por D. A. Wolf e C. McIsaac, 2011, *Child Abuse & Neglect*, 35, p. 807.

Relativamente às **características da criança** tem-se observado que as crianças mais novas têm uma vulnerabilidade maior para serem vítimas de maltrato por diversas razões. Uma delas é a força física, que é mais frequentemente usada contra estas. Outro motivo está relacionado com o facto de as crianças mais novas passarem mais tempo com os seus cuidadores e serem mais dependentes deles, física e psicologicamente. A terceira razão prende-se com serem mais suscetíveis a lesões, dada a sua vulnerabilidade

física. O facto de as crianças mais novas terem uma maior dificuldade em regular as suas emoções e de, naturalmente, desejarem ser autónomas e independentes nas suas rotinas pode, igualmente, aumentar a possibilidade de desencadear atitudes hostis e agressivas por parte de alguns cuidadores (Belsky, 1993).

Para além do fator idade, o temperamento, o comportamento ou a aparência da criança podem torná-la mais suscetível de se tornar vítima de maltrato; por exemplo, as crianças que revelam ausência de resposta à interação dos pais, que exibem comportamentos aversivos, quer por imitação destes, quer numa tentativa de chamar a atenção dos mesmos, que têm problemas de saúde mental e/ou física ou porque simplesmente não correspondem às expectativas dos seus progenitores (e.g., género) estão mais vulneráveis ao maltrato infantil (Masten & Wright, 1998).

No que se refere à suscetibilidade da criança relativamente aos danos da vitimização decorrente de situações de maltrato, existe uma certa variabilidade de acordo com a personalidade, idade, avaliações e significados acerca da experiência. Também é possível que esta suscetibilidade mude em função do desenvolvimento ou do percurso de vida.

A literatura (Afifi & MacMillan, 2011; DiLauro, 2004; *Child Welfare Information Gateway*, 2009; Hewitt, 1999; Iwaniec et al., 2006; MacMillan, 2000; Masten & Wright, 1998; Wilcox et al., 2004) destaca alguns fatores que podem potenciar o impacto do maltrato no desenvolvimento infantil, nomeadamente: i) a duração e as circunstâncias em que se deu o abuso; ii) o grau de intimidade ou parentesco do perpetrador; iii) a qualidade do meio familiar e relacional da criança e a reação manifestada por cada um dos progenitores ao descobrir-se a vitimação do(a) filho(a); iv) a repercussão da revelação do abuso/negligência no meio social onde a criança vive; v) a oportunidade de receber ajuda e a qualidade da ajuda oferecida; vi) a perceção que a criança tem do abuso/negligência de que é vítima e a sua atribuição causal; vii) a idade da criança aquando do abuso/negligência e viii) o tipo e a gravidade do maltrato.

Os efeitos resultantes de uma situação inicial de abuso/negligência podem criar vulnerabilidades pessoais na criança que, por sua vez, aumentam o risco de abuso/negligência continuados ou de posterior repetição. A vitimização repetida ou crónica pode levar a efeitos cada vez mais graves e de longa duração na criança devido à sua crescente vulnerabilidade, remetendo-nos de novo para a analogia das casas expostas a tornados atrás referenciada (Masten & Wright, 1998).

A percepção que a criança tem da vivência do abuso/negligência e a sua atribuição causal pode afetar não só a forma como ela se vê a si própria como, também, a sua capacidade para lidar com o acontecimento ao longo do tempo. Lev-Wiesel (como citado por Wilcox et al., 2004) observou que entre os adultos abusados sexualmente na infância, aqueles que atribuíam o início do abuso sexual às características do abusador (em detrimento da auto-culpabilização) relatavam melhor qualidade de vida e apresentavam uma auto-estima mais elevada. Wilcox e colaboradores (2004) afirmam que o abuso sexual pode causar mais danos se a penetração estiver envolvida; se o abuso for continuado por um longo período de tempo; se o abusador for a figura paterna (e não uma pessoa extra-familiar); se o abuso coincidir com uma ameaça de violência ou dano real; e se a vítima não for reconhecida enquanto tal ou se não tiver apoio das pessoas que lhe são significativas.

A inadaptação desenvolvimental da criança vítima de maltrato é mais provável quando a vulnerabilidade permanente e os desafios transitórios potenciam fatores de risco, superando as influências compensatórias de proteção e de amortecedores transitórios, enquanto a adaptação é mais provável quando a situação inversa está presente (Masten & Wright, 1998). Isto remete-nos para o que comumente se designa de resiliência, ou seja, a adaptação ou desenvolvimento bem-sucedidos durante ou após condições adversas que ameaçam ou desafiam um funcionamento adaptativo ou um desenvolvimento saudável (Gonçalves, 2003). Tal como afirmam Cicchetti e Toth (2000) e Afifi e MacMillan (2011), algumas crianças maltratadas podem desenvolver mecanismos positivos de adaptação, apesar das experiências significativamente graves que viveram.

O grau de resiliência de cada criança varia de acordo com diversos fatores, nomeadamente, constitucionais, desenvolvimentais e relacionais. A resiliência individual não é inata ou estática, é algo evolutivo e interativo, que pode variar ao longo das diversas fases do desenvolvimento (Afifi & MacMillan, 2011), dependendo em grande parte da qualidade da relação progenitores-criança. A pesquisa tem vindo a demonstrar que as crianças que manifestam um elevado nível de resiliência tendem a ser aquelas que estiveram expostas a menos fatores de risco e durante um curto período de tempo (Iwaniec et al., 2006).

Embora os fatores protetores permanentes, os amortecedores transitórios e a resiliência individual possam proteger algumas crianças contra os efeitos adversos do maltrato, este contribui para a mortalidade e para a morbilidade infantil, o que apela

para o investimento da comunidade científica nesta temática, mas também dos profissionais e da comunidade em geral. Muitas crianças vítimas de maltrato estão em risco de ter problemas nos vários níveis do seu desenvolvimento, como por exemplo o cognitivo e o socioemocional, não só durante a infância mas, também, ao longo da sua vida (Goodman et al., 2009; Afifi & MacMillan, 2011), favorecendo um exercício futuro da parentalidade igualmente pautado pelo abuso e/ou negligência.

Passamos, de seguida, a destacar o impacto do maltrato infantil no desenvolvimento cognitivo e socioemocional destas crianças.

CAPÍTULO 4

Consequências do Maltrato Infantil

O Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus tratos por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas.

(UNICEF, 2012, maio)

Os indicadores de maltrato correspondem, em geral, às consequências, a curto e a médio prazo, do maltrato infligido às crianças. É comum considerar dois tipos de indicadores – os sinais, referentes a alterações orgânicas objetivas e mensuráveis (e.g., hematomas) e os sintomas, que são alterações subjetivas do estado de saúde físico e/ou psíquico (Magalhães, 2005). Dado o objetivo do nosso trabalho, vamos debruçar-nos somente sobre estes últimos.

Como já referimos no capítulo anterior, o impacto do maltrato no desenvolvimento infantil varia em função da influência de diversos fatores, que diminuem ou potenciam as sequelas, incluindo as próprias diferenças individuais nas respostas das crianças face ao maltrato. Assim, pode haver situações de maltrato em que não se identificam consequências visíveis e em que as crianças apresentam uma relação aparentemente “saudável” com os perpetradores de maltrato (particularmente, as crianças mais novas) e outras situações em que se registam perturbações graves que permanecem até à idade adulta.

Num estudo realizado por Kendall-Tackett e colaboradores (como citados por Alberto, 2000), por exemplo, observou-se que 20 a 50% das vítimas de abuso sexual não apresentavam qualquer sintomatologia.

As consequências do maltrato podem diferenciar-se consoante a tipologia, a duração e a gravidade do mesmo. Podem aparecer subitamente ou de forma progressiva, isoladas ou associadas a outras manifestações clínicas. Esta heterogeneidade das consequências do maltrato infantil sugere que este não afeta cada domínio do desenvolvimento de uma forma similar em todas as crianças (Cicchetti & Toth, 2000).

Por exemplo, nalguns casos podem-se manifestar défices em todas as áreas do desenvolvimento, enquanto noutros podem ser afetadas algumas áreas restritas.

As consequências a curto e a médio prazo mais frequentemente apontadas na literatura (Cook et al., 2005; De Bellis et al., 2009; DiLauro, 2004; Fernández, 2002; Goodman et al., 2009; Hewitt, 1999; Kendall-Tackett, 2002; MacMillan, 2000; Magalhães, 2005; Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010; Pears, Fischer, Bruce, Kim, & Yoerger, 2010; Spratt et al., 2012; Veltman & Browne, 2003; Wilcox et al., 2004) são as seguintes: i) atraso nas aquisições desenvolvimentais (e.g., linguagem, psicomotricidade, cognição e socialização); ii) dificuldades de aprendizagem; iii) alterações na concentração, atenção, memória e controlo inibitório; iv) regressões nas aquisições e nos comportamentos desenvolvimentais (e.g., voltar a chuchar no dedo e o surgimento de enurese secundária); v) apatia e/ou falta de curiosidade, do natural comportamento exploratório (e.g., dificuldades na capacidade de brincar, jogar e divertir-se); vi) perturbações afetivas (e.g., baixa auto-estima, sentimentos de culpa e vergonha e índices de ansiedade elevados); vii) problemas de comportamento internalizantes (e.g., depressão); viii) problemas de comportamento externalizantes (e.g., hiperatividade e agressividade); ix) condutas sexualizadas (e.g., interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais, masturbação compulsiva e desenhos ou brincadeiras sexuais explícitas); x) somatizações; e xi) perturbações do sono (e.g., dificuldade em dormir, terrores noturnos).

No sentido de enquadrar o nosso estudo empírico parece-nos importante apresentar e analisar, mais detalhadamente, as investigações realizadas em torno das consequências do maltrato em crianças pré-escolares nos domínios cognitivo e socioemocional. No entanto, deparamo-nos com algumas dificuldades na sistematização desta informação. Em primeiro lugar, porque algumas das variáveis dependentes são analisadas em conjunto nas várias pesquisas publicadas, refletindo o carácter intrincado dos diversos efeitos. Em segundo lugar, porque são escassos os estudos realizados com crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar, principalmente no que se refere à análise das suas funções neuropsicológicas. Tentando ultrapassar as dificuldades referidas, passaremos a organizar a informação divulgada pela literatura disponível sobre o impacto do maltrato infantil em dois domínios: (a) cognitivo, no que se refere ao funcionamento intelectual (QI global, QI verbal e QI de realização) e a algumas funções neuropsicológicas (controlo inibitório, atenção e memória); e (b)

socioemocional (aptidões sociais, regulação comportamental e presença de sintomatologia de PTSD¹⁰).

4.1 Desenvolvimento Cognitivo

i) Funcionamento Intelectual

A prevalência do abuso sexual, físico e emocional e da negligência de crianças impõe a necessidade de avaliar o impacto destes acontecimentos no seu funcionamento intelectual. Os estudos realizados neste domínio têm demonstrado que as crianças vítimas de maltrato durante os primeiros anos de vida apresentam défices intelectuais e escolares, quando comparadas com crianças não maltratadas (Alberto, 2006; Huth-Bocks et al., 2001; Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor, & Purcell, 2003; Mezzacappa, Kindlon, & Earls, 2001; Pears, Kim, & Fisher, 2008; Spratt et al., 2012; Ybarra, Wilkens, & Lieberman, 2007). Estes estudos explicam os referidos défices partindo de duas perspetivas, nomeadamente pela qualidade do ambiente precoce do contexto familiar (a falta de estimulação ou a privação ambiental geral e a inadequação ou ausência de interação progenitores-criança) e pelo dano cerebral causado pelos elevados níveis de stresse que estas situações traumáticas podem provocar nos primeiros anos de vida. Estas duas perspetivas encontram-se mutuamente interligadas, tal como é comprovado pela realização de neuro-imagens que demonstram que a desnutrição e a privação sensorial e emocional associadas à negligência nos primeiros anos de vida, provocam graves danos no desenvolvimento cerebral.

Assim, no que se refere à importância da qualidade do ambiente precoce do lar para o desenvolvimento intelectual da criança, pesquisas com populações de baixo e elevado risco têm reportado que as experiências precoces de estimulação e a qualidade das relações precoces, pautadas pela reatividade materna, interações verbais

¹⁰ A PTSD caracteriza-se, segundo a DSM-IV-R, pela exposição a um acontecimento traumático, no qual a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros (*American Psychiatric Association, 2000/2002*). Este aspeto é analisado de forma mais detalhada no subcapítulo “*Desenvolvimento Socioemocional*”.

progenitores-criança positivas, práticas parentais consistentes, tranquilidade ambiental, acessibilidade ao brincar e encorajamento da autonomia, são preditoras de um melhor desempenho intelectual durante a infância (Huth-Bocks et al., 2001; Spratt et al., 2012). Segundo Huth-Bocks e colaboradores (2001), a investigação tem indicado que a qualidade no ambiente precoce do lar se torna cada vez mais importante para o desempenho intelectual da criança à medida que esta avança no período pré-escolar, enquanto fatores mais globais, como o estatuto socioeconómico, se tornam relativamente menos importantes, possivelmente devido à crescente capacidade da criança durante este período de desenvolvimento, para explorar, criar e seleccionar as suas próprias formas de estimulação no meio envolvente.

Estes autores realizaram um estudo com mulheres (algumas vítimas de violência conjugal) e respetivos filhos, com idades compreendidas entre os 3 anos e os 5 anos e 9 meses, com o objetivo de avaliar o funcionamento intelectual e a qualidade do ambiente do lar destas crianças (algumas delas também abusadas pelos progenitores). Para tal aplicaram uma bateria de testes e, como previam, verificaram que o grupo de crianças expostas à violência interparental obteve resultados significativamente mais baixos no Teste de Vocabulário Peabody – Forma Revista (*Peabody Picture Vocabulary Test – Revised* ou PPVT-R) do que o grupo de crianças não expostas à violência interparental, após controlo das variáveis abuso parental e nível socioeconómico. No entanto, estes dois grupos não se diferenciaram significativamente nos resultados do subteste dos *Cubos* da Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária – Forma Revista (*Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised* ou WPPSI-R). Huth-Bocks e colaboradores (2001) referem que a violência doméstica produz um efeito direto nas capacidades verbais infantis, mas não nas capacidades visoespaciais. Os mesmos autores, comparando três grupos diferentes de crianças maltratadas (um com crianças vítimas de abuso parental e expostas à violência interparental, outro com crianças expostas à violência interparental e outro com crianças somente abusadas) com um grupo de crianças não vítimas de maltrato, verificaram ausência de diferenças significativas no funcionamento intelectual entre os vários grupos, incluindo o de não vítimas, após controlo do nível socioeconómico; os autores interpretam esta ausência de diferenças significativas como possível consequência do reduzido número de sujeitos nos vários grupos (e.g., 10 no grupo de crianças expostas à violência interparental). Huth-Bocks e colaboradores (2001) observaram, ainda, que a exposição à violência interparental não se encontrava significativamente associada com

a qualidade do ambiente do lar. No entanto, a qualidade do ambiente do lar apresentava-se significativamente relacionada com as variáveis dependentes, após controlo do nível socioeconómico, tanto para o PPVT-R como para a WPPSI-R.

Ybarra e colaboradores (2007) criticam este estudo pelo facto de os autores aplicarem um teste psicométrico de linguagem expressiva, mais do que receptiva, e somente um subteste da WPPSI-R para avaliar as habilidades cognitivas, tornando, assim, as conclusões acerca do funcionamento intelectual das crianças vítimas de maltrato demasiado limitadas e até enviesadas. Segundo estes autores, a exposição à violência interparental pode afetar negativamente o funcionamento cognitivo e acarretar, mais especificamente, atrasos no desenvolvimento das competências linguísticas, acrescentando que os défices verbais precoces podem ser especialmente problemáticos, uma vez que o início da educação formal depende substancialmente da linguagem como base principal para o funcionamento académico.

A revisão de estudos empíricos levada a cabo por Koenen e colaboradores (2003) leva-os a concluir que a maior parte dos estudos realizados apontam para uma relação negativa entre exposição à violência interparental e o desenvolvimento cognitivo infantil. No entanto, Grych e Fincham (1990) afirmam que as crianças vítimas de maltrato, muitas vezes, apresentam também problemas emocionais e comportamentais¹¹ que podem interferir com uma administração válida de um teste de QI e, por isso, criar uma falsa associação entre exposição à violência e QI. Por outro lado, Crozier e Barth (2005) defendem que as crianças podem herdar características como a impulsividade, que impõem algumas limitações na aprendizagem. Acresce, ainda, que a qualidade do ambiente pré-natal, nomeadamente, um ambiente intra-uterino pobre, causado por comportamentos aditivos maternos ou por uma vigilância médica no período gestacional reduzida ou inexistente, e o stresse materno (Gunnar & Fisher, 2006) ou o traumatismo intencionalmente aplicado à barriga da mãe (Glaser, 2000) podem, posteriormente, ser responsáveis pelo baixo desempenho intelectual da criança.

Tendo em consideração estes factos, Koenen e colaboradores (2003) realizaram um estudo de forma a controlar as variáveis hereditariedade e problemas comportamentais e emocionais, com 1116 gémeos monozigóticos e dizigóticos vítimas de maltrato. Para tal, aplicaram uma bateria de instrumentos composta pela Escala de Táticas Conflituais (*Conflict Tactics Scale* ou CTS); subtestes dos *Cubos* e do

¹¹ Como iremos analisar no subcapítulo “*Desenvolvimento Socioemocional*”.

Vocabulário da WPPSI-R, Protocolo de Entrevista Clínica do Desenvolvimento Infantil (*Clinical Interview Protocol* do *Multi-Site Child Development Project*), Inventário do Comportamento da Criança (*Child Behavior Checklist* ou CBCL) e Inventário de Comportamento da Criança para Professores (*Teacher Report Form* ou TRF). Os autores verificaram uma associação entre múltiplos tipos de maltrato e o QI das crianças, com as crianças vítimas de mais do que um tipo de maltrato a obterem QIs significativamente mais baixos do que as crianças vítimas de apenas um tipo de maltrato. Porém, este estudo é criticado por Ybarra e colaboradores (2007) por não ter em conta a eventual presença de psicopatologia materna. Estes autores referem que mães com psicopatologia tenderão a não representar para a criança o “parceiro” com quem esta possa praticar os fundamentos das aptidões verbais, uma vez que as habilidades não-verbais são mais facilmente exercitadas de uma forma mais solitária ou em interação com um irmão gémeo. Já De Bellis e colaboradores (2009) acrescentam que os autores do estudo deveriam ter avaliado a presença de sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) nestas 1116 crianças, uma vez que a associação entre maltrato e sintomas de PTSD podem também contribuir para um baixo QI e para défices cognitivos.

No contexto português, Alberto (2006) observou no seu estudo com 90 crianças e adolescentes vítimas de maltrato, desempenhos significativamente inferiores aos 92 sujeitos dum grupo de controlo, na Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Forma Revista (*Wechsler Intelligence Scale for Children– Revised* ou WISC-R), quer a nível do QI verbal, quer do QI de realização.

Alguns autores têm conduzido estudos no sentido de comparar o funcionamento intelectual em função dos diversos tipos de maltrato. No entanto, estes são em número reduzido dado que, tal como já referenciámos anteriormente no ponto 2.2 da presente dissertação, os diferentes tipos de maltrato não ocorrem de forma independente e estanque, existindo um elevado grau de comorbilidade entre os mesmos (Cicchetti & Toth, 2000; Howe, Cicchetti, & Toth, 2006), pelo que é difícil reunir amostras “puras” (Belsky, 1993) e suficientemente numerosas quanto aos diferentes tipos de maltrato.

Pears e colaboradores (2008), num estudo realizado com 117 crianças em idade pré-escolar, encontraram diferenças significativas quanto ao desempenho cognitivo entre os diferentes tipos de maltrato. Estes autores verificaram que as crianças vítimas de abuso sexual e emocional, quando comparadas com crianças vítimas de outros tipos de maltrato, apresentavam desempenhos na WPPSI-R significativamente superiores.

Harwicke e Hochstadt (1986) realizaram uma pesquisa com 52 crianças vítimas de abuso e negligência, com idades compreendidas entre os 5 anos e 6 meses e os 16 anos e 2 meses, cujo desenvolvimento cognitivo foi comparado com o de 29 crianças com doenças físicas crónicas, nomeadamente, asma, diabetes e artrite reumatóide, aplicando a WPPSI-R, a WISC-R e o Teste Gestáltico de Bender (*Bender Gestalt Test for Young Children*). Estes autores não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos. Ambos os grupos revelaram níveis de QIs baixos, tendo o grupo das crianças com doenças físicas crónicas apresentado níveis ainda mais baixos que o das crianças vítimas de maltrato. Os autores argumentam que este facto se deve ao absentismo escolar devido às frequentes hospitalizações e, porventura, ao facto de algumas destas crianças serem também negligenciadas. Aliás, vários autores (Diamond & Jaude; Friedrich, Boriskin, & Lynch, como citados por Harwicke & Hochstadt, 1986) sugerem que as crianças com doenças ou deficiências físicas apresentam elevado risco de abuso e de negligência.

A segunda perspetiva explicativa dos défices intelectuais nas crianças vítimas de maltrato, apresentada no início deste ponto, refere-se ao impacto neuroanatómico do maltrato. Nos últimos tempos têm surgido alguns estudos acerca dos efeitos do maltrato infantil no desenvolvimento cerebral durante os primeiros anos de vida (De Bellis et al., como citados por Koenen et al., 2003; Gunnar & Fisher, 2006; Perry, 2002; Porter, Lawson, & Bigler, 2005). Estes estudos indicam que o desenvolvimento do cérebro pode ser fisiologicamente alterado pelo stresse severo, prolongado ou imprevisível durante os primeiros anos de vida, sendo que tais alterações afetam negativamente o desenvolvimento cognitivo da criança (Butchart et al., 2006). Por outro lado, e de acordo com a *Child Welfare Information Gateway* (2009), breves períodos de stresse previsível e moderado não serão problemáticos podendo, até, preparar a criança para lidar com o mundo à sua volta. Esta mesma organização acrescenta que maiores quantidades de stresse poderão ainda ser toleradas pela criança, desde que esta tenha um adulto que a ajude a lidar com as mesmas.

Por conseguinte, a relação entre o dano cerebral e baixos níveis de QI nas crianças vítimas de maltrato tem sido destacada na literatura. Porter e colaboradores (2005), por exemplo, afirmam que existe uma evidência considerável para apoiar a relação entre stresse prolongado e disfunção cognitiva, e que estes défices cognitivos podem estar associados ao impacto neuroanatómico, ou seja, a mudanças nas estruturas cerebrais, particularmente nas estruturas do sistema límbico. De Bellis e colaboradores

(como citados por Koenen et al., 2003) no seu estudo com crianças vítimas de maltrato, verificaram que o QI destas crianças apresentava uma correlação positiva significativa com o volume encefálico e uma correlação negativa significativa com a duração do maltrato.

Já Vythillingam e colaboradores (como citados por Porter et al., 2005) compararam as estruturas cerebrais, através de neuro-imagem, de três grupos de pessoas: um grupo de mulheres deprimidas e abusadas na infância; um grupo de mulheres deprimidas, mas que não tinham sido abusadas na infância; e um grupo de mulheres não deprimidas e não abusadas na infância. Estes autores observaram uma diminuição de 18% no volume do hipocampo esquerdo no grupo de mulheres deprimidas e abusadas na infância comparativamente aos outros dois grupos. Estes dados demonstram que o desenvolvimento das funções e das estruturas do cérebro infantil que ocorre no período pós-natal é influenciado pelas experiências ambientais, ou seja, o Sistema Nervoso Central (SNC) da criança é afetado de forma determinante pelos comportamentos dos seus cuidadores. Daí que pesquisas recentes sugeriram que o abuso infantil prolongado possa alterar a própria estrutura do cérebro, provocando mudanças funcionais e bioquímicas irreversíveis (Perry, 2002; Gunnar & Fisher, 2006). O modo como tais alterações se processam está relacionado com o facto de diferentes partes do cérebro se desenvolverem pela receção de estímulos que provocam atividade naquela região cerebral. Assim, o stresse crónico provocado pelo maltrato sensibiliza as vias neuronais e sobredesenvolve as regiões cerebrais envolvidas na resposta de ansiedade e de medo, como é o caso da amígdala, em detrimento de outras regiões que sofrerão um subdesenvolvimento ou, até mesmo, morte neuronal por toxicidade, principalmente as regiões cerebrais que possuem uma elevada concentração de recetores de corticosteróides, como é o caso do hipocampo e do córtex pré-frontal, regiões estas extremamente importantes para a aprendizagem e relacionadas com o QI (Gunnar & Fischer, 2006; Koenen et al., 2003).

Assim, quando as experiências durante os primeiros anos de vida são essencialmente negativas, as crianças podem desenvolver problemas de aprendizagem que persistem ao longo de toda a vida, vivendo num persistente estado de *hyperarousal*¹², antecipando uma ameaça que pode vir de todas as direções. Porém, para aprender e incorporar novas informações, o cérebro tem de estar num estado de “calma

¹² Esta ideia será abordada mais detalhadamente no ponto “*Funcionamento Neuropsicológico*”.

atenta” que a criança traumatizada raramente atinge (Butchart et al., 2006). Num estudo desenvolvido por Teicher e colaboradores (como citados por Porter et al., 2005) observou-se que os electroencefalogramas (EEG) de indivíduos vítimas de maltrato apresentavam elevadas anomalias na zona frontotemporal esquerda, uma elevada prevalência de défices no hemisfério esquerdo e assimetria hemisférica direita/esquerda invertida.

Segundo o *Child Welfare Information Gateway* (2009), a desnutrição, que é uma consequência clássica da negligência, também pode, durante os primeiros anos de vida, atrofiar o desenvolvimento cerebral e tornar mais lentas as sinapses neuronais. Isto deve-se, em parte, ao efeito negativo da desnutrição no processo de mielinização no desenvolvimento das regiões cerebrais, resultando em atrasos cognitivos.

Porém, não são somente o abuso físico e sexual e a negligência que provocam danos cerebrais. O abuso emocional, nomeadamente a exposição à violência interparental, é também muito ameaçador e, por isso, fonte de elevado stresse para as crianças, provocando, igualmente um impacto negativo ao nível das estruturas cerebrais (Margolin & Gordis, 2000). O abuso emocional em geral e a exposição à violência interparental em particular são especialmente traumáticos para as crianças mais novas devido ao seu reduzido repertório de mecanismos de defesa e à sua elevada vulnerabilidade física e emocional (Baker & Cunningham, 2009; Huth-Bocks et al., 2001; Stover & Berkowitz, 2005) às práticas parentais severas, ambivalentes e imprevisíveis, e à exposição à violência exercida sobre o seu cuidador primário, factos estes que ampliam respostas de stresse nas crianças e, consequentemente, danos cerebrais (De Bellis, 2001; Perry 2002).

Assim, o impacto adverso do stresse no desenvolvimento do cérebro pode ser especialmente grave durante a infância precoce, quando o rápido crescimento neuronal e a imensa neuroplasticidade tornam o cérebro especialmente sensível às ações do meio, que podem ter consequências irreversíveis no desenvolvimento cognitivo destas crianças (De Bellis, 2001).

ii) Funcionamento Neuropsicológico

Os testes de QI podem, por vezes, constituir um indicador insensível a disfunções neuropsicológicas específicas (Simões, 2002). No que diz respeito ao QI

observado em crianças vítimas de maltrato, este encontra-se, por vezes, dentro da amplitude média, podendo encobrir alguns défices que estas crianças, frequentemente, apresentam no seu funcionamento neuropsicológico, nomeadamente, no que se refere aos processos da atenção, da memória e de algumas das funções executivas, como é o caso do controlo inibitório. Daí que se torne primordial avaliar as funções neuropsicológicas nestas crianças.

No entanto, o funcionamento neuropsicológico em crianças vítimas de maltrato, principalmente em crianças em idade pré-escolar, tem sido pouco explorado e, por vezes, alguns dos resultados das investigações publicadas são contraditórios. Talvez, porque, como referem Miranda, Borges, e Rocca (2010), a avaliação neuropsicológica de crianças em idade pré-escolar apresente algumas dificuldades quanto à possibilidade de obter um quadro compreensivo das várias funções, devido à particular capacidade destas crianças para melhorar o seu desempenho no decorrer da avaliação, dada a sua neuroplasticidade e a utilização de estratégias compensatórias. Para além disso, até há poucos anos atrás a comunidade científica considerava que o desenvolvimento das funções executivas ocorria numa fase pós período pré-escolar e, apenas recentemente, com o avanço da neuro-imagem e da construção de baterias neuropsicológicas desenvolvidas especificamente para a avaliação de crianças, se verificou que a fase pré-escolar constitui um período importante para o desenvolvimento destas funções (Garon, Bryson, & Smith, 2008).

Assim, durante a fase pré-escolar tornam-se mais consistentes e visíveis as dificuldades das crianças no que diz respeito à aprendizagem, uma vez que é uma fase particularmente relevante para o desenvolvimento humano, na qual a maior parte das aptidões são desenvolvidas (Ferreira, Coutinho, Freitas, Malloy-Diniz, & Haase, 2010).

Tal como já referenciámos, as crianças vítimas de maltrato, devido ao seu estado de *hiperarousal* (hipervigilância), têm dificuldade em manter um estado de alerta adequado que permita as aprendizagens. O *arousal* ou vigilância refere-se ao nível de alerta que, por sua vez, está relacionado com a facilidade fisiológica para processar os estímulos e para lhes responder (Wilding, Munir, & Cornish, 2001). As crianças vítimas de maltrato podem atender a estímulos inapropriados e falhar a focalização da atenção em detalhes cruciais de situações cognitivas e académicas. Existem algumas evidências que demonstram que o trauma causado pelo maltrato pode interferir com o controlo inibitório da resposta de alarme que, por sua vez, limita as capacidades destas crianças

para a reflexão, a aprendizagem académica, a atenção focalizada e a memória (Frankel, Boetsch, & Harmon, 2000).

Com o objetivo de avaliar as funções intelectuais e neuropsicológicas de crianças vítimas de maltrato, Pears e Fisher (2005a) realizaram uma investigação com um grupo de estudo composto por 94 crianças em acolhimento familiar, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, e um grupo de controlo, com as mesmas características demográficas. Aplicaram dois subtestes (Vocabulário e Cubos) da WPPSI-R, os testes do domínio Atenção/Funções executivas da NEPSY, o Teste Stroop Dia-Noite (*Day-Night Task*), a Tarefa de Cartões Aleatórios (*Card Sort Task*) e a Escala de Linguagem para a Idade Pré-escolar – Terceira Edição (*Preschool Language Scale – Third Edition*). Ao contrário das suas expectativas, não encontraram diferenças significativas na função visoespacial, na linguagem e no funcionamento cognitivo geral, apesar de as crianças do grupo de controlo obterem resultados mais elevados em todos estes domínios. Obtiveram ainda, uma correlação positiva moderada entre a idade do primeiro acolhimento e as funções executivas.

Considerando os objetivos do estudo empírico, passaremos a analisar de forma particular os estudos que analisaram o impacto do maltrato no controlo inibitório e funções executivas, na atenção e na memória

Controlo inibitório e funções executivas

Segundo Wright, Waterman, Prescott, e Murdoch-Eaton (2003), o controlo inibitório pode ser definido como um processo cognitivo que nos permite antecipar ou atrasar uma resposta preponderante. Estas respostas predominantes são ações ou reações corretamente interiorizadas que foram consolidadas previamente de uma forma vinculada. Olson, Schilling, e Bates (1999) conceptualizam o controlo inibitório como uma faceta de uma extensa construção multidimensional de controlo de impulso, sugerindo que o controlo de impulso é constituído por uma “dimensão cognitiva” e por uma “dimensão atraso”. Segundo estes autores, o controlo inibitório enquadra-se na dimensão cognitiva e é geralmente medido através de tarefas altamente estruturadas onde é solicitado às crianças que inibam uma ação numa tarefa não emocional (e.g., *Day-night task*¹³). Por outro lado, a “*delay dimension*” de controlo de impulso tem sido medida administrando

¹³ *Day-night task* consiste num teste Stroop adaptado a crianças em idade pré-escolar. Será abordado detalhadamente na parte II da presente dissertação, uma vez que é um dos testes utilizados no nosso estudo empírico.

tarefas de “atraso de gratificação” ou “resistência à tentação”, onde é solicitado às crianças que realizem, de acordo com as expectativas sociais, comportamentos adequados a determinada situação, envolvendo a componente emocional (e.g., *Gift delay*¹⁴).

Olson, Schilling, e Bates (1999) acrescentam, ainda, que a dimensão cognitiva é um meio importante de controlo de impulso, que pode influenciar os comportamentos das crianças no seu dia-a-dia, na interação com os seus pares e adultos. Por exemplo, as crianças em idade pré-escolar são vulneráveis a confrontos com os seus pares em situações nas quais outras crianças interferem com os seus objetivos (e.g., uma criança tira um brinquedo a outra). Para muitas crianças, a tendência natural consiste em usar a agressão física para obter os seus objetivos; no entanto, as crianças que são capazes de inibir esta tendência (resposta dominante) e de usar as palavras (resposta subordinante) para atingir os seus objetivos têm mais probabilidade de serem vistas pelos seus colegas e professores como melhores parceiros de jogo e, portanto, socialmente mais competentes. Por outro lado, as crianças que não são capazes de inibir os seus impulsos são mais propensas a apresentar problemas de comportamento externalizantes, como a agressão física e, posteriormente, a serem rejeitadas pelos seus pares, o que pode levá-las conseqüentemente a desenvolver problemas de comportamento internalizantes¹⁵ (Rhoades, Greenberg, & Domitrovich, 2009).

A inibição é considerada, cada vez mais, como uma capacidade distinta, dentro do amplo espectro das funções executivas e da atenção. As funções executivas englobam um conjunto de processos cognitivos que ajudam na monitorização e controlo do pensamento e da ação. Estes processos possibilitam a resposta de forma adaptativa a novas situações e o início e manutenção de comportamentos dirigidos a um objetivo. Segundo Monette e Bigras (2008), a função principal deste conjunto de processos é facilitar a adaptação do sujeito a situações novas, especialmente quando as rotinas de ações ou de habilidades cognitivas aprendidas não são suficientes.

As bases neurológicas destes processos encontram-se no córtex pré-frontal, mais concretamente, no córtex pré-frontal lateral e no giro cingulado anterior (Capovilla, 2006). Natale e colaboradores (2008) consideram que estes processos são mais

¹⁴ *Gift delay* consiste numa tarefa que tem como objetivo medir o tempo durante o qual a criança consegue suprimir o desejo de olhar para um presente que está a ser ruidosamente desembalhado (Reck & Hund, 2011).

¹⁵ Os problemas de comportamento externalizantes e internalizantes irão ser desenvolvidos mais detalhadamente no ponto 2 do presente capítulo.

vulneráveis perante problemas desenvolvimentais devido ao facto de os lobos pré-frontais integrarem as estruturas cerebrais de evolução mais recente e por isso serem mais suscetíveis a variações ambientais, como acontece em casos de maltrato infantil. O desempenho nas tarefas executivas melhora de modo significativo com a idade (Garon et al., 2008), em função do desenvolvimento e maturação do córtex pré-frontal que contribui para o êxito nestas tarefas desde a idade de um ano.

A inibição é, pois, um dos principais componentes das funções executivas, para além da flexibilidade mental e da memória de trabalho¹⁶ (Monette & Bigras, 2008). O controlo inibitório tem uma extensa trajetória desenvolvimental que muda ao longo do tempo, começando por ser um processo estabelecido externamente até se transformar numa capacidade internalizada. Esta capacidade de suprimir uma resposta dominante desenvolve-se no primeiro ano de vida. As tarefas de inibição de respostas complexas, que requerem uma combinação de memória de trabalho e supressão de uma resposta dominante, desenvolvem-se por volta dos 2 anos de idade, quando as crianças são capazes de usar uma regra interiorizada na mente para inibir uma resposta predominante e executar uma resposta subdominante (Garon et al., 2008).

Dado que as crianças mais novas são dependentes dos seus cuidadores para o auto-controlo, as disfunções num ambiente precoce provocam vulnerabilidade no desenvolvimento do controlo inibitório. Resultados de várias pesquisas têm demonstrado que os cuidadores maltratantes provocam danos na evolução desta função executiva na criança (Beers & De Bellis, 2002; Valiente, Lemery-Chalfant, & Reiser, 2007). Também foi demonstrado que o baixo controlo inibitório está associado a características sociais e problemas cognitivos e comportamentais (Wright et al., 2003). Segundo Raaijmakers e colaboradores (2008), o controlo inibitório constitui a base para os problemas de comportamento agressivos persistentes ao longo do tempo.

Num estudo realizado por Lewis, Dozier, Ackerman, e Sepulveda (2007), com crianças adotadas com múltiplos acolhimentos familiares anteriores, observou-se que estas apresentavam desempenhos significativamente mais baixos em tarefas de controlo inibitório comparativamente com as crianças adotadas com apenas um acolhimento ou com crianças não adotadas e não acolhidas.

¹⁶ A memória de trabalho contribui para a aprendizagem, principalmente, durante a infância. É responsável pelo arquivamento temporário da informação e possibilita a realização de operações mentais no decorrer do mesmo, ultrapassando os limites da memória de curto prazo. Assim, a memória de trabalho possibilita que seja armazenada uma informação enquanto se realiza uma operação similar ou mesmo outra tarefa cognitiva em simultâneo (Abreu & Matos, 2010).

Tem sido igualmente demonstrado que o desenvolvimento do controlo inibitório é central para o sucesso escolar. Mais concretamente, um controlo inibitório elevado durante o período pré-escolar encontra-se associado a um melhor funcionamento académico e social no jardim-de-infância (Blair & Razza, 2007). Pears e colaboradores (2010), num estudo com 117 crianças em idade pré-escolar vítimas de maltrato e 60 crianças não maltratadas com as mesmas características sociodemográficas (idade e nível socioeconómico), verificaram que o controlo inibitório se encontra significativamente associado de forma negativa com a história de maltrato e de forma positiva com o ajustamento escolar. Estes autores observaram, ainda, que os níveis de controlo inibitório das crianças pré-escolares estavam positivamente associados com as competências académicas e socioemocionais no jardim-de-infância, indicando que as aptidões relativas ao controlo inibitório são componentes importantes para a prontidão escolar e que as crianças que apresentam elevado controlo inibitório são mais capazes de regular comportamentos e respostas de atenção, focando-se mais facilmente nas atividades académicas e controlando os seus comportamentos relativamente aos seus pares, ao mesmo tempo que apresentam mais comportamentos pró-sociais.

Atenção

Conforme já referimos, as crianças maltratadas revelam capacidades académicas pobres e dificuldade em permanecer adequadamente atentas (Cicchetti & Toth, 2000; Cicchetti & Toth, 2005; Frankel et al., 2000; Lipschitz, Rasmusson, & Southwick, 1998). O normal desenvolvimento do sistema neurobiológico regulatório pode estar comprometido e, por isso, afetar negativamente o nível de atividade, a capacidade para a reflexão e a atenção (Cook-Cottone, 2004).

A atenção é um constructo multidimensional fundamental no processo de aprendizagem, que engloba a vigilância ou *arousal* (já abordado anteriormente), a atenção focalizada ou seletiva, a atenção dividida e a atenção sustentada. A atenção focalizada ou seletiva pode ser definida como a capacidade para processar alguns estímulos em profundidade, excluindo outros ou processando-os num grau inferior (Wilding et al., 2001). A base neurológica da atenção focalizada localiza-se no córtex temporal superior e no córtex parietal inferior, nas estruturas do corpo estriado. A atenção dividida é uma função executiva que permite estar focado em simultâneo em dois ou mais estímulos/tarefas. A sua base neurológica encontra-se situada no córtex parietal, frontal motor e pré-frontal (Alberto, 2003). A atenção sustentada (manutenção

da atenção) refere-se à capacidade de estar atento a um determinado estímulo ou sequência de estímulos durante um prolongado período de tempo correspondente ao desempenho de uma tarefa (Lima, 2005). A sua estrutura cerebral de base integra o tálamo, com preponderância significativa das regiões frontais e parietais do hemisfério direito (Castro-Caldas, como citado por Alberto, 2003).

De acordo com Lima (2005), do ponto de vista neuropsicológico é imprescindível compreender os mecanismos atencionais, uma vez que estes representam a base de todos os processos cognitivos: não se pode aprender sem se prestar atenção, não se pode raciocinar sem sustentar/manter a atenção e não se pode analisar a não ser que se possa deslocar seletivamente a atenção para aquilo que é relevante (Kindlon, 1998). Num estudo realizado por Beers e De Bellis (2002) com 14 crianças vítimas de maltrato diagnosticadas com PTSD, observou-se que estas apresentavam dificuldades ao nível da atenção dividida e da atenção sustentada.

Segundo De Bellis e colaboradores (2009), o stresse nas crianças, com ou sem diagnóstico de PTSD, pode afetar a atenção seletiva, dificultando as suas capacidades para recordar e para discriminar entre informação relevante e irrelevante. Estes autores realizaram um estudo com crianças vítimas de negligência, com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos, das quais 22 tinham diagnóstico de PTSD e 39 não apresentavam este diagnóstico. Através da aplicação do *Teste de Barragem* da bateria de avaliação do desenvolvimento neuropsicológico NEPSY, os autores observaram que, no que se refere à atenção seletiva e sustentada, ambos os grupos de crianças negligenciadas obtiveram desempenhos significativamente mais baixos que o grupo de controlo de crianças não negligenciadas e não diagnosticadas com PTSD.

Durante a fase pré-escolar, a melhoria no desempenho em tarefas relativas às funções executivas, nomeadamente o controlo inibitório, reflete o desenvolvimento do sistema da atenção e da sua conectividade com outras áreas cerebrais subjacentes aos componentes das funções executivas (Garon et al., 2008). Se o processo da atenção é a base para o desenvolvimento do funcionamento executivo, então os défices nos processos atencionais podem comprometer a emergência das capacidades associadas às funções executivas. Assim, crianças com problemas de atenção, como é o caso das crianças vítimas de maltrato, poderão apresentar défices em muitas tarefas relativas ao funcionamento executivo, quando comparadas com os seus pares, não vítimas.

Durante episódios prolongados de stresse, os níveis de dopamina e de norepinefrina¹⁷ são elevados, conduzindo possivelmente a disfunções no córtex pré-frontal e, posteriormente, a défices de atenção e de memória, danos nas funções executivas e, conseqüentemente, dificuldades nas aprendizagens.

Memória

De um modo geral pode definir-se a memória como a capacidade para reter informação, sendo a aprendizagem a capacidade para utilizar essa informação retida (Wilson, Hansen, & Li, 2011). Segundo Simões, Lopes e Pinho (2003, p. 246) “a memória está profundamente ligada a todos os aspetos da cognição e facilita igualmente o desempenho de funções executivas.”

Sapolsky (como citado por Glaser, 2000) no seu livro intitulado “*Why stress is bad for your brain*” apresentou sucintamente evidências recentes que indicam uma correlação significativa entre stresse prolongado, cortisol em excesso e dano no hipocampo (zona cerebral que integra os diferentes aspetos da memória, assim como localiza a memória no contexto, no tempo e no local, no momento da recordação).

De Bellis e colaboradores (2009), na sua pesquisa com crianças em idade pré-escolar vítimas de negligência (referida já relativamente à atenção), usando o *Teste de Memória de Faces* da NEPSY, observaram, relativamente ao reconhecimento diferido, que as crianças negligenciadas diagnosticadas com PTSD demonstraram um desempenho significativamente mais baixo do que as crianças sem diagnóstico de PTSD, embora ambos os grupos tenham obtido um desempenho significativamente inferior no teste *Memória de Faces* do que o grupo de controlo que integrava crianças não vítimas de negligência e sem diagnóstico de PTSD.

Este estudo vem mostrar que as crianças maltratadas, dadas as suas aptidões cognitivas e linguísticas geralmente mais limitadas, têm um desempenho inferior, quando comparadas com os seus pares não-vítimas, em tarefas relacionadas com os processos de memória, nomeadamente, aquelas que avaliam a memória autobiográfica e a memória de trabalho. No entanto, a maior parte dos estudos realizados não encontra quaisquer défices nas capacidades mnésicas (Goodman et al., 2009; Howe et al., 2006)

¹⁷ A dopamina e a norepinefrina são neurotransmissores pertencentes ao grupo das catecolaminas, que são libertados pela glândula supra-renal em situações de stress. O primeiro atua principalmente no cérebro e o segundo no sistema nervoso simpático e também no cérebro, encontrando-se envolvidos no controlo do movimento, sono, alimentação, humor, emoções, atenção, memória e aprendizagem (Rodrigues, Teixeira, & Gomes, 1989).

e, nos poucos que o encontram, verifica-se algumas discrepâncias nos resultados obtidos, talvez devido ao facto de a memória ser um constructo complexo e de existirem “mais de 40 termos propostos por vários investigadores para representar formas de memória” (Reynolds & Bilger, como citados por Simões et al., 2003, p. 246).

Num estudo realizado por Bremner e colaboradores (1995) com 21 adultos abusados física e sexualmente na infância, observou-se que estes registavam, de forma significativa, défices na memória verbal, tanto mais acentuados quanto maior fosse a severidade do abuso experienciado. No entanto, Porter e colaboradores (2005) não encontraram diferenças significativas no desempenho em tarefas de memória, incluindo um subteste que mede a memória verbal e o reconhecimento diferido (*Test of Memory and Learning* ou TOMAL), entre um grupo de 24 crianças vítimas de maltrato e um grupo de controlo constituído por crianças não vítimas. Contudo, estes autores observaram diferenças no desempenho de tarefas relacionadas com a atenção e a concentração, diferenças estas também registadas noutros estudos, tal como anteriormente referido. Similarmente, Cicchetti, Rogosch, Howe, e Toth (2010) não encontraram diferenças significativas entre um grupo de 143 crianças vítimas de maltrato e um grupo de controlo de crianças não maltratadas, no que concerne aos processos básicos da memória, usando material não traumático.

4.2 Desenvolvimento Socioemocional

À medida que a criança se desenvolve, os danos cerebrais associados ao maltrato nos primeiros anos de vida e a consequente ausência de um vínculo seguro com os cuidadores primários comprometem o seu desenvolvimento socioemocional, provocando-lhe distúrbios na regulação emocional e comportamental, que pode ir ao ponto de conduzir ao desenvolvimento de sintomatologia de PTSD. Estes diferentes níveis de desenvolvimento não são estanques, encontrando-se interligados e influenciando-se mutuamente.

Segundo a *Child Welfare Information Gateway* (2009), a perturbação de vinculação pode provocar elevada suscetibilidade ao stresse, elevada dependência ou excessivo isolamento social e incapacidade na regulação emocional e comportamental.

Milot, St-Laurent, Éthier, e Provost (2010) consideram o maltrato infantil no seio familiar como um “trauma relacional crônico”, uma vez que a relação progenitores-criança cria um duplo dano na criança maltratada já que os progenitores, enquanto seus cuidadores, lhe proporcionam algum conforto, mas são, simultaneamente, a sua fonte de alarme. De acordo com os mesmos autores, este paradoxo irresolúvel pode levar a uma desorganização na vinculação. Friedrich (como citado por Cook et al., 2005) estima que 80% das crianças maltratadas desenvolvam padrões de vínculo inseguros.

O vínculo precoce do bebê com o seu cuidador primário proporciona a base para as suas futuras relações socioafetivas, para além de facultar o suporte para outras aprendizagens, uma vez que os bebês e as crianças mais novas aprendem melhor quando se sentem seguros, calmos, protegidos e cuidados pelos seus progenitores. Assim, as crianças que experienciam vínculos inseguros e ansiosos podem ter maiores dificuldades em regular as suas emoções e comportamentos (Cicchetti & Toth, 2005). Neste contexto, tem sido demonstrada a presença de défices na capacidade das crianças maltratadas em discriminar e rotular estados afetivos nelas e nos outros, tão precocemente quanto aos 30 meses de idade (Cook et al., 2005).

Segundo a teoria da Vinculação (Bowlby, 1982), a regulação emocional do bebê face a acontecimentos stressantes ocorre num contexto de interações no dia-a-dia com os cuidadores. Estes têm como missão ajudar o bebê a manter o seu equilíbrio homeostático perante estímulos internos e externos stressantes. No entanto, num contexto de maltrato, caracterizado por graves perturbações nestas interações, o bebê possui poucos recursos internos e sociais para enfrentar o stresse e integrar as experiências traumáticas numa forma coerente. Ou seja, a capacidade da criança para lidar adequadamente com o stresse depende largamente da natureza do stresse e da capacidade da figura de vinculação para “amortecer” os efeitos ligados ao elemento stressante. Portanto, para além de criar um estado de stresse na criança, os progenitores maltratantes falham como suporte para atenuar o elemento stressante, o que coloca a criança em risco de experienciar estados severos e crónicos de stresse, que podem ter consequências negativas no seu desenvolvimento socioemocional (Milot, Éthier et al., 2010).

Dehon e Scheeringa (2006) referem que uma das sequelas do maltrato na infância é a PTSD. No entanto, De Young e colaboradores (2011) consideram que o trauma durante a infância é uma área que tem sido largamente negligenciada e, apesar de nos últimos 20 anos terem sido publicados alguns estudos acerca de crianças

expostas a traumas antes de completarem os 6 anos de idade, existe, ainda, uma profunda lacuna no conhecimento científico e clínico relativamente à epidemiologia, etiologia, neurobiologia, desenvolvimento, avaliação e tratamento de reações de stress pós-traumático em crianças mais novas. Estes autores afirmam que, ao contrário das crenças comuns, as crianças mais novas podem desenvolver e reter memórias de acontecimentos traumáticos e são funcionalmente capazes de apresentar manifestações emocionais e comportamentais acerca do trauma. As capacidades perceptivas, afetivas, comportamentais e sociais necessárias para a manifestação de sintomas de trauma emergem aproximadamente por volta dos 7 meses de idade. E a capacidade de desenvolver memórias autobiográficas de acontecimentos traumáticos e de expressar verbalmente narrativas acerca destas, descrevendo sintomas internos, parece emergir após a idade dos 18 meses (De Young et al., 2011). No entanto, devido à especificidade do desenvolvimento linguístico das crianças em idade pré-escolar, a sintomatologia de PTSD apresenta-se de uma forma não-verbal, daí que as avaliações tenham de se focar mais nas manifestações comportamentais e menos em descrições verbais de estados internos.

Deste modo, Scheeringa e colaboradores (2003) sugerem que é mais apropriado falar de “sintomatologia” de PTSD nas crianças maltratadas, em vez de proceder a um diagnóstico formal, pois muitas destas crianças que manifestam sintomas pós-traumáticos não alcançam “tecnicamente” o diagnóstico de PTSD. Até porque os critérios de diagnóstico de PTSD do DSM-III (*American Psychiatric Association, 1980/1986*) se revelam desajustados em relação às crianças mais novas, uma vez que mais de metade destes critérios requerem a descrição verbal de um estado subjetivo (Cook-Cottone, 2004). Esta situação subsistiu mesmo quando o DSM-IV foi publicado em 1994, dado que somente algumas modificações foram feitas no sentido de adaptar o diagnóstico em função das especificidades desenvolvimentais dos sintomas de PTSD manifestados em crianças com idade inferior a 15 anos.

Neste contexto, pesquisas pioneiras realizadas por Scheeringa e colaboradores (2003) têm demonstrado que os critérios de classificação de PTSD do DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2000/2002*) não captam adequadamente a manifestação de sintomas vividos pelas crianças mais novas, subestimando o número de crianças que desenvolvem perturbação pós-traumática e que necessitariam de tratamento. Estes autores desenvolveram uma proposta alternativa aos critérios de PTSD do DSM-IV-TR, que designaram de PTSD-AA (*Alternative PTSD Algorithm*)

(ver Tabela 4.1). Esta proposta envolveu algumas modificações no texto do DSM-IV-TR referente aos sintomas, por forma a torná-lo mais objetivo e adequado às características desenvolvimentais das crianças mais novas.

Assim, como podemos observar na Tabela 4.1, Scheeringa e colaboradores (2003) omitiram o critério A2 (dado que é difícil de determinar a experiência subjetiva da criança acerca de um acontecimento, especialmente se não existirem testemunhas à sua reação) e eliminaram sintomas considerados inapropriados ao nível de desenvolvimento das crianças mais novas (e.g., incapacidade para lembrar aspetos do trauma). Estes autores estabeleceram, também, a necessidade de presença de apenas um item na sintomatologia do conjunto C (Evitamento) em vez de três itens.

Numa tentativa de colmatar as falhas enumeradas relativas ao DSM-IV-TR, a *American Psychiatric Association* publicou em 2010 no seu website (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>) uma proposta de revisão dos critérios de PTSD para o DSM-V em crianças pré-escolares (ver Tabela 4.2). Esta proposta de revisão será, supostamente, incluída na secção das perturbações que surgem habitualmente na primeira infância e na segunda infância ou adolescência.

Com base nestas propostas de alteração dos critérios de PTSD para as crianças mais novas, um estudo recente realizado por Scheeringa, Myers, Putnam, e Zeanah (2012), com uma amostra de 284 crianças dos 3 aos 6 anos de idade vítimas de situações traumáticas (e.g., maltrato, acidente de viação, furação), analisou quatro configurações distintas de critérios de diagnóstico de PTSD, nomeadamente o DSM-IV-TR, o PTSD-AA, a proposta de revisão do DSM-V e a proposta de revisão do DSM-V incluindo os critérios que se encontravam ainda sob consideração pelo comité (ver nota de rodapé da Tabela 4.2). Verificou-se que 13% das crianças foram diagnosticadas com PTSD com base no DSM-IV-TR, 45% no PTSD-AA, 44% no DSM-V excluindo os critérios que se encontravam sob consideração pelo comité, e 49% no DSM-V incluindo estes últimos critérios.

De acordo com os dados das Tabelas 4.1 e 4.2, a tríade de sintomatologia de PTSD nas crianças mais novas caracteriza-se por:

i) Reexperiência – as crianças mais novas reexperienciam muitas vezes o trauma através de brincadeiras que incluem características de rigidez, repetição e ansiedade, nas quais são continuamente representados temas do acontecimento traumático.

Tabela 4.1

Algoritmo Alternativo de PTSD (PTSD-AA) em Crianças Pré-escolares Refletindo Mudanças Feitas aos Critérios de PTSD do DSM-IV-TR

A. A criança foi exposta a um acontecimento traumático

1. A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros;
2. ~~A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desproteção ou horror. Nota: em crianças isto pode ser expresso por comportamento agitado ou desorganizado. Este critério não é necessário porque as crianças pré-verbais não podem descrever a sua reação no momento do evento e pode não ter estado presente um adulto para assistir à reação da criança.~~

B. O acontecimento traumático é reexperienciado de forma persistente de um ou mais dos seguintes modos:

1. Lembranças intrusivas e recorrentes do acontecimento (*mas não necessariamente perturbadoras*) que incluem imagens, pensamentos ou percepções. Nota: em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas *ou comportamentos* em que os temas ou aspetos do acontecimento traumático são expressos;
2. Sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento. Nota: *em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível*;
3. Atuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a reocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado). Nota: *em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático*;
4. Mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático;
5. Reatividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático.

C. Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reatividade geral (ausente antes do trauma), indicada por ~~três~~ *um* (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;
2. Esforços para evitar atividades, lugares ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma;
3. ~~Incapacidade para lembrar aspetos importantes do trauma~~;
4. Interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos. Nota: *Em crianças mais novas, isto é particularmente observado na redução de brincadeiras*;
5. Sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros. Nota: *Em crianças mais novas, isto é principalmente observado no isolamento social*;
6. Gama de afetos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros);
7. ~~Expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um desenvolvimento normal de vida)~~.

D. Sintomas persistentes de aumento da ativação (ausentes antes do trauma), indicados por 2 (ou mais) dos seguintes itens:

1. Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir;
2. Irritabilidade ou acessos de cólera *ou, em crianças mais novas, birras extremas*;
3. Dificuldade de concentração;
4. Hipervigilância;
5. Resposta de alarme exagerada.

E. Duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) superior a 1 mês.

F. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.

Nota: Adaptado de “Trauma in Early Childhood: A Neglected Population”, por A. C. De Young, J. A. Kenardy, e V. E. Cobham, 2011, *Clinical Child And Family Psychology Review*, 14, p. 235. As modificações no texto dos critérios do DSM-IV-TR encontram-se assinalados em itálico e os itens eliminados encontram-se rasurados.

As crianças podem expressar, também, memórias intrusivas acerca do trauma através do desenho ou através de conversas repetidas. No entanto, em comparação com os adultos, as recordações recorrentes do trauma podem não ser necessariamente perturbadoras. Estas crianças apresentam, muitas vezes, pesadelos, nos quais o conteúdo pode nem sempre ser reconhecível. Como nas crianças mais velhas e nos adolescentes, as crianças mais novas podem reagir com respostas emocionais e físicas intensas quando expostas a recordações internas ou externas do trauma. Menos comumente, observam-se manifestações comportamentais de *flashback* ou episódios dissociativos¹⁸, durante os quais as crianças permanecem imóveis, gélidas e sem resposta (Lieberman & Knorr, citados por De Young et al., 2011; Scheeringa et al., 2003);

ii) Evitamento – nas crianças mais novas o evitamento pode ser observado como um esforço para evitar a exposição a conversas, pessoas, objetos, situações ou lugares que sirvam como estímulo de lembranças do trauma. Este pode acontecer de uma forma subtil (e.g., a criança desvia o olhar ou vira a cabeça para outro lado) ou de uma forma mais óbvia, demonstrando um mal-estar acentuado numa tentativa ativa de ficar longe do estímulo perturbador. Os sintomas de embotamento emocional na criança mais nova podem ser manifestados pelo isolamento social relativamente a membros da família e amigos (e.g., a criança demonstra menos afeto para com o seu cuidador primário) e por uma acentuada diminuição de interesse e participação nas atividades, observada através da redução do brincar ou da restrição do comportamento exploratório (Scheeringa et al., 2003);

iii) *Hiperarousal* (hipervigilância) – este sintoma encontra-se tipicamente presente nos distúrbios do sono, irritabilidade crescente, extrema agitação e birra, e num constante estado de alerta relativamente ao perigo, apresentando a criança uma resposta de alarme exagerada e dificuldades de concentração (Scheeringa et al., 2003).

Esta tríade de sintomatologia de PTSD, embora também presente nas crianças mais velhas, adolescentes e adultos, apresenta nas crianças com idade inferior a 6 anos diferenças desenvolvimentais singulares quer na sua manifestação, quer na sua intensidade.

¹⁸ A dissociação é um mecanismo de defesa que permite à criança fingir que aquilo que está a acontecer não é real (uma forma de auto-hipnose). O cérebro pode usar a dissociação para diluir as memórias do abuso parental a fim de preservar um vínculo para com os cuidadores, resultando numa amnésia relativamente ao abuso. No entanto, as memórias implícitas do abuso mantêm-se e a criança pode experienciá-lo através de *flashbacks* ou de pesadelos (*Child Welfare Information Gateway*, 2009).

Tabela 4.2

Revisões Propostas para o DSM-V: PTSD em Crianças Pré-Escolares

<p>A. A criança (com idade inferior a 6 anos) foi exposta aos seguintes acontecimentos(s): ameaça de morte ou morte, ameaça de ferimento grave ou ferimento grave, ameaça de violação sexual ou violação sexual, em um ou mais dos seguintes modos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experimentou ela própria o acontecimento; 2. Observou (testemunhou) o acontecimento ocorrido a outros, especialmente aos cuidadores primários; 3. Teve conhecimento que o acontecimento ocorreu a familiares próximos ou a amigos íntimos. * <p><i>Nota:</i> O testemunho não inclui acontecimentos que são observados apenas por via informática, televisão, filmes ou imagens.</p>
<p>B. Sintomas de intrusão que se encontram associados com o acontecimento traumático (ausente antes do trauma), evidenciados por um ou mais dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lembranças perturbadoras espontâneas ou recorrentes, involuntárias e intrusivas do acontecimento traumático. <i>Nota:</i> Memórias intrusivas e espontâneas podem não parecer necessariamente perturbadoras e podem ser expressas nas brincadeiras através de representações de papéis; 2. Sonhos perturbadores recorrentes relacionados com o acontecimento traumático. <i>Nota:</i> pode não ser possível verificar que o conteúdo esteja relacionado com o acontecimento traumático; 3. Reações dissociativas nas quais o indivíduo sente ou age como se o acontecimento estivesse a reocorrer (tais reações podem ocorrer num contínuo cuja expressão máxima é uma completa perda de consciência do ambiente presente); 4. Mal-estar psicológico intenso e prolongado com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático; 5. Reações fisiológicas acentuadas perante estímulos que recordam o acontecimento traumático. <p>Um item do C ou do D abaixo mencionados</p>
<p>C. Evitamento persistente dos estímulos associados com o acontecimento traumático (ausente antes do trauma), evidenciado por um esforço em evitar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atividades, lugares ou objetos que desencadeiam lembranças do trauma; 2. Pessoas, conversas ou situações interpessoais que desencadeiam lembranças do trauma;
<p>D. Alterações negativas de humor e cognição associadas com o acontecimento traumático (que começaram ou pioraram após o acontecimento traumático), evidenciadas por um ou mais dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento substancial da frequência de estados emocionais negativos – por exemplo, medo, culpa, tristeza, vergonha ou confusão; * 2. Interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos, incluindo redução de brincadeiras; 3. Comportamento de isolamento social; 4. Redução persistente na expressão de emoções positivas.
<p>E. Alterações na reatividade e ativação associadas com o acontecimento traumático (que começaram ou pioraram após o acontecimento traumático), evidenciadas por dois (ou mais) dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Irritabilidade, comportamento agressivo ou cólera; 2. Comportamento auto-destrutivo ou arriscado; * 3. Hipervigilância; 4. Resposta de alarme exagerada; 5. Dificuldade de concentração; 6. Distúrbios do sono – por exemplo, dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir, ou sono agitado.
<p>F. Duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C, D e E) superior a 1 mês.</p>
<p>G. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou danos no comportamento escolar ou no relacionamento com os pais, com os pares ou com outros cuidadores.</p>

Nota: Adaptado de “Trauma in Early Childhood: A Neglected Population”, por A. C. De Young, J. A. Kenardy, e V. E. Cobham, 2011, *Clinical Child And Family Psychology Review*, 14, p. 235. Estes critérios foram publicados em 2010 no website da *American Psychiatric Association DSM-V Development* (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>). Na data desta publicação não existia consenso entre o comité quanto à inclusão dos itens assinalados com um *.

Nestas crianças, a esta tríade de sintomas de PTSD acresce-se comumente uma elevada ansiedade de separação ou excessiva dependência e novos medos sem associação óbvia ao trauma, comportamentos de agressão física e de oposição e regressão nas capacidades desenvolvimentais, podendo demonstrar, também, comportamentos sexualizados inapropriados para a sua idade (Scheeringa et al., 2003). Este conjunto de sintomas pode ser manifestado de forma distinta dependendo da natureza e da frequência da exposição ao trauma.

Briere e Elliot (citados por Kendall-Tackett, 2002) verificaram que mais de 80% das crianças vítimas de abuso sexual são descritas como tendo alguns sintomas pós-traumáticos, nomeadamente, hipervigilância, pensamentos intrusivos e *flashbacks* sobre as experiências do abuso. Estes sintomas, para além de causarem grande angústia à criança, acarretam também problemas significativos no seu funcionamento diário, quer em casa, quer na escola.

Segundo Frankel e colaboradores (2000) a hipervigilância é um dos sintomas mais frequentemente observados em crianças vítimas de maltrato. Estes autores consideram o subteste Completamento de Gravuras da WPPSI-R como um possível indicador de hipervigilância na PTSD, já que este subteste mede a atenção visual e a capacidade para diferenciar os detalhes essenciais dos não essenciais. Neste contexto, os autores defendem que, nas crianças vítimas de maltrato com hipervigilância, estas capacidades podem estar mais desenvolvidas, talvez em hiperfuncionamento. Assim, estas crianças podem estar mais em alerta aos detalhes do meio, particularmente quando o estímulo envolve elementos que estão em falta ou danificados. Tal pode refletir a hipersensibilidade para percecionar pistas de ameaças no meio, o que será consistente com a hipervigilância associada à PTSD.

Chemtob, Roitblatt, Hamada, Carlson e Twentyman (como citados por Frankel et al., 2000) sugeriram, na sua teoria de processamento de informação, que os indivíduos com PTSD têm uma capacidade de leitura perceptiva específica (*perceptual readiness*) que lhes permite captar e reagir a pistas de perigo ou de ameaça vindas do meio, o que constituiu um modo de funcionamento de sobrevivência desenvolvido como forma de resposta às experiências traumáticas. Segundo estes autores, indivíduos com PTSD facilmente interpretam estímulos ambíguos como sendo potencialmente perigosos, focando a sua atenção nos estímulos do meio que sugerem ameaça.

Com base nesta teoria, Frankel e colaboradores (2000) realizaram um estudo com 14 crianças vítimas de maltrato com idades compreendidas entre os 4 anos e 2

meses e os 5 anos e 7 meses. A análise dos resultados da WPPSI-R revela que estas crianças obtiveram uma média significativamente mais baixa que a população em geral em quatro dos cinco subtestes de realização. Somente no subteste *Completamento de Gravuras* é que as pontuações foram significativamente mais elevadas do que a média da população. Este resultado elevado não se mostrou significativamente correlacionado com a idade, o género ou com a inteligência geral. Frankel e colaboradores (2000) interpretam estes resultados como indicadores de que, para as crianças vítimas de maltrato, as imagens de objetos comuns ou de pessoas nas quais algo está a faltar (e, desse modo, também, danificados de alguma forma) podem criar um estado de alerta ou de vigilância intensificados, conduzindo, assim, a um melhor desempenho na tarefa do subteste de *Completamento de Gravuras*.

Milot, St-Laurent e colaboradores (2010), num estudo com 33 crianças em idade pré-escolar vítimas de negligência e 72 crianças sem história de vitimização, usando o Inventário de Sintomas de Trauma (*Trauma Symptom Checklist for Young Children* ou TSCYC) e o Inventário de Dissociação Infantil (*Child Dissociative Checklist* ou CDC), verificaram que as crianças negligenciadas apresentavam mais sintomatologia de PTSD e de dissociação que as do grupo de controlo. Estes autores concluem que a falha parental em providenciar as necessidades básicas às crianças pode constituir um contexto suficientemente stressante para que desenvolvam sintomatologia de trauma.

Embora podendo não desenvolver um quadro de PTSD completo, as crianças vítimas de maltrato apresentam problemas na regulação emocional e comportamental. Ser agredido, deixado sozinho e sem acesso a um cuidador disponível causa sentimentos de stresse intenso, medo de abandono ou de desamparo na criança, o que pode constituir uma experiência bastante traumática (Milot, Éthier et al., 2010). Mongillo e colaboradores (2009) defendem que os sintomas de PTSD desempenham um papel central no desenvolvimento de dificuldades socioemocionais sob a forma de problemas de comportamento externalizantes e internalizantes nas crianças maltratadas em idade pré-escolar.

Os problemas de comportamento na infância são conceptualizados enquanto ações socialmente inadequadas, que dificultam e/ou prejudicam a interação da criança com os seus pares e adultos. Segundo Milot, Éthier e colaboradores (2010) a regulação comportamental é uma competência importante no ajuste socioemocional durante o período pré-escolar, tendo as crianças com problemas de comportamento um elevado

risco de ser rejeitadas pelos seus pares e afastadas socialmente. Embora os problemas de comportamento possam ser conceptualizados em duas dimensões opostas – os comportamentos internalizantes e os externalizantes¹⁹ – ambas poderão coexistir no mesmo indivíduo.

Os problemas de comportamento internalizantes são “défices comportamentais” nos quais tende a existir um controlo excessivo do comportamento que, de uma forma geral, priva a criança de interagir com o meio. A carga emocional negativa está habitualmente voltada contra a própria criança sob a forma de ansiedade, retraimento, depressão e queixas somáticas. Os problemas de comportamento externalizantes são “excessos comportamentais” que se assinalam por uma dificuldade na capacidade de autorregulação do comportamento, provocando um descontrolo comportamental, evidenciado por uma carga emocional negativa dirigida aos outros sob a forma de agressividade, impulsividade, atitudes desafiantes e anti-sociais (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987).

Vários estudos têm mostrado que as crianças vítimas de maltrato apresentam mais problemas internalizantes e externalizantes que as não vítimas (Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001; Milot, Éthier et al., 2010; Spratt et al., 2012). Milot, Éthier e colaboradores (2010), por exemplo, referem que as crianças vítimas de maltrato apresentam um elevado risco de sintomatologia depressiva, comportamentos agressivos, sinais de ira, frustração e desobediência, e demonstram capacidades sociais pobres. Segundo estes autores, os referidos problemas comportamentais podem desenvolver-se tão cedo quanto a idade pré-escolar e manter-se estáveis ao longo do tempo em algumas crianças.

Estudos que relacionam a tipologia do maltrato e os problemas de comportamento têm verificado que as crianças em idade pré-escolar vítimas de abuso físico apresentam elevados níveis de problemas de comportamento externalizantes e menos comportamentos pró-sociais, baixa empatia e aptidões comunicacionais pobres. Contrariamente, as crianças abusadas sexualmente exibem mais comportamentos internalizantes, autodestrutivos, tendência para solicitar atenção dos adultos, incluindo a

¹⁹ Em termos desenvolvimentais, na fase pré-escolar, os comportamentos externalizantes são mais frequentes e têm tendência a diminuir com a idade (Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira, & Manfrinato, 2006; Milot, Éthier et al., 2010).

de estranhos e excessivo e inapropriado comportamento sexual (Howe, et al., 2006; Ybarra et al., 2007).

Spratt e colaboradores (2012) realizaram um estudo com dois grupos de crianças vítimas de negligência (um com 16 crianças entregues aos cuidados de um familiar e outro com 15 crianças adotadas através de instituições internacionais) e um grupo de 28 crianças sem história de vitimização. Após a análise dos dados da bateria de testes aplicada, composta pela Escala Diferencial de Aptidões para Crianças (*The Differential Abilities Scale for Children* ou DAS), Teste do Desenvolvimento Precoce da Linguagem (*Test of Early Language Development* ou TELD) e o Inventário de Comportamentos da Criança (*Child Behavior Checklist* ou CBCL), observaram que as crianças dos dois primeiros grupos apresentavam níveis significativamente mais baixos no funcionamento linguístico e no comportamental que o grupo de controlo. Verificaram, ainda, que o grupo de crianças adotadas internacionalmente exibiam melhor ajustamento comportamental do que o grupo de crianças acolhidas por um familiar. Os problemas comportamentais detetados neste estudo, tais como limitações em negociar e resolver conflitos, podem ser explicados por dificuldades paralelas ao nível da linguagem expressiva e recetiva, fortemente presentes em casos de maltrato, tal como já referenciámos anteriormente. Segundo Spratt e colaboradores (2012) a negligência é o tipo de maltrato mais fortemente associado com atrasos na linguagem expressiva e recetiva. As crianças que são incapazes de comunicar efetivamente podem não ter as capacidades necessárias para negociar ou resolver conflitos e ter mais dificuldades em compreender e em relacionar-se com os outros. Assim, o atraso no desenvolvimento da linguagem desempenha um papel crucial nas dificuldades comportamentais ao longo de toda a vida. Estes autores acrescentam que a interação interpessoal é necessária para a aquisição dos primórdios da linguagem e estas interações foram limitadas nestas crianças, que experienciaram precocemente negligência emocional e física. Spratt e colaboradores concluem que o facto de o grupo de crianças adotadas internacionalmente se encontrar a viver em famílias de elevado NSE, que podem proporcionar-lhes boas oportunidades para estimular o seu desenvolvimento, quer a nível linguístico quer a nível comportamental, assim como aumentar a sua resiliência, poderia explicar o seu melhor ajustamento comportamental, em comparação com o grupo de crianças acolhidas por um familiar.

Para além do abuso físico, do abuso sexual e da negligência, também o abuso emocional, mais concretamente a exposição à violência interparental, tem demonstrado

uma relação positiva com os problemas de comportamento externalizantes e internalizantes (Lang & Stover, 2008; Lieberman, Horn, & Ozer, 2005; Sani, 2006; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, & Jaffe, 2003; Ybarra et al., 2007). Neste contexto, Lieberman e colaboradores (2005) referem que existem evidências de que o impacto da exposição à violência interparental pode ser mais severo nas crianças mais novas do que nas crianças mais velhas, exibindo estas respostas comportamentais internalizantes e externalizantes mais intensas face ao conflito interparental. Para estes autores as crianças mais novas têm um contacto maior com os seus cuidadores, uma vez que se encontram mais dependentes destes e têm uma menor rede de suporte social que as crianças mais velhas, acrescentando-se, para além disso, o facto de os progenitores maltrantes serem provavelmente mais isolados no plano social, privando as crianças mais novas de modelos de interação social apropriados. Por tais motivos, o impacto da exposição à violência interparental será mais notório nas crianças mais novas.

Perante a exposição à violência interparental, as crianças em idade pré-escolar podem apresentar distúrbios nas relações com os seus pares e adultos, desregulação emocional, reprodução das experiências traumáticas nas brincadeiras, comportamentos agressivos, medo intenso, choro incontável e regressões nas aquisições desenvolvimentais (Lieberman et al., 2005). Tal como já referenciámos, estes comportamentos são consistentes com descrições de respostas a stresse traumático nas crianças mais novas.

Sheeringa e Zeanah (citados por Lieberman et al., 2005) afirmam que as crianças com idade inferior a cinco anos, perante ameaças à figura materna, demonstram mais sintomas de agressividade, de medo e hipervigilância do que quando expostas a outros tipos de maltrato. Estes autores sugerem que o medo pela segurança da figura de vinculação, considerada como um “porto seguro”, tem um profundo impacto no comportamento e na saúde emocional da criança.

Neste contexto, Ybarra e colaboradores (2007) observaram, num estudo com 62 crianças em idade pré-escolar expostas à violência interparental em que utilizaram o Inventário de Stressores de Vida (*Life Stressor Checklist* ou LSC), o Inventário de Comportamentos da Criança (*Child Behavior Checklist* ou CBCL) e o Inventário de Sintomas 90 – Revisto (*Symptom Checklist 90 – Revised* ou SCL-90-R), que estas crianças exibiam níveis significativamente mais elevados de problemas de comportamento internalizantes do que os seus pares não expostos à violência interparental, e quando expostas a um elevado nível de violência interparental

apresentavam índices marginalmente mais elevados de comportamentos externalizantes que os seus pares expostos a baixos níveis de violência interparental. Estes autores verificaram, ainda, que as crianças expostas a este tipo de violência cujas mães possuíam elevados níveis de psicopatologia exibiam mais problemas internalizantes do que aquelas cujas mães tinham menos sintomatologia psicopatológica.

A investigação demonstra que os problemas de comportamento observados nas crianças em idade pré-escolar expostas à violência interparental são influenciados por múltiplos fatores do microsistema, incluindo o stresse e o funcionamento psicológico da figura materna, a qualidade da relação mãe-criança e o grau de exposição à violência por parte da criança. Assim, os estudos destacam uma associação significativa entre os fatores de risco maternos e o comportamento da criança (Levendosky & Graham-Bermann, 1998; Levendosky, Huth-Bocks, Shapiro, & Semel, 2003; Ybarra et al., 2007), sendo que as mães que experienciam níveis elevados de stresse têm crianças com mais problemas de comportamento. No entanto, esta associação é influenciada pelo tipo de resposta da mãe face a esse stresse.

Os efeitos negativos da exposição da criança à violência ou conflito no interior do lar têm sido atribuídos, segundo Ybarra e colaboradores (2007), a vários mecanismos interativos. Assim, os problemas de comportamento externalizantes estão positivamente relacionados com uma violência interparental mais severa (e.g., elevados níveis de violência, agressão psicológica mais intensa), podendo ser compreendidos num contexto de modelagem comportamental direta, relação pais-criança comprometida e regulação emocional deficitária. Por seu turno, os problemas de comportamento internalizantes parecem ser melhor explicados pela presença de distorções cognitivas nas crianças, incluindo “erros atribucionais” (e.g., de autoculpabilização - “eu fiz com que ele batesse na mãe”).

Tal como já apontámos, a pesquisa em torno das consequências do impacto do maltrato infantil tem, também, vindo a debruçar-se sobre a relação entre desenvolvimento cerebral e socioemocional. Existem estudos que demonstram que a modificação do equilíbrio neuroquímico do cérebro devido a experiências precoces de maltrato pode provocar danos no desenvolvimento socioemocional e alterar a capacidade da criança para se autorregular emocionalmente e para interagir positivamente com os outros. Algumas pesquisas realizadas com crianças que sofreram precocemente abuso emocional e privação grave indicam que estes tipos de maltrato podem alterar permanentemente a capacidade do cérebro para produzir serotonina

(*Child Welfare Information Gateway*, 2009), neurotransmissor que tem como função promover sentimentos de bem-estar e de estabilidade emocional.

Ainda neste campo, Kendall-Tackett (2002) refere que os adultos que foram vítimas de abuso e negligência durante a sua infância, com diagnóstico de PTSD, apresentam mudanças nas estruturas do seu cérebro, nomeadamente no hipocampo, no córtex frontal anterior e no lobo temporal. Acrescenta, que as crianças vítimas de abuso e diagnosticadas com PTSD têm um corpo caloso mais pequeno e todo o volume do seu cérebro é, também, mais pequeno. Howe e colaboradores (2006) referem que esta diminuição é particularmente evidente nos rapazes, observando-se, ainda, uma atenuação da assimetria no lobo frontal nas crianças vítimas de maltratado com diagnóstico de PTSD.

Apesar do impacto do maltrato no desenvolvimento cerebral infantil devido à flexibilidade, plasticidade e maturação do próprio cérebro durante um longo período de tempo pós-natal e à sua inerente vulnerabilidade desenvolvimental, não podemos esquecer que são estas mesmas características do cérebro, que permitem aos profissionais intervir e reparar, dentro do possível, alguns dos danos causados pelas vivências de situações de maltrato.

Após uma descrição mais detalhada acerca das consequências do maltrato infantil, podemos concluir que estas atingem grande parte das esferas do desenvolvimento da criança. Este facto leva alguns autores a propor a expressão de “*complex trauma*” (Cook et al., 2005) para descrever a amplitude das consequências desenvolvimentais associadas ao maltrato infantil. Daí a urgência de prevenir, sinalizar e intervir precocemente, através de equipas multidisciplinares, de forma a minimizar os efeitos do maltrato infantil nas diversas áreas do desenvolvimento.

Seguidamente passamos a apresentar a segunda parte da nossa dissertação, onde descreveremos o estudo empírico realizado com o objetivo de analisar o impacto do maltrato intrafamiliar no desenvolvimento cognitivo e socioemocional de crianças em idade pré-escolar.



[Autora: Joana – CAT Distrito de Lisboa – 59 meses de idade]

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 5

Objetivos e Metodologia da Investigação

“... assessments are frequently described by examiners as fun games, it becomes readily apparent to most preschool children that the examiner is more interested in the child’s performance than having fun.”

(Bracken, 2004a, p.46)

A partir da experiência profissional como psicóloga clínica num Centro de Acolhimento Temporário (CAT), intervindo com crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar, diversas questões se foram levantando acerca do impacto da negligência e do abuso (físico, sexual e emocional) no desenvolvimento global destas crianças. Até que ponto é que processos como a inteligência, a atenção, a memória, o controlo inibitório, a regulação comportamental e emocional são afetados pelas vivências precoces de situações de maltrato no seio familiar? Que relações existem entre os diferentes tipos de maltrato ou sujeição a múltiplo maltrato e estes processos? Em que medida a idade do começo das vivências de situações de maltrato e a duração das mesmas interferem no desenvolvimento cognitivo e socioemocional destas crianças? De que forma o tempo de acolhimento numa instituição promove ou compromete a regulação comportamental e emocional e o desempenho intelectual e neuropsicológico das crianças vítimas de maltrato?

Da revisão da literatura existente acerca do maltrato infantil (ver capítulos 3 e 4), constata-se que alguns estudos (Gunnar & Fisher, 2006; Huth-Bocks et al., 2001; Lieberman et al., 2005; Perry, 2002; Porter et al. 2005; Spratt et al., 2012; Stover & Berkowitz, 2005) demonstram que as crianças mais novas apresentam uma maior vulnerabilidade em termos do seu funcionamento global perante vivências de maltrato em contexto familiar, do que as crianças mais velhas. Segundo estes estudos, esta vulnerabilidade deve-se a um conjunto de fatores, nomeadamente: i) a sua maturação neuroanatómica cerebral em curso, sendo que situações de stress prolongado e/ou imprevisível ou ambientes privados de estimulação sensorial e emocional pode

provocar danos irreversíveis nas suas estruturas e funções cerebrais; ii) a sua inerente dependência do cuidador, que é simultaneamente o perpetrador do maltrato e a pessoa que lhes pode proporcionar suporte; iii) a sua limitada rede social que as priva de modelos de interação social apropriados; iv) a sua própria imaturidade linguística que as impede de denunciar as situações de que são vítimas e de expressar verbalmente o que vivem e o que sentem como perturbador e desorganizador; e v) um conjunto de referenciais sociais e culturais enraizados na sociedade, que ainda defende que “Bater em adultos é agressão. Bater em animais é crueldade. Bater em crianças é para seu bem” (ver documento “*A abolição dos castigos corporais infligidos às crianças: Perguntas e respostas*” do Conselho da Europa, 2008, p. 6).

É com base nestas pesquisas, que apontam para a vulnerabilidade específica do desenvolvimento cognitivo e socioemocional das crianças em idade pré-escolar, que os objetivos do presente estudo, descritos em seguida, foram estabelecidos.

5.1 Objetivos

O nosso estudo empírico tem como objetivo geral analisar o impacto do maltrato intrafamiliar no desenvolvimento cognitivo e socioemocional de crianças em idade pré-escolar. Assim, definiram-se como objetivos específicos:

- i) Analisar o impacto do abuso e da negligência no desempenho cognitivo;
- ii) Identificar o impacto do abuso/negligência nos processos de controlo inibitório, atenção e memória;
- iii) Avaliar a presença de sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) em crianças vítimas de maltrato;
- iv) Identificar o impacto do abuso/negligência ao nível das aptidões sociais e problemas de comportamento externalizantes e internalizantes; e
- v) Analisar como determinadas variáveis inerentes às características da criança e ao próprio contexto de vitimação de abuso/negligência influenciam o desempenho cognitivo e socioemocional.

Dada a lacuna no que se refere à adaptação e validação de instrumentos de avaliação psicológica existentes em Portugal para crianças em idade pré-escolar, principalmente na área da avaliação de sintomatologia de PTSD e da neuropsicologia, temos igualmente como objetivo, no âmbito da presente investigação, adaptar dois instrumentos de avaliação psicológica à população portuguesa em idade pré-escolar: um na área da avaliação de sintomatologia de PTSD, a *Escala de PTSD do Inventário de Comportamento da Criança* (CBCL-PTSD), e outro no campo da avaliação neuropsicológica, o *Teste Stroop Dia-Noite* (TSDN). Analisaremos as suas propriedades psicométricas, relativamente à precisão e à validade.

Considerando os objetivos específicos definidos formulámos várias hipóteses, que apresentamos de seguida.

5.2 Hipóteses

Com base na literatura especializada acerca do impacto do maltrato intrafamiliar no desenvolvimento cognitivo e socioemocional de crianças em idade pré-escolar formulámos 10 hipóteses que se encontram organizadas em dois grupos distintos: o grupo A, que integra as hipóteses 1 a 5 referentes à análise comparativa dos resultados obtidos por crianças vítimas e não vítimas de maltrato, relativamente ao seu desempenho intelectual e funcionamento neuropsicológico e socioemocional; e o grupo B, que é constituído pelas hipóteses 6 a 10, relativas aos resultados obtidos nos testes pelas crianças do grupo de estudo (referentes ao desempenho intelectual, funcionamento neuropsicológico e socioemocional), em função de algumas variáveis específicas relacionadas com características da criança e a vitimação de abuso/negligência (e.g., tipologia do maltrato ou tempo de acolhimento).

Seguidamente apresentamos as várias hipóteses:

Grupo A. Análise comparativa dos resultados obtidos por crianças vítimas e não vítimas de maltrato:

Hipótese 1: Prevê-se que as crianças do grupo de vítimas de maltrato apresentem resultados significativamente inferiores nos QIs Verbal, de Realização e da Escala Completa da WPPSI-R aos das crianças do grupo de controlo.

Os estudos têm demonstrado que as crianças vítimas de maltrato apresentam um desempenho intelectual inferior, quando comparadas com crianças não vítimas de maltrato (Alberto, 2006; Koenen et al., 2003; Spratt et al., 2012).

Hipótese 2: Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de maltrato apresente um desempenho nas tarefas de controlo inibitório (2a), de atenção seletiva (2b) e de memória (2c) significativamente inferior ao das crianças do grupo de controlo.

Existem algumas evidências de que o trauma causado pelo maltrato pode interferir no controlo inibitório da resposta de alarme que, por sua vez, afeta as capacidades destas crianças a nível da atenção seletiva e da memória (Frankel et al., 2000). Os estudos têm demonstrado que as crianças vítimas de maltrato apresentam desempenhos inferiores em tarefas relacionadas com o controlo inibitório (Lewis et al., 2007), a atenção (Porter et al., 2005) e a memória (De Bellis et al., 2009), quando comparadas com crianças não vítimas.

Hipótese 3: Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de maltrato apresente índices significativamente superiores de sintomatologia de PTSD que o grupo de controlo.

Existem evidências que revelam que uma das sequelas do maltrato na infância é a sintomatologia de PTSD (De Bellis et al., 2009; Dehon & Scheeringa, 2006; Scheeringa et al., 2003). Milot, St-Laurent e colaboradores (2010), num estudo com crianças em idade pré-escolar vítimas de negligência, verificaram que estas crianças apresentavam mais sintomatologia de PTSD que as não vítimas.

Hipótese 4: Prevê-se que as crianças do grupo de vítimas de maltrato apresentem resultados significativamente superiores de desempenho no subteste *Completamento de Gravuras* da WPPSI-R que as crianças do grupo de controlo.

Há estudos que indicam que as crianças vítimas de maltrato obtêm resultados mais elevados no subteste *Completamento de Gravuras* da WPPSI-R do que as não vítimas (Frankel et al., 2000; Ogata, 2012), devido à presença de sintomatologia de *hiperarousal*.

Hipótese 5: Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de maltrato apresente índices significativamente superiores de problemas de comportamento (5a) e significativamente inferiores de aptidões sociais (5b) aos do grupo de controlo.

Os estudos revelam que as crianças vítimas de maltrato apresentam, muitas vezes, dificuldades em regular as suas emoções e comportamentos (Cicchetti & Toth, 2005; Grych & Fincham, 1990), demonstrando mais problemas internalizantes e externalizantes que as não vítimas de maltrato (Manly et al., 2001; Milot, Éthier et al., 2010; Spratt et al., 2012). Milot, Éthier, e colaboradores (2010), por exemplo, referem que as crianças vítimas de maltrato apresentam um elevado risco de sintomatologia depressiva, comportamentos agressivos, sinais de ira, frustração e desobediência, e demonstram capacidades sociais pobres.

Grupo B. Análise dos resultados obtidos pelo grupo de estudo em função de variáveis específicas relacionadas com a vitimação de abuso/negligência ou com características da criança – tipologia do maltrato; tempo de acolhimento; acolhimentos anteriores; características dos seus progenitores (presença de doença física/mental); e género da criança:

Hipótese 6: Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato apresente resultados significativamente inferiores no desempenho intelectual (6a), nas tarefas de controlo inibitório (6b),

de atenção seletiva (6c) e de memória (6d) e nas aptidões sociais (6e), e resultados significativamente superiores de problemas de comportamento (6f) e na sintomatologia de PTSD (6g), aos do grupo de crianças vítimas de negligência.²⁰

Segundo o modelo Ecológico-Transacional, o risco cumulativo, designadamente a co-existência de várias formas de maltrato, provoca um maior impacto no desenvolvimento da criança do que a presença de uma única forma de maltrato (Masten & Wright, 1998). Por exemplo, Koenen e colaboradores (2003) observaram que as crianças vítimas de mais do que um tipo de maltrato apresentam um desempenho intelectual inferior ao das crianças vítimas de apenas um tipo de maltrato.

Hipótese 7: Prevê-se uma associação positiva significativa entre o índice de problemas de comportamento das crianças vítimas de maltrato e o tempo de acolhimento dessas crianças.

Hipótese 8: Prevê-se que as crianças vítimas de maltrato que estiveram em várias instituições de acolhimento apresentem índices significativamente superiores de problemas de comportamento aos das crianças que se mantiveram numa única instituição.

Estudos com crianças vítimas de maltrato institucionalizadas demonstram que muitas tendem a apresentar mais problemas de comportamento externalizantes e internalizantes (Healey & Fisher, 2011) à medida que aumenta o tempo de acolhimento (Fanshel, Finch, & Grundy, como citados por Lawrence, Carlson, & Egeland, 2006) e, igualmente, em função do acolhimento em várias instituições (Ackerman, Brown, & Izard, como citados por Healey & Fisher, 2011).

²⁰ Inicialmente pretendia-se estudar as consequências do maltrato em função dos vários tipos de abuso e negligência, mas dado o elevado número de situações de negligência e de múltiplo maltrato e o número reduzido dos outros tipos de maltrato, optou-se por comparar somente estas duas situações.

Hipótese 9: Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de maltrato cujo(s) progenitore(s) possuem doença física/mental apresente resultados significativamente inferiores no desempenho intelectual (9a), nas tarefas de controlo inibitório (9b), de atenção seletiva (9c) e de memória (9d) e nas aptidões sociais (9e) e resultados significativamente superiores de problemas de comportamento (9f) e de sintomatologia de PTSD (9g), aos do grupo de crianças vítimas de maltrato cujos progenitores não possuem doença física/mental.

O risco cumulativo ou multifatorial relativo às características do cuidador aumenta a probabilidade de consequências do impacto do maltrato no desenvolvimento da criança (Cicchetti & Lynch, 1993; Dubowitz et al., 2011). Por exemplo, Ybarra e colaboradores (2007) observaram que as crianças vítimas de maltrato cujas mães registavam elevados níveis de psicopatologia apresentavam mais problemas de comportamento internalizantes do que aquelas cujas mães tinham níveis baixos de psicopatologia.

Hipótese 10: Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de maltrato não apresente diferenças significativas em função do género nos resultados obtidos no desempenho intelectual (10a), nas tarefas de controlo inibitório (10b), de atenção seletiva (10c) e de memória (10d), na sintomatologia de PTSD (10e), nas aptidões sociais (10f) e problemas de comportamento (10g).

Os estudos realizados com crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar revelam que não existem diferenças significativas em função do género no desempenho intelectual e nos resultados em tarefas relativas ao funcionamento neuropsicológico e socioemocional (Frankel et al., 2000; Lieberman et al., 2005).

Após definidos os objetivos e estabelecidas as hipóteses avançamos para a descrição da metodologia utilizada no nosso estudo, nomeadamente no que concerne à caracterização da amostra, à descrição dos instrumentos de avaliação psicológica usados na investigação, aos procedimentos da recolha dos dados e às dificuldades encontradas

nessa recolha. Considerámos ainda importante refletir sobre as especificidades subjacentes à avaliação psicológica de crianças em idade pré-escolar, percebidas ao longo da aplicação do protocolo à nossa amostra. E, por último, é descrito o tratamento estatístico dos dados recolhidos.

5.3 Metodologia

O presente estudo empírico caracteriza-se por uma abordagem transversal relativa a um estudo *ex-post-facto*²¹ que segue um plano pré-experimental (Almeida & Freire, 2003) com um grupo de comparação, ou seja, o estudo comparativo entre um grupo de crianças em idade pré-escolar que foram vítimas de maltrato intrafamiliar e um grupo de crianças em idade pré-escolar que não foram vítimas de quaisquer situações de maltrato ou de outro trauma.

Neste contexto, a metodologia de amostragem utilizada no estudo foi não probabilística, uma vez que se trata do estudo de um grupo específico, recorrendo-se a um método intencional de amostragem, que “consiste na escolha prévia dos sujeitos a serem observados” (Almeida & Freire, 2003, p.112).

Acresce que, por forma a “reduzir as fontes de variabilidade não associadas diretamente com o efeito que se pretende medir” (Maroco & Bispo, 2003, p. 84), emparelhou-se este grupo específico com um grupo de controlo através do método de pares idênticos ou por blocos (Maroco & Bispo, 2003), em função de várias características sociodemográficas, nomeadamente, idade, género, etnia, nível socioeconómico e localização geográfica de residência.

²¹ Um plano *ex-post-facto* (“*after-the-fact*”) é uma categoria, dentro dos planos de investigação, em que esta começa depois do facto ter ocorrido, sem a interferência do investigador, não existindo uma manipulação da variável independente ou um pré-teste (Almeida & Freire, 2003).

5.3.1 Caracterização da Amostra

A amostra total compreende 214 participantes, 82 (38.3%) do género feminino e 132 (61.7%) do género masculino. A **idade** dos participantes varia entre os 40 e os 72 meses ($M = 57.07$; $DP = 8.44$).

Na constituição da amostra estabeleceu-se como **critérios de exclusão** a presença de doenças ou deficiências físicas graves e/ou de doenças mentais ou défice intelectual severo, assim como o não domínio da língua portuguesa. Este último critério levou a que três crianças inicialmente selecionadas fossem excluídas logo no final da primeira sessão de avaliação, sendo posteriormente substituídas para preservar a equivalência entre os dois grupos, tal como adiante se descreverá.

A amostra é constituída por dois grupos (ver Tabela 5.1):

- i) **Grupo de Estudo**, com 107 crianças vítimas de maltrato em contexto familiar, acolhidas em Centros de Acolhimento Temporário (CATs) do Instituto da Segurança Social espalhados pelo país, e em Centros de Acolhimento e Observação Temporário e Lares da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com idades compreendidas entre os 42 e os 71 meses, ($M = 56.72$; $DP = 8.72$) (ver Tabela 5.1);
- ii) **Grupo** com 107 crianças da população geral, que **não apresentam suspeitas de situações de maltrato** ou de outras situações traumáticas, com idades compreendidas entre os 40 e os 72 meses ($M = 57.41$; $DP = 8.17$) (ver Tabela 5.1). Este grupo foi recolhido em Agrupamentos de Escolas, mais especificamente em instituições pré-escolares da rede pública ou Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSSs).

No sentido de controlar a eventual influência de variáveis sociodemográficas pretendeu-se que o grupo da população geral fosse composto por crianças sem experiência de vitimização de maltrato (ou outra situação traumática), mas com características equivalentes ao grupo de estudo no que respeita à idade, género, etnia, nível socioeconómico e localização geográfica de residência.

Tabela 5.1

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo da População Geral quanto à Variável Idade para o Género Feminino e o Género Masculino

Género	Idade			
	Grupo de Estudo		Grupo da População Geral	
	<i>(n = 107)</i>		<i>(n = 107)</i>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>
Feminino	57.37 (8.67)	44-71	57.66 (7.40)	42-71
Masculino	56.32 (8.80)	42-71	57.26 (8.67)	40-72
Total	56.72 (8.72)	42-71	57.41 (8.17)	40-72

Como podemos observar na Tabela 5.2 relativa à variável **género**, o grupo de estudo e o grupo da população geral integram, cada um, 41 (38.3%) raparigas e 66 (61.7%) rapazes.

Tabela 5.2

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo da População Geral quanto à Variável Género

Género	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo da População Geral	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Feminino	41	38.3	41	38.3
Masculino	66	61.7	66	61.7
Total	107	100	107	100

No que se refere à **etnia** a amostra é composta maioritariamente por crianças de etnia caucasiana (181 crianças) e por crianças de etnia luso-africana (30 crianças). No entanto, o grupo de estudo contém mais 14 crianças de etnia luso-africana e menos 15 crianças de etnia caucasiana que o grupo da população geral (ver Tabela 5.3).

Tabela 5.3

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo da População Geral quanto à Variável Etnia

Etnia	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo da População Geral	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Caucasiana	83	77.6	98	91.6
Luso-Africana	22	20.6	8	7.5
Cigana	2	1.9	-	-
Indiana	-	-	1	0.9
Total	107	100	107	100

Relativamente à **localização geográfica**, o grupo da população geral foi recolhido em estabelecimentos pré-escolares públicos e jardins-de-infância, tendo em consideração a proximidade física (a nível distrital) das instituições de acolhimento das crianças que compõem o grupo de estudo, para que ambos os grupos tivessem a mesma percentagem de crianças em cada distrito. Neste contexto, as crianças da nossa amostra, tanto do grupo de estudo como do grupo da população geral, são oriundas de vários distritos, abrangendo desde o centro do país até ao sul (de Coimbra até Faro), e do litoral até ao interior (de Lisboa até Évora) (ver Tabela 5.4).

O distrito mais representado na amostra é o de Lisboa, com 55 crianças, tanto para o grupo de estudo como para o grupo da população geral. Faro e Setúbal são os dois distritos que a seguir apresentam maior percentagem de crianças, seguidos do distrito de Leiria.

Tabela 5.4

Frequências da Distribuição do Grupo de Estudo e do Grupo da População Geral por Distrito

Distrito	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo da População Geral	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Coimbra	2	1.9	-	-
Leiria	9	8.4	11	10.3
Lisboa	55	51.4	55	51.4
Setúbal	12	11.2	17	15.9
Évora	5	4.7	-	-
Faro	24	22.4	24	22.4
Total	107	100	107	100

Dado o número reduzido de crianças dos distritos de Coimbra (2 crianças) e Évora (5 crianças) no grupo de estudo, para a constituição do grupo da população geral decidiu-se emparelhá-las, tendo em conta a proximidade física, com crianças residentes nos distritos de Leiria e de Setúbal, respetivamente. Assim, o primeiro distrito integrou 11 crianças em vez de 9, e o segundo incluiu 17 crianças em vez de 12 (ver Tabela 5.4).

A caracterização do **nível socioeconómico (NSE)** do agregado familiar das crianças da amostra foi estabelecida a partir da classificação de Almeida (1988) e Simões (2000)²², conjugando o nível de escolaridade e a profissão dos progenitores. Na Tabela

²² Esta classificação tem em consideração a profissão dos progenitores e o respetivo nível de escolaridade para a obtenção de três NSEs (baixo, médio e elevado).

5.5 podemos observar alguma discrepância entre a média do nível de escolaridade dos progenitores do grupo de estudo e a dos progenitores do grupo de população geral. Por outro lado, pode-se também constatar, nessa mesma tabela, que não foi possível obter informação para a caracterização do nível de escolaridade da maioria dos progenitores das crianças do grupo de estudo, uma vez que esta não constava nos registos (dossiers) das crianças acolhidas e os próprios técnicos das instituições de acolhimento desconheciam esta informação. Assim, no grupo de estudo temos 60 casos omissos no que se refere à escolaridade da mãe e 65 relativamente à escolaridade do pai.

Deste modo, optou-se por caracterizar o NSE somente com base na profissão dos progenitores, excluindo a variável nível de escolaridade, tal como procedem Pears e Fisher (2005b) num estudo realizado também com crianças vítimas de maltrato de idade pré-escolar em acolhimento familiar.

Tabela 5.5

Caracterização da Amostra quanto à Variável Nível de Escolaridade dos Progenitores

	Nível de Escolaridade (em anos)					
	Grupo de Estudo			Grupo da População Geral		
	<i>n</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>n</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>Média (DP)</i>
Mãe	47	0-17	6.17(3.31)	107	4-17	10.22(2.86)
Pai	42	0-17	5.24(3.91)	107	0-17	9.33(3.19)

Utilizando a classificação anteriormente referida e considerando o valor correspondente à profissão de nível mais elevado entre o pai e a mãe como representativa desta variável para o agregado familiar, constatamos que o NSE baixo é o que predomina, quer para o grupo de estudo (98 crianças), quer para o grupo da população geral (61 crianças) (ver Tabela 5.6). No entanto, existe uma discrepância relativamente aos NSEs médio e elevado entre estes dois grupos. Nomeadamente, o grupo de estudo inclui 2 casos de NSE médio e 1 caso de NSE elevado enquanto o grupo da população geral integra 33 e 13 casos nestas categorias, respetivamente.

Por conseguinte, após a recolha da amostra verificámos que, apesar dos esforços feitos no sentido de selecionar instituições e crianças que favorecessem a equivalência do grupo da população geral com o grupo de estudo no que respeita ao NSE (ver ponto 5.3.3), tal não foi possível, uma vez que em alguns casos a informação inicialmente dada pelas educadoras de infância acerca da profissão e do nível de escolaridade dos progenitores, e confirmada através das fichas de identificação das crianças, não

coincidia com a informação dada posteriormente pelos progenitores destas crianças no questionário sociodemográfico por eles preenchido aquando da avaliação das mesmas.

Tabela 5.6

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo da População Geral quanto à Variável Nível Socioeconómico do Agregado Familiar

Nível Socioeconómico (Profissão)	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo da População Geral	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nível socioeconómico baixo	98	91.6	61	57.0
Nível socioeconómico médio	2	1.9	33	30.8
Nível socioeconómico elevado	1	0.9	13	12.1
Desconhecido	6	5.6	-	-
Total	107	100	107	100

Nota: Para a classificação do NSE do agregado familiar tomou-se referência a profissão correspondente a um nível mais elevado. Nos casos em que somente se obteve informação sobre a profissão para um dos progenitores, essa passou a ser a referência para a classificação do NSE.

Dado este facto, verificado a posteriori em relação à administração do protocolo, e de forma a salvaguardar a equivalência entre o grupo de crianças vítimas de maltrato e o grupo de crianças não vítimas nos estudos comparativos, optou-se por retirar 31 sujeitos de NSE médio e 12 sujeitos de NSE elevado do grupo da população geral para efetuar esses estudos (ver Tabela 5.7). Assim, a partir do grupo da população geral, anteriormente caracterizado ($n = 107$, Tabelas 5.1 a 5.6), e que será utilizado para os estudos de adaptação dos instrumentos (ver ponto 1 do Capítulo 6), criou-se um grupo de controlo constituído por 64 crianças, das quais 61 se enquadram no NSE baixo, 2 no NSE médio e 1 no NSE elevado.

Tabela 5.7

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Nível Socioeconómico do Agregado Familiar

Nível Socioeconómico (Profissão)	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nível socioeconómico baixo	98	91.6	61	95.3
Nível socioeconómico médio	2	1.9	2	3.1
Nível socioeconómico elevado	1	0.9	1	1.6
Total	101	94.4	64	100
Desconhecido	6	5.6	-	-
Total	107	100	64	100

A comparação entre o grupo de estudo, constituído por 107 crianças vítimas de maltrato, e o grupo de controlo, composto por 64 crianças não vítimas de situações de maltrato (ver Tabela 5.7), não revelou diferenças estatisticamente significativas nas distribuições pelas categorias da variável NSE, $\chi^2(2) = .330, p = .848$.

Numa tentativa de compreendermos melhor a caracterização profissional do agregado familiar do grupo de estudo e do grupo de controlo organizámos as profissões segundo a Classificação do Instituto Nacional de Estatística (Classificação Portuguesa das Profissões, 2010) (ver Tabela 5.8).

Tabela 5.8

Caracterização da Variável Profissão dos Progenitores do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo Segundo a Classificação do INE (Instituto Nacional de Estatística) (Classificação Portuguesa das Profissões, 2010)

Classificação Portuguesa das Profissões	Amostra							
	Grupo de Estudo				Grupo de Controlo			
	Mãe		Pai		Mãe		Pai	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Profissões das Forças Armadas	1	0.9	-	-	-	-	-	-
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, diretores e gestores	-	-	-	-	-	-	1	1.6
Técnicos e profissões de nível intermédio	-	-	1	0.9	-	-	2	3.1
Pessoal administrativo	-	-	-	-	3	4.7	-	-
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	9	8.4	5	4.7	33	51.6	11	17.2
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	-	-	1	0.9	-	-	2	3.1
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	-	-	36	33.6	-	-	18	28.1
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	-	-	2	1.9	5	7.8	13	20.3
Trabalhadores não qualificados	19	17.8	9	8.4	13	20.3	5	7.8
Profissão desconhecida	14	13.1	25	23.4	-	-	-	-
Desemprego	60	56.1	25	23.4	10	15.6	11	17.2
Reclusão	4	3.7	1	0.9	-	-	-	-
Reforma	-	-	2	1.9	-	-	1	1.6
Total	107	100	107	100	64	100	64	100

A partir desta classificação podemos observar, na Tabela 5.8, que a categoria profissional mais representada no grupo de estudo é a dos “trabalhadores não qualificados” com 28 progenitores, seguida pela dos “trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores” com 14 progenitores. Inversamente, no grupo de controlo a classificação mais representada é a dos “trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores” com 44 progenitores, seguida pela dos “trabalhadores não qualificados” e “operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem” com 18 progenitores em cada uma destas categorias. Podemos, ainda, registar que no grupo de estudo se desconhece a profissão de 14 mães e de 25 pais e que 60 mães e 25 pais se encontram desempregados.

A comparação entre o grupo de estudo e o grupo de controlo no que diz respeito a **variáveis sociodemográficas da criança** mostra que, quanto à variável género (ver Tabela 5.9) não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $\chi^2(1) = .019, p = .891$.

Tabela 5.9

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Género

Género	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Feminino	41	38.3	26	40.6
Masculino	66	61.7	38	59.4
Total	107	100	64	100

Também não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controlo no que se refere à variável idade (ver Tabela 5.10), $t(169) = -.440, p = .661$.

Tabela 5.10

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Idade

Idade	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo	
	<i>n</i>	Média (DP)	<i>n</i>	Média (DP)
Idade	107	56.72 (8.72)	64	57.31 (8.18)

Verifica-se igualmente a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controlo no que diz respeito à variável etnia (ver Tabela 5.11), $\chi^2(1) = 1.984$, $p = .159$, após categorização desta variável em duas classes: caucasianos e não-caucasianos.

Tabela 5.11

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Etnia

Etnia	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Caucasiana	83	77.6	56	87.5
Luso-africana	22	20.6	8	12.5
Cigana	2	1.8	-	-
Total	107	100	64	100

Recolheu-se também informação relativa a algumas **características familiares** que podem ser consideradas como fatores potenciadores de ocorrência ou manutenção de situações de maltrato, nomeadamente, estado civil, número de filhos e a presença de problemas de saúde física e/ou mental nos progenitores.

Na Tabela 5.12 podemos observar que o estado civil dos progenitores mais representado no grupo de estudo é o da união de facto e o separado, ambos com a mesma percentagem de sujeitos (25.2%), seguidos do estado civil solteiro (24.3%). No grupo de controlo, a maioria dos progenitores encontra-se casada ou junta por união de facto, incluindo estas categorias 65.6% e 21.9% dos sujeitos, respetivamente.

Tabela 5.12

Frequências da Distribuição do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Estado Civil dos Progenitores

Estado Civil dos Progenitores	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Desconhecido	9	8.4	-	-
Solteiro	26	24.3	1	1.6
Casado	15	14.0	42	65.6
União de Facto	27	25.2	14	21.9
Separado	27	25.2	7	10.9
Viúvo	3	2.8	-	-
Total	107	100	64	100

Relativamente ao número de filhos, as famílias do grupo de estudo (crianças vítimas de negligência e/ou abuso) tendem a ser mais numerosas, apresentando um número de filhos bastante mais elevado que o grupo de controlo. Assim, podemos constatar (ver Tabela 5.13) que no grupo de estudo 23 crianças têm mais de quatro irmãos, 26 têm três irmãos e 27 têm dois irmãos, havendo, igualmente, famílias neste grupo com filhos únicos, ou seja, 15 crianças do grupo de estudo não têm irmãos. Relativamente ao grupo de controlo, a maioria das crianças ($n = 37$) tem um irmão, ou é filho único ($n = 18$).

Tabela 5.13

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Número de Irmãos

Número de irmãos	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nenhum	15	14.0	18	28.1
Um	16	15.0	37	57.8
Dois	27	25.2	7	10.9
Três	26	24.3	1	1.6
Quatro ou mais	23	21.5	1	1.6
Total	107	100	64	100

Verificou-se, também, uma elevada taxa de problemas no que se refere à saúde física e/ou mental dos progenitores das crianças do grupo de estudo (ver Tabela 5.14). A toxicod dependência (16.8%) e a debilidade mental (15.3%) são os problemas mais frequentes. Por ordem decrescente de prevalência surgem, em seguida, as situações de alcoolismo (6.5%) e de depressão (4.7%). Contudo, em 40.2% destas famílias não são assinaladas quaisquer doenças físicas e/ou mentais. No grupo de controlo 95.2% dos progenitores não relatam qualquer tipo de doenças físicas e/ou mentais, sendo referidos somente três casos de doença, designadamente, um caso com depressão, outro com epilepsia e outro com glaucoma.

A comparação entre o grupo de estudo e o grupo de controlo revelou diferenças estatisticamente significativas relativas às variáveis estado civil (ver Tabela 5.12), $\chi^2(5) = 56.590$, $p < .001$), número de filhos (ver Tabela 5.13), $\chi^2(8) = 60.520$, $p < .001$) e presença de doenças físicas e/ou mentais nos progenitores (ver Tabela 5.14), $\chi^2(1) = 46.666$, $p < .001$), categorizando esta última variável em presença vs. ausência de doenças.

Tabela 5.14

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Presença de Doenças Físicas e/ou Mentais nos Progenitores

	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo	
	Progenitores		Progenitores	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Doenças físicas e/ou mentais				
Depressão	5	4.7	1	1.6
Alcoolismo	7	6.5	-	-
Toxicodependência	18	16.8	-	-
Debilidade mental	16	15.3	-	-
Deficiência motora	1	0.9	-	-
Psicose e debilidade	1	0.9	-	-
Debilidade e toxicodependência	1	0.9	-	-
Psicose e doenças oncológica	1	0.9	-	-
Tuberculose	1	0.9	-	-
DRPLA ^a	1	0.9	-	-
Diabetes	1	0.9	-	-
Epilepsia	3	2.8	1	1.6
Glaucoma	-	-	1	1.6
Pedofilia	1	0.9	-	-
Psicose	1	0.9	-	-
AVC	1	0.9	-	-
Depressão e alcoolismo	2	1.9	-	-
Sem doença	43	40.2	61	95.2
Desconhecido	3	2.8	-	-
Total	107	100	64	100

^aDRPLA (Dentatorubral-pallidolusian atrophy) refere-se a uma doença neurodegenerativa rara na Europa.

Passamos agora a descrever algumas **características particulares das crianças** do grupo de estudo e do grupo de controlo, relativamente à língua materna, à frequência de instituições pré-escolares ou jardins-de-infância e ao período de tempo dessa frequência, ao agregado familiar atual ou antes da institucionalização, e à sua saúde física e/ou mental (nascimentos prematuros e frequência de consultas de especialidade e/ou terapias).

Verificou-se que 98.6% da amostra total (grupo de estudo e grupo de controlo) tem como língua materna o português e 96.3% se encontra a frequentar instituições escolares, embora o período de tempo de frequência do grupo de estudo seja inferior ao do grupo de controlo (ver Tabela 5.15), com médias de 13.83 meses e de 15.78 meses, respetivamente (ver Tabela 5.15). Não entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, $t(169) = -1.362, p = .175$.

Tabela 5.15

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto ao Tempo de Frequência de Instituições Escolares

	Grupo					
	Grupo de Estudo			Grupo de Controlo		
	<i>n</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>n</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>Média (DP)</i>
Tempo de frequência (em meses)	107	0-37	13.83(8.80)	64	0-35	15.78(9.47)

Como podemos constatar na Tabela 5.16, a maioria das crianças da amostra, quer do grupo de estudo (61.7%), quer do grupo de controlo (92.2%) vivia (no caso das crianças acolhidas) ou vive (no caso das crianças não vítimas) com ambos os progenitores (ver Tabela 5.16). Nesta variável observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente ao número de sujeitos que vivia (grupo de estudo) ou vive (grupo de controlo) com ambos os progenitores, $\chi^2(1) = 16.853$, $p < .001$, sendo que uma percentagem significativamente superior das crianças do grupo de estudo já não viviam com ambos os progenitores antes da institucionalização.

Tabela 5.16

Caracterização do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Variável Com Quem Vivia ou Vive

Com que vivia ou vive	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ambos os progenitores	66	61.7	59	92.2
Mãe biológica	8	7.5	4	6.3
Pai biológico	4	3.7	-	-
Mãe biológica e padrasto	1	0.9	1	1.6
Pai biológico e madrasta	1	0.9	-	-
Mãe biológica e outros familiares	5	4.7	-	-
Avós	5	4.7	-	-
Outros familiares	3	2.8	-	-
Terceiros (e.g., ama, vizinha, amiga)	4	3.7	-	-
Instituição de acolhimento com a mãe	5	4.7	-	-
Direto da maternidade para o CAT	4	3.7	-	-
Desconhecido	1	0.9	-	-
Total	107	100	64	100

Apesar de 7 crianças do grupo de estudo e 3 do grupo de controlo terem nascido prematuras, não apresentaram complicações neonatais graves. Quer as crianças do grupo de estudo (92.5%) quer as do grupo de controlo (96.9%) são maioritariamente

saudáveis. No entanto, como podemos verificar na Tabela 5.17, existem mais crianças vítimas de maltrato (59 crianças, 55.1%) a frequentar consultas de especialidade e/ou terapias do que crianças do grupo de controlo (14 crianças, 21.9%). Por outro lado,, 33 crianças do grupo de estudo frequentam mais do que duas consultas de especialidade ou terapia, enquanto no grupo de controlo apenas 2 crianças se encontram nestas condições. No grupo de estudo as consultas de Pedopsiquiatria (5 crianças) e Oftalmologia (5 crianças) são as mais frequentadas a seguir à categoria “múltiplas consultas e/ou terapias” (33 crianças), enquanto no grupo de controlo é a consulta de Otorrinolaringologia (4 crianças), seguida da Imunoalergologia (2 crianças), da Terapia da Fala (2 crianças) e da categoria “múltiplas consultas e/ou terapias” (2 crianças) que apresenta maior taxa de frequência, ainda que baixa comparativamente ao grupo de estudo.

Tabela 5.17

Distribuição do Grupo de Estudo e do Grupo de Controlo quanto à Frequência de Consultas de Especialidade e/ou Terapias

Consultas de Especialidade/Terapias	Amostra			
	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nenhuma	48	44.9	50	78.1
Dermatologia	1	0.9	1	1.6
Otorrinolaringologia	4	3.8	4	6.2
Imunoalergologia	1	0.9	2	3.1
Oftalmologia	5	4.8	-	-
Cirurgia Pediátrica	1	0.9	1	1.6
Cardiologia Pediátrica	1	0.9	-	-
Hematologia	1	0.9	1	1.6
Ortopedia	-	-	-	-
Pedopsiquiatria	5	4.7	-	-
Pneumologia	-	-	1	1.6
Psicoterapia	1	0.9	-	-
Terapia da Fala	4	3.7	2	3.1
Terapia Ocupacional	2	1.9	-	-
Múltiplas (mais do que duas)	33	30.8	2	3.1
Total	107	100	64	100

Nota: Não classificámos a consulta de especialidade Pediatria uma vez que é comum a todas as crianças da amostra.

Podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controlo ($\chi^2(1) = 16.779, p < .001$) no que se refere à frequência de consultas de especialidade e/ou terapias, com 45% do grupo de estudo a

não frequentar consultas de especialidade contra 78% do grupo de controlo (ver Tabela 5.17).

Passamos a descrever algumas **características específicas do grupo de estudo**, nomeadamente, o motivo do acolhimento, a tipologia do maltrato, a existência de acolhimentos anteriores, o tempo total do acolhimento, as visitas que recebe durante o acolhimento e a definição do projeto de vida.

Constata-se que, para 52.3% das crianças do grupo de estudo, ou seja, mais de metade, o motivo do seu acolhimento foi ser vítima de negligência. O segundo motivo de acolhimento mais frequente refere-se a situações de múltiplo maltrato, com 37.4% dos casos. Os motivos de acolhimento com menor percentagem, por ordem decrescente, foram a institucionalização à nascença com ou sem a mãe, o abuso sexual, o internamento hospitalar dos prestadores de cuidados e a exposição à violência interparental (ver Tabela 5.18).

Tabela 5.18

Caracterização do Grupo de Estudo quanto ao Motivo do Acolhimento

Tipologia dos maltrato	Grupo Estudo	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Negligência	56	52.3
Múltiplo maltrato	40	37.4
Institucionalização à nascença com ou sem a mãe	5	4.7
Abuso sexual	3	2.8
Internamento hospitalar dos prestadores de cuidados	2	1.9
Exposição à violência interparental	1	0.9
Total	107	100

Dado o número de crianças que foram vítimas de múltiplo maltrato, a Tabela 5.19 apresenta os vários tipos de maltrato de que estas crianças foram vítimas e as respetivas percentagens.

Ao enquadrarmos as várias situações de maltrato de que estas crianças foram vítimas na tipologia proposta na presente dissertação (ver ponto 2 do capítulo 2), tal como no estudo de Pears e Fisher (2005b), codificámos a detenção e consumo parental de drogas como negligência. No entanto, ao contrário destes autores, codificámos como negligência e não como abuso emocional o abandono parental, uma vez que este abandono, de que 10 crianças foram vítimas, não foi temporário. Podemos verificar que

existe uma percentagem significativa de situações de negligência (85%) entre as crianças do grupo de estudo, comparativamente com os outros tipos de maltrato, tal como registado noutras investigações e apontado nos dados epidemiológicos (ver ponto 4 do capítulo 2). Seguem-se, em percentagem de casos, a exposição à violência interparental (29.9%), o abuso físico (14%) e o abuso sexual (6.5%).

Embora as crianças institucionalizadas à nascença, com ou sem a mãe, que no grupo de estudo representam 5.6% das crianças recolhidas, possam não ter sofrido de situações de maltrato por ocasião do seu acolhimento, geralmente a retirada da família à nascença envolve enquadramentos familiares muito desajustados. Estudos revelam (e.g., Sparrt et al., 2012), também, que as crianças acolhidas/institucionalizadas, se encontram em elevado risco de serem vítimas de negligência.

É controversa a inclusão do internamento hospitalar dos prestadores de cuidados das crianças institucionalizadas numa tabela de tipologia de maltrato (representado na Tabela 5.19 por 2 casos, 1.9%). Contudo, optámos por incluir estes casos por se tratar de situações traumáticas para as crianças e por traduzirem a ausência de alternativas em contexto natural de vida, associadas a famílias de elevado risco psicossocial.

Tabela 5.19

Caracterização das Crianças do Grupo de Estudo quanto à Tipologia do Maltrato de que Foram Vítimas

	Tipologia do maltrato													
	Negligência		Abuso Físico		Abuso Sexual		Abuso Emocional		Exposição à Violência Interparental ^a		Institucionalização à Nascença Com ou Sem Mãe		Internamento Hospitalar dos Prestadores de Cuidados	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	91	85.0	15	14.0	7	6.5	2	1.9	32	29.9	6 ^b	5.6	2	1.9
Não	16	15	92	86.0	100	93.5	105	98.1	75	70.1	101	94.4	105	98.1
Total	107	100	107	100	107	100	107	100	107	100	107	100	107	100

^a Apesar de considerarmos a exposição à violência interparental como abuso emocional (ver subcapítulo 2.2), dados os resultados dos estudos referenciados e o número de casos recolhidos optámos por destacar esta situação do grupo de abuso emocional.

^b Uma destas crianças institucionalizadas com a progenitora sofreu posteriormente negligência por parte desta, daí que o *n* desta categoria na Tabela 5.18 seja de 5 casos em vez de 6 (estando 1 caso incluído no Múltiplo Maltrato).

No que diz respeito à existência ou não de acolhimentos anteriores no grupo das crianças vítimas de maltrato, podemos verificar que 36.4% das crianças que compõem o grupo de estudo passaram por outras situações de acolhimento (ver Tabela 5.20).

Analisando o período de tempo total de acolhimento institucional destas crianças vítimas de maltrato constatamos que esse período vai desde um até 70 meses ($M =$

18.23; $DP = 14.95$). De lembrar que estas crianças têm idades compreendidas entre os 42 e os 71 meses ($M = 57.41$; $DP = 8.17$). Isto significa que, em média, as crianças deste grupo permaneceram acolhidas durante cerca de um terço das suas vidas.

Tabela 5.20

Caracterização do Grupo de Estudo quanto a Acolhimentos Anteriores

Acolhimentos anteriores	Grupo Estudo	
	<i>n</i>	%
Sim	39	36.4
Não	68	63.6
Total	107	100

Nota: Os acolhimentos anteriores podem ter ocorrido, quer na mesma instituição, quer noutras instituições e/ou até mesmo na família alargada.

Ainda relativamente ao grupo de crianças vítimas de maltrato, podemos verificar que 81 crianças recebem visitas na instituição e 26 crianças não as recebem (ver Tabela 5.21). Os familiares que visitam as crianças com maior frequência são os progenitores e outros familiares (38 crianças), somente a mãe (16 crianças) e ambos os progenitores (15 crianças). Estas visitas só podem ser realizadas após decisão judicial.

Tabela 5.21

Caracterização das Crianças do Grupo de Estudo quanto a Quem as Visita nas Instituições de Acolhimento

Quem visita as crianças nas instituições	Grupo Estudo	
	<i>n</i>	%
Progenitores	15	14.0
Mãe	16	15.0
Pai	2	1.9
Avós	3	2.8
Outros familiares	1	0.9
Progenitores e outros familiares	38	35.5
Pai e outros familiares	1	0.9
Mãe e outros familiares	3	2.8
Terceiros	2	1.9
Não recebem visitas	26	24.3
Total	107	100

Nota: As crianças cujo projeto de vida passa pela adoção deixam de receber visitas após decisão do Tribunal de Família e de Menores.

Por último, no que se refere à definição do projeto de vida destas 107 crianças vítimas de maltrato acolhidas em CATs, para 44 crianças o projeto de vida passa pela

adoção, para 26 pelo regresso à família de origem e para 7 pelo regresso à família alargada. Trinta crianças tinham o projeto de vida ainda por definir (ver Tabela 5.22).

Tabela 5.22

Descrição do Grupo de Estudo quanto à Definição do Projeto de Vida

Definição do projeto de vida	Grupo Estudo	
	<i>n</i>	%
Regresso à família de origem	26	24.3
Regresso à família alargada	7	6.5
Adoção	44	41.1
Por definir	30	28.0
Total	107	100

Nota: Este projeto de vida é definido em colaboração com a equipa técnica das instituições de acolhimento, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco e os Tribunais de Família e de Menores.

Assim, para a concretização do nosso estudo empírico, foi aplicada à amostra ($N = 214$) acima caracterizada uma bateria de instrumentos de avaliação composta por diversas medidas, nomeadamente, questionários para recolha de dados sociodemográficos, testes psicológicos e questionários de heterorrelato, recorrendo-se a vários informadores e em mais do que um contexto.

Seguidamente será feita a descrição dos diversos instrumentos de avaliação psicológica que compõem a bateria aplicada à amostra em estudo.

5.3.2 Instrumentos

Como se pode observar na Tabela 5.23 a bateria utilizada no âmbito do presente estudo é constituída por vários instrumentos de avaliação psicológica, nomeadamente, Questionário de a *Escala de Perturbação de Stress Pós-Traumático do Inventário do Comportamento da Criança (Modificada)* (PTSD-CBCL [Modificada]) (ver Anexo N), o *Teste Stroop Dia-Noite* (TSDN), a *Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária – Forma Revista* (WPPSI-R), o *Teste de Barragem* da Bateria de Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicológico (NEPSY), o *Teste de Memória de Faces* da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC) e as *Escalas de Comportamento para a Idade Pré-escolar – 2ª Edição* (ECIP-2).

Para além da aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica acima referenciados, foram concebidos, especificamente para este estudo, questionários com o objetivo de recolher informação sociodemográfica relativa ao grupo de estudo (ver Anexo L) e ao grupo da população geral (ver Anexo M), permitindo a obtenção de dados importantes para, por exemplo, a criação de grupos equivalentes (e.g., idade, género, etnia e NSE), ou a análise de variáveis específicas relacionadas com a vitimação de abuso/negligência (e.g., tipologia do maltrato, tempo de acolhimento, acolhimentos anteriores). Estes questionários foram preenchidos pelos técnicos responsáveis pelas crianças acolhidas institucionalmente (grupo de estudo) e pelos pais das crianças não vítimas de maltrato (grupo da população geral).

Tabela 5.23

Instrumentos de Avaliação Psicológica Aplicados no Âmbito do Presente Estudo

Instrumentos		Fontes	Contextos	Dimensões Avaliadas
Instrumentos de Avaliação Adaptados no Presente Estudo	Outros Instrumentos de Avaliação Aplicados			
● CBCL-PTSD (Wolfe, Gentile, & Wolfe, 1989)		Cuidadores Educadores de Infância	Casa ou CAT Jardim-de-infância	Sintomatologia de PTSD
● TSDN (Gerstadt, Hong, & Diamond, 1994)		Examinador	–	Controlo Inibitório
	● WPPSI-R (Escala Completa) (versão adaptada e validada por Seabra-Santos et al., 2003)	Examinador	–	Desempenho Intelectual (QI Verbal, de Realização e Escala Completa)
	● Teste de Barragem da NEPSY (Korkman, Kirk, & Kemp, 1998)	Examinador	–	Atenção Seletiva
	● Teste de Memória de Faces da BANC (Simões et al., in press, 2013)	Examinador	–	Memória Visual
	● ECIP-2 (adaptadas e validadas por Major, 2011)	Cuidadores Educadores de Infância	Casa ou CAT Jardim-de-infância	Aptidões Sociais e Problemas de Comportamento

Passamos seguidamente à descrição de cada um dos instrumentos apresentados na Tabela 5.23, referindo a sua composição, dimensões avaliadas e população-alvo, uma

breve fundamentação teórica e estudos realizados com os mesmos, o modo de interpretação dos resultados e uma avaliação crítica.

Como referimos no ponto 1 do capítulo 5 da presente dissertação, para além do objetivo de analisar o impacto do maltrato intrafamiliar no desenvolvimento cognitivo e socioemocional de crianças em idade pré-escolar, estabeleceu-se igualmente como objetivo, no âmbito da presente investigação, a adaptação de dois instrumentos de avaliação psicológica à população portuguesa pré-escolar, um na área da avaliação de sintomatologia de PTSD, a *Escala de PTSD do Inventário de Comportamento da Criança* (CBCL-PTSD), e outro no campo da avaliação neuropsicológica, o *Teste Stroop Dia-Noite* (TSDN). Por conseguinte, iremos abordar estes instrumentos de uma forma mais detalhada no ponto 1 do capítulo 6 (*“Adaptação de Instrumentos de Avaliação Psicológica”*), incluindo estudos de evidência de precisão e de validade. Assim, apresentamos neste ponto somente uma descrição quanto à sua composição e dimensões avaliadas, população-alvo, interpretação dos resultados e avaliação crítica.

- i) Escala de Perturbação de Stress Pós-Traumático do Inventário do Comportamento da Criança (Modificada)

A *Escala de Perturbação de Stress Pós-traumático do CBCL (Modificada)* (PTSD-CBCL [Modificada]) é uma adaptação para a população portuguesa da *Child Behavior Checklist PTSD Scale* (CBCL-PTSD), criada em 1989 por Wolfe, Gentile e Wolfe, com base no *Inventário de Comportamento da Criança (Child Behavior Checklist ou CBCL)*. Dos 118 itens do CBCL, foram selecionados 20 que constituem a CBCL-PTSD.

Esta escala, modificada no âmbito do presente estudo, é composta por 25 itens e tem como objetivo identificar a presença de sintomatologia de PTSD (ver Anexo N), sem o intuito de estabelecer o diagnóstico de trauma. Deste modo, os 25 itens da escala baseiam-se na tríade de sintomatologia de PTSD (reexperiência, evitamento e *hiperarousal*) manifestada por crianças vítimas de situações traumáticas com idade inferior a seis anos (referenciada no ponto 2 do capítulo 4 da presente dissertação). Os últimos 5 itens foram acrescentados por nós, tendo por base a bibliografia na área da PTSD em crianças em idade pré-escolar.

Este inventário é preenchido pelos prestadores de cuidados à criança

(progenitores e/ou educadores), segundo uma escala de *Likert* de 3 pontos (0 = *Não verdadeira*, 1 = *Às vezes verdadeira* e 2 = *Muitas vezes verdadeira*), tendo em conta o comportamento da criança nos últimos dois meses.

Dada a ausência de resultados padronizados para o contexto português, a interpretação dos resultados da escala PTSD-CBCL (Modificada) será feita com base na comparação dos resultados brutos obtidos pelos dois grupos (grupo de estudo e grupo de controlo), através do somatório da classificação atribuída aos 25 itens.

Consideramos que a versão modificada da CBCL-PTSD pode apresentar um conjunto de vantagens, nomeadamente o de ser adaptada para a população pré-escolar, tendo por base estudos realizados com crianças vítimas de acontecimentos traumáticos e o facto de os mesmos itens permitirem recolher a perspetiva de progenitores e educadores, facilitando comparações de resultados entre diferentes contextos. Embora os relatos dos progenitores numa entrevista possam providenciar informação útil, os que experienciaram trauma ou que sejam eles próprios os perpetradores das situações traumáticas podem ter dificuldade em fornecer relatos verbais precisos e claros acerca dos comportamentos das crianças. Daí que seja potencialmente útil uma escala cujo objetivo é especificamente a identificação de crianças traumatizadas partindo de uma lista de comportamentos estandardizada e previamente disponível, de uma maneira eficiente, rápida e válida.

ii) Teste Stroop Dia-Noite

O *Teste Stroop Dia-Noite* (TSDN) é uma adaptação para a população portuguesa do *Stroop-like Day-Night Test*, criado em 1994 por Gerstadt, Hong e Diamond. O TSDN tem como objetivo avaliar o controlo inibitório em crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e 5 meses e os 7 anos.

O TSDN é composto por dois cartões, com as dimensões de 22cm x 15cm, um com a imagem do sol brilhante num fundo branco (designado “cartão dia” – d) e outro com a imagem da lua e de estrelas num fundo preto (designado “cartão noite” – n) (ver Figura 5.1), e por 16 itens correspondentes a uma sequência em vídeo com dezasseis imagens, definida aleatoriamente pelos autores da versão original do teste (n,d,d,n,d,n,d,d,n,d,n,n,d,n,d). A sequência inclui oito vezes a imagem do sol (igual à do cartão dia) e oito vezes a imagem da lua (igual à do cartão noite). Aquando a sua

exibição, através de um computador portátil, as imagens têm uma dimensão semelhante às dos dois cartões²³.

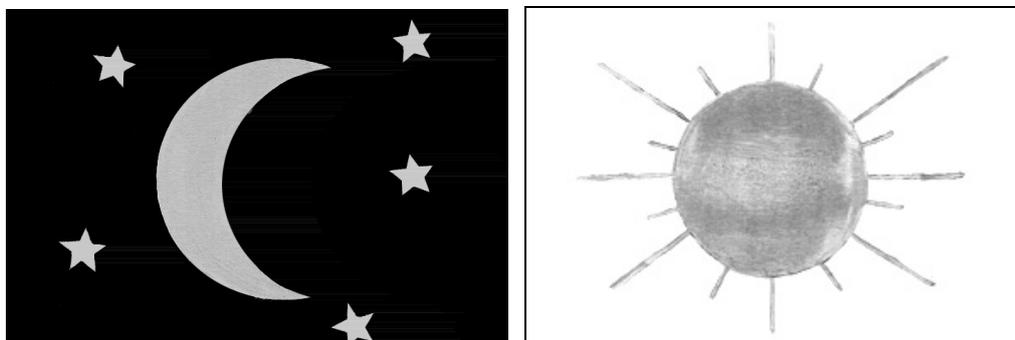


Figura 5.1 Imagens dos Cartões Utilizados no *Teste Stroop Dia-Noite* (TSDN)

A administração do TSDN é individual e tem uma duração aproximada de 8 minutos. A aplicação do teste processa-se através de um computador portátil com um *software* de edição não-linear de áudio, designado por *Soundtrack Pro*. Este *software* apresenta a sequência em vídeo de 16 imagens. Perante a exposição de cada imagem, o *software* grava simultaneamente as respostas dadas pela criança numa pista de som.

A aplicação do teste deve ser feita numa sala agradável, sem elementos distratores e, principalmente, sem ruído. A ordem de apresentação dos itens, como já referimos, encontra-se previamente definida. O tempo de exposição de cada imagem é de 4” e a passagem de uma imagem para outra demora 2”, perfazendo um total de tempo de aplicação de 98”²⁴.

Antes da apresentação das 16 imagens através do portátil é feito um ensaio com os dois cartões, no sentido de explicar à criança o objetivo da tarefa. Assim, apresenta-se à criança o cartão noite e diz-se: “*Quando tu vires esta imagem aqui* (apontando para o monitor do computador), *eu quero que tu digas ‘dia’*” e pede-se para repetir a palavra

²³ A falta de sensibilidade na medida do tempo de latência deste teste, feita pelos autores do teste com recurso a uma câmara de filmar, suscitou a posteriori algumas críticas. Por forma a tornar a medida do tempo de latência mais precisa, Simpson e Riggs (2005) desenvolveram uma versão melhorada do TSDN, na qual a sua aplicação se processa através de um software que apresenta as imagens e grava em simultâneo as respostas das crianças em diferentes pistas de som, em vez da apresentação manual das 16 imagens em cartões preconizada na versão original do teste. Esta versão informatizada é a utilizada no nosso estudo, embora mantivéssemos as instruções de aplicação da versão original, uma vez que, ao contrário de Simpson e Riggs (2005), não damos qualquer feedback à criança ao longo da aplicação do teste.

²⁴ Estes tempos correspondem a uma modificação dos tempos propostos por Simpson e Riggs (2005), uma vez que no período de aplicação experimental para validação facial do TSDN verificámos que o tempo de exposição de 8 segundos e de transição de 4 segundos que aqueles investigadores utilizaram no seu estudo era demasiado extenso, contribuindo para a distratibilidade da criança.

“*dia*”. A seguir, retira-se o cartão e mostra-se o cartão *dia*, dizendo o seguinte: “*Quando tu vires esta imagem aqui (apontando para o monitor do portátil), eu quero que tu digas ‘noite’*”, pedindo à criança para repetir a palavra “*noite*”. Em seguida é mostrado novamente à criança o cartão *dia* e o cartão *noite*. Nesta altura nenhuma instrução é dada. Se a criança hesitar, deve ser estimulada dizendo-se: “*O que é que tu dizes para esta imagem?*”. Nunca devem ser pronunciadas as palavras *noite* ou *dia* como uma sugestão.

Se a criança responder corretamente, é elogiada e prossegue-se com a apresentação das 16 imagens através do portátil, não dando qualquer feedback à criança. Se esta responder incorretamente ou não responder nada em ambos os itens de ensaio, deve-se imediatamente recordar-lhe ambas as regras, começando com o cartão que ela identificou incorretamente. Se ela responder corretamente deve ser felicitada e procede-se ao ensaio com o outro cartão. Se responder corretamente também neste cartão, passa-se à aplicação do teste.

É necessário que a criança responda corretamente a cada regra pelo menos uma vez, ou seja, é necessário ter algumas evidências de que a criança compreende o que lhe está a ser pedido, para que a sessão possa ser considerada válida. Estes itens de ensaio repetem-se somente três vezes. Caso a criança continue a dar respostas erradas, então não se continua com a aplicação do teste.

Para efeitos de cotação do teste, seleciona-se a pista de som do sujeito, coloca-se a pista de áudio e vídeo a reproduzir em simultâneo (sincronizados através de um dispositivo designado por *timecode* a *30 frames no-drop*) e contabilizam-se o número de acertos, de erros e de omissões. Para se analisar o tempo de latência, seleciona-se novamente a pista de som do sujeito, coloca-se a pista de áudio a reproduzir e utiliza-se a unidade de medida baseada no *timecode*, em milésimos de segundo para cada um dos dezasseis itens respondidos pela criança, obtendo, assim, uma medição precisa dos referidos tempos (ver Figura 5.2).

Dada a ausência de resultados padronizados disponíveis para a população pré-escolar portuguesa, a interpretação dos resultados do TSDN será feita com base no número total de acertos, de omissões e de erros de comissão.



Figura 5.2 Imagem do Software Profissional de Edição Não-Linear de Audio (Soundtrack Pro) do *Teste Stroop Dia-Noite* (TSDN)

Dos estudos realizados até ao momento, o TSDN tem evidenciado algumas vantagens: apresenta valores de fidelidade e validade adequados, o facto de ser aplicado através de um portátil torna-se estimulante para as crianças em idade pré-escolar, possui itens exemplificativos para treino, o tempo de aplicação é curto e as instruções são simples, não contendo conceitos básicos que possam dificultar a compreensão das mesmas. Relativamente às suas limitações, o TSDN não aceita correções espontâneas, a sua cotação exige algum tempo e não discrimina adequadamente crianças a partir dos 6 anos de idade (nível teto).

iii) Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária – Forma Revista

A Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária – Forma Revista (*Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised*, ou WPPSI-R) foi publicada nos Estados Unidos da América, em 1989, e adaptada e aferida para a população portuguesa por Seabra-Santos e colaboradores em 2003. Trata-se de um instrumento clínico, de aplicação individual, que avalia o desempenho intelectual de crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e os 6 anos e 6 meses.

Esta escala é composta por 12 subtestes, dos quais 2 são opcionais. Destes, 6 são de realização, ou seja, abarcam tarefas essencialmente percetivo-motoras e exigem uma resposta não-verbal, e os outros 6 são verbais, envolvendo tarefas que requerem uma resposta verbal. Assim, a escala divide-se em duas subescalas: a subescala de Realização, constituída pelos subtestes de Composição de Objetos, Figuras

Geométricas, Quadrados, Labirintos, Completamento de Gravuras e Tabuleiro dos Animais; e a subescala Verbal, que é composta pelos subtestes de Informação, Compreensão, Aritmética, Vocabulário, Semelhanças e Frases Memorizadas.

Tal como acontece com as Escalas de Inteligência de Wechsler aplicadas a outras faixas etárias, a seleção das tarefas e o desenvolvimento dos subtestes para medir as aptidões cognitivas basearam-se numa conceção da inteligência enquanto construto global que é multidimensional e multifacetado, em que todas as aptidões são igualmente importantes (Wechsler, 2003). Assim, a WPPSI-R avalia as competências da criança em várias tarefas, estabelecendo o seu desempenho num resultado global, o QI da Escala Completa, que funciona como uma estimativa da capacidade do indivíduo para compreender e lidar com o meio. Para além deste resultado é ainda possível obter um QI Verbal (QIV), correspondente aos subtestes verbais, e um QI de Realização, respeitante aos resultados da respetiva subescala.

No que se refere às suas propriedades psicométricas, a WPPSI-R apresenta uma elevada precisão, nomeadamente ao nível dos QIs. Assim, os valores médios de consistência interna estimados para os QIs de Realização, Verbal e da Escala Completa são .93, .94 e .97, respetivamente. O acordo interavaliadores é elevado, tendo sido encontrados para a amostra de aferição coeficientes de .99 para os subtestes Compreensão, Semelhanças, Frases Memorizadas e Labirintos, .98 para o subteste Vocabulário e .97 para o subteste Figuras Geométricas. Os coeficientes de estabilidade teste-reteste calculados para os QIs de Realização, Verbal e da Escala Completa apresentam também valores bastantes elevados, sendo, respetivamente, iguais a .89, .91 e .93. Estes resultados relativos à precisão da WPPSI-R portuguesa são comparáveis aos das suas homólogas americana e francesa (Wechsler, 2003). No nosso estudo realizou-se o cálculo dos coeficientes de consistência interna para os três grupos analisados (grupo de estudo, grupo da população geral e grupo de controlo). Os valores dos coeficientes *alfa de Cronbach* obtidos para o grupo de estudo ($n = 107$) são de .87 para o QI Verbal, de .77 para o QI de Realização e de .87 para o QI da Escala Completa. No que concerne ao grupo da população geral ($n = 107$) os valores dos coeficientes *alfa de Cronbach* obtidos são de .78 para o QI Verbal, de .73 para o QI de Realização e de .80 para o QI da Escala Completa. Relativamente ao grupo de controlo ($n = 64$) obtivemos valores de .79 para o QI Verbal, de .76 para o QI de Realização e de .82 para o QI da Escala Completa. Estes valores são considerados como “adequados” (.70 a .80) ou

“muito bons” (.80 a .90) segundo a classificação de Kline (1998) e de Devellis (como citado por Almeida & Freire, 2003).

O tempo de aplicação da WPPSI-R é de cerca de 1h20m, sendo, no entanto, variável consoante as características comportamentais da criança e o seu nível de aptidão (Seabra-Santos et al., 2003). A aplicação da escala realiza-se intercalando subtestes de realização e subtestes verbais, por forma a tornar a aplicação mais atrativa e a manter a atenção da criança por um período de tempo mais extenso.

Os três QIs (Realização, Verbal e da Escala Completa) são resultados padronizados com média 100 e desvio-padrão 15. As pontuações obtidas em cada um dos subtestes são também convertidas em resultados padronizados, com média 10 e desvio-padrão 3 (Seabra-Santos et al., 2003). Deste modo, a WPPSI-R proporciona medidas estandardizadas de um conjunto de aptidões, que refletem os diferentes aspetos da inteligência.

A WPPSI-R apresenta várias vantagens, nomeadamente: é constituída por materiais variados, coloridos e atraentes; tem itens exemplificativos; questionamento e segundas oportunidades; o manual contém instruções claras e é de fácil leitura; e a aplicação da escala começa com o subteste Composição de Objetos, o que entusiasma a criança para a concretização da tarefa, uma vez que esta se assemelha a atividades lúdicas que ela está habituada a realizar no seu dia-a-dia. No entanto, o tempo de aplicação da escala é demasiado longo e algumas instruções são demasiado pormenorizadas e complexas, possuindo conceitos básicos, que por vezes podem não ser compreendidos pelas crianças mais novas.

iv) Teste de Barragem da NEPSY

O *Teste de Barragem* da Bateria de Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicológico NEPSY (*Developmental Neuropsychological Assessment*) é um dos 27 subtestes que compõem esta bateria publicada em 1998, nos Estados Unidos da América, desenvolvida por Korkman, Kirk e Kemp. Este instrumento não está aferido para a população portuguesa.

A NEPSY tem como objetivo avaliar cinco domínios funcionais, nomeadamente, Linguagem, Sensoriomotor, Visoespacial, Memória/Aprendizagem e Atenção/Funções Executivas. Cada um destes domínios congrega vários subtestes, e as

respostas a estes podem ser examinadas por estratégias quer quantitativas, quer qualitativas.

A NEPSY baseia-se nos métodos clínicos de Luria²⁵, permitindo avaliar tanto funções básicas como complexas, dentro de cada domínio. Esta bateria foi, igualmente, desenvolvida para avaliar perturbações neurodesenvolvimentais (e.g., dificuldades de aprendizagem) e perturbações adquiridas (e.g., traumatismos cranianos), na área da neuropsicologia infantil (Kemp, Kirk, & Korkman, 2001).

O *Teste de Barragem* insere-se no domínio da Atenção/Funções Executivas e é composto por duas tarefas de cancelamento específicas para cada faixa etária: a tarefa “*Coelhos e Gatos*”, para crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 4 anos; e a tarefa “*Gatos e Faces*”, para crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos e 11 meses. Esta medida tem como principal objetivo avaliar a atenção seletiva, pois envolve tarefas que exigem à criança selecionar e marcar o estímulo-alvo. Os dois tipos de tarefa foram usados no contexto do presente estudo, em função da idade da criança.

Este teste é administrado individualmente e cada tarefa de cancelamento tem como tempo limite 180 segundos. Em cada uma destas tarefas é pedido à criança que assinale com um risco o estímulo-alvo, que se encontra representado entre um conjunto de vários outros estímulos distratores, aleatoriamente dispostos.

Neste teste podemos obter o cálculo de cada uma das seguintes medidas: i) o total de acertos (estímulos-alvo sinalizados corretamente); ii) o total de erros de omissão (lacunas, ou seja, estímulos-alvo que não foram sinalizados – é uma medida de desatenção); iii) o total de erros de comissão (quando o sujeito sinalizou estímulos que não eram o estímulo-alvo, denominados de distratores – remete para a inibição de respostas e para a impulsividade); e iv) o tempo total (refere-se à velocidade de realização da prova).

A exatidão do *Teste de Barragem* é determinada pela subtração entre o número de acertos e o número de erros de comissão. O resultado total do teste é calculado tendo por base o tempo de realização e o resultado de exatidão. Assim, o resultado obtido neste teste é baseado, quer na velocidade, quer na exatidão. As normas americanas consistem em resultados padronizados com média igual a 10 e desvio-padrão igual a 3.

²⁵ Luria, neuropsicólogo russo (1902-1977), perspetivava o cérebro como um “mosaico funcional”, desenvolvendo conceitos como “sistema funcional” e “plasticidade cerebral”. Segundo este autor, as funções cerebrais são organizadas a partir da ação de diversos elementos que atuam de forma articulada e que podem estar localizados em diferentes áreas do cérebro, isto é, não se encontram necessariamente junto de pontos específicos do cérebro ou em grupos isolados de células (Kemp, Kirk, & Korkman, 2001).

No âmbito da presente dissertação, e uma vez que não existe uma aferição desta bateria para a população portuguesa, baseamo-nos apenas na comparação entre os dois grupos (grupo de estudo e grupo de controlo) quanto ao total de acertos, erros e omissões e ao resultado total do teste (calculado tendo por base o tempo de realização e o resultado de exatidão).

No que concerne às propriedades psicométricas da NEPSY, os coeficientes de fidelidade nos estudos originais foram calculados separadamente para cada idade. A fidelidade do teste Atenção Visual foi calculada usando o coeficiente de generalização devido à natureza multidimensional desta tarefa, dado que este subteste contempla os dois componentes, velocidade e exatidão. Os valores médios de fidelidade neste subtestes são iguais a .76 e a .71 para as idades de 3 a 4 anos e de 5 a 12 anos, respetivamente.

Apesar da inexistência de dados validados para a população portuguesa, o *Teste de Barragem* apresenta, nos estudos realizados com a versão americana, propriedades psicométricas adequadas, o seu material é atraente, contendo itens exemplificativos, o período de tempo de aplicação é curto e a sua cotação é simples e fácil de concretizar. Não podemos, no entanto, deixar de referir que constatámos, na aplicação do teste, que algumas crianças na faixa etária dos 3 anos tiveram dificuldades em compreender as instruções dadas, talvez devido à inclusão de conceitos básicos e à utilização de um lápis de cor vermelha para a realização da tarefa (conforme o manual), o que levou estas crianças a pintar o estímulo-alvo em vez de fazerem somente um risco em cima dele, mantendo este comportamento mesmo depois de repetidas as instruções.

v) Teste de Memória de Faces da BANC

O *Teste de Memória de Faces* insere-se na Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC), que se encontra adaptada e estandardizada para a população portuguesa (no âmbito do Projeto 35410 / PSI / 2000, SAPIENS / POCTI / Fundação para a Ciência e a Tecnologia) (Simões et al., in press, 2013).

Esta bateria é constituída por 16 testes que avaliam diversas funções neuro-cognitivas, designadamente: memória, atenção e funções executivas, linguagem, motricidade, lateralidade e orientação. Integra, ainda, questionários de avaliação de comportamentos associados às funções neuropsicológicas, nas versões pais, professores

e criança/adolescente, designados por *Questionários de Avaliação de Funções Neuropsicológicas* (FPCE/UC, 2005). Esta bateria destina-se a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 5 e os 15 anos. No entanto, apesar de a BANC se encontrar aferida somente a partir dos 5 anos de idade, no presente estudo o *Teste de Memória de Faces* foi aplicado a crianças a partir dos 3 anos e 4 meses de idade, dado que na fase experimental desta bateria este teste revelou ser capaz de identificar diferenças no desempenho de crianças nesta faixa etária (Simões et al., 2008).

O *Teste de Memória de Faces*²⁶ enquadra-se no domínio da memória e é composto por três partes: i) Ensaio de Aprendizagem, que inclui 16 itens, cada um com uma fotografia da face de uma pessoa; ii) Prova de Reconhecimento Imediato, que consiste em 16 itens, cada um com séries de três fotografias de faces de pessoas; e iii) Prova de Reconhecimento Diferido, constituída, também, por 16 itens, cada um com séries de três fotografias de faces de pessoas.

Este teste tem como objetivo avaliar as funções mnésicas visuais, particularmente a aptidão para processar, codificar e evocar faces humanas (Korkman, Kirk, & Kemp, 1998), num primeiro momento imediatamente após a sua exposição, e num segundo momento, após um intervalo de tempo fixado.

Os estudos realizados com o *Teste de Memória de Faces* demonstram que este teste é satisfatório relativamente às suas propriedades psicométricas. Por exemplo, a validade discriminante do teste foi evidenciada em alguns estudos, tais como os realizados com crianças com dificuldades de aprendizagem (Cardoso, 2007) no que se refere à Prova de Reconhecimento Diferido do teste; com crianças vítimas de traumatismo crânio-encefálico severo (Santos, 2006) com ambas as provas do teste (Reconhecimento Imediato e Diferido); e com crianças com epilepsia (Lopes, 2007) com a Prova de Reconhecimento Diferido. No âmbito da precisão do teste, os resultados obtidos no estudo da estabilidade temporal (Simões et al., in press 2013), com um intervalo temporal de aproximadamente um mês, demonstram uma adequada estabilidade temporal na Prova de Reconhecimento Imediato mas “algumas limitações” na Prova de Reconhecimento Diferido (e.g., na faixa etária dos 6 anos $r = .53$). Na nossa investigação realizou-se o cálculo dos coeficientes de consistência interna e obtivemos valores de *alfa de Cronbach* de .47 para a Prova de Reconhecimento Imediato e de .57 para a Prova de Reconhecimento Diferido no que se refere ao grupo

²⁶ O material deste teste foi cedido pela equipa de investigação coordenada pelo Prof. Doutor Mário Simões.

de estudo ($n = 105$). Relativamente ao grupo de população geral ($n = 107$) obtivemos um *alfa de Cronbach* de .73 para a Prova de Reconhecimento Imediato e de .79 para a Prova de Reconhecimento Diferido. No que concerne ao grupo de controlo ($n = 64$) obtiveram-se valores de *alfa de Cronbach* de .68 para a Prova de Reconhecimento Imediato e de .77 para a Prova de Reconhecimento Diferido. Segundo a classificação de Kline (1998) e de Devellis (como citado por Almeida & Freire, 2003) índices de consistência interna abaixo de .60 (como os valores obtidos no grupo de estudo) não são coeficientes aceitáveis, no entanto não podemos deixar de ter em consideração as especificidades do grupo de estudo.

No que se refere aos procedimentos de aplicação do *Teste de Memória de Faces*, é pedido à criança que se recorde de cada uma das 16 faces apresentadas (itens do Ensaio de Aprendizagem). Após a apresentação à criança de todos os itens de aprendizagem, durante três segundos por cada item, segue-se a fase de Reconhecimento Imediato, na qual são apresentadas séries de três faces, durante cinco segundos cada série, devendo a criança escolher em cada série a face que viu no Ensaio de Aprendizagem. Depois de finalizada a Prova de Reconhecimento Imediato, a criança é instruída para se recordar do primeiro grupo de faces apresentadas, uma vez que mais tarde lhe será pedido para que se lembre delas outra vez. Após 20 a 30 minutos é-lhe, então, solicitado que identifique, num tempo máximo de cinco segundos, as faces anteriormente apresentadas (itens de Aprendizagem) de entre séries de três faces, sendo os distratores diferentes dos usados no Reconhecimento Imediato (Prova de Reconhecimento Diferido).

O resultado deste teste é obtido através do somatório do número de acertos na Prova de Reconhecimento Imediato e na de Reconhecimento Diferido.

Dada a ausência de resultados padronizados para as crianças com idades inferiores a 5 anos, a interpretação dos resultados do teste será feita com base na comparação dos resultados brutos obtidos pelos dois grupos (grupo de estudo e grupo de controlo) em cada uma das provas.

Numa apreciação crítica acerca da aplicação do *Teste Memória de Faces* à nossa amostra, constatamos que apesar de o teste não apresentar um material colorido e atraente para crianças em idade pré-escolar, uma vez que as fotografias são a preto e branco, a maior parte das crianças aderiu bem à aplicação. No entanto, no decorrer da prova, as crianças questionavam sobre a identificação das pessoas das fotografias (e.g., “És tu quando eras velhinha?” ou “É o teu namorado?”) e teciam comentários (e.g.,

“Esta é uma bruxa” ou “É a minha avó!”). Dada a monotonia da tarefa a realizar, algumas das crianças mais novas demonstraram uma certa desmotivação ao longo da prova.

vi) Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar
- 2ª Edição

As *Escalas de Comportamento para a Idade Pré-escolar – 2ª Edição (Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition* ou PKSB-2) foram estandardizadas e originalmente publicadas por Kenneth Merrell, em 1994 e melhoradas em 2002, com a publicação da segunda edição (Allin, 2004; Merrell, 2002). Em 2011 estas escalas foram adaptadas e validadas para a população portuguesa por Major (2011)²⁷.

Estas escalas têm como objetivo avaliar as aptidões sociais e os problemas de comportamento em crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, podendo a mesma versão ser respondida por progenitores ou outros cuidadores e por educadores/professores. Segundo Allin (2004), as escalas podem ser utilizadas para avaliar dificuldades nas competências sociais e comportamentais, podendo fornecer uma base para o desenvolvimento de intervenções e, ainda, um meio de monitorização das alterações no comportamento da criança durante essas mesmas intervenções. Estes instrumentos podem, igualmente, ser usados como uma ferramenta de pesquisa para estudos das características emocionais, sociais e comportamentais de crianças em idade pré-escolar.

As *Escalas de Comportamento para a Idade Pré-escolar (ECIP-2)* são semelhantes às suas homólogas americanas, compondo-se por duas escalas, a escala de *Aptidões Sociais*, com 34 itens, e a escala de *Problemas de Comportamento*, com 46 itens.

²⁷ No início da presente dissertação estas escalas ainda não se encontravam aferidas e validadas para a população portuguesa, daí que tivéssemos realizado a sua tradução e retroversão (esta última elaborada pela Dra. Olga Proença, licenciada em Línguas e Literaturas Modernas na variante Português-Inglês) e após uma fase de aplicação experimental para a validação facial da mesma junto de três docentes de um estabelecimento de educação pré-escolar da rede pública, ajustámos alguns dos itens originais à realidade portuguesa. Com o início da aferição e validação das escalas abandonámos a nossa versão e utilizámos a versão traduzida por Major. A nossa tradução foi utilizada pela autora, juntamente com outras traduções, para o trabalho inicial de adaptação do instrumento.

A escala de *Aptidões Sociais* descreve comportamentos positivos ou adaptativos que favorecem um desenvolvimento pessoal e social positivo. Esta escala é constituída por três subescalas, nomeadamente (Major, 2011):

i) A subescala *Cooperação/Ajustamento Social*, que avalia a capacidade para seguir instruções dos adultos e para demonstrar autocontrolo, cooperação e compromisso com os seus pares;

ii) A subescala *Interação Social/Empatia*, que identifica a capacidade para obter aceitação e manter amigos;

iii) A subescala *Independência Social/Assertividade*, que avalia a independência social dentro do seu grupo de pares.

Por seu turno, a escala de *Problemas de Comportamento* inclui descritores de problemas comportamentais tipicamente observados no início da infância, estando organizada em duas subescalas (Major, 2011):

i) A subescala de Problemas Externalizantes, que avalia a passagem ao ato, o ser disruptivo, a hiperatividade e a ausência de controlo comportamental; inclui, ainda, três subescalas suplementares: *Oposição/Explosivo*, *Excesso de atividade/Desatenção*; e *Antissocial/Agressivo*;

ii) A subescala de Problemas Internalizantes, que avalia problemas de comportamento de carácter emocional; inclui duas subescalas suplementares: *Isolamento Social* e *Ansiedade/Queixas Somáticas*.

As subescalas suplementares têm como objetivo a identificação de sintomas adicionais específicos de problemas emocionais e de comportamento nas crianças.

Nos estudos de adaptação à população portuguesa as ECIP-2 demonstraram propriedades psicométricas bastante satisfatórias. Assim, no estudo da precisão, relativamente à consistência interna, a escala de Aptidões Sociais apresenta um valor do coeficiente alfa de .93 e a escala de Problemas de Comportamento um coeficiente alfa de .96. No estudo da estabilidade temporal (após 3 semanas e após 3 meses) todas as correlações obtidas são estatisticamente significativas para o nível .01, situando-se todas num nível moderado a elevado, tanto no contexto familiar como escolar (Major, 2011). Nos estudos de acordo entre informadores (contexto familiar e contexto escolar), as ECIP-2 apresentam correlações com uma magnitude fraca a moderadamente fraca, sendo mais elevadas para os problemas de comportamento externalizantes, quando comparadas com os internalizantes. Nos estudos de validade convergente e discriminante, as ECIP-2 apresentam forte associação com os resultados de alguns

instrumentos (e.g., *Questionário de Capacidades e Dificuldades*, SDQ-Por) e a não associação com alguns outros (e.g., WPPSI-R) disponíveis para a população portuguesa. Os estudos levados a cabo com grupos clínicos/especiais revelaram que as ECIP-2 possuem um elevado poder discriminativo no que respeita aos grupos estudados (e.g., suspeita de problemas de comportamento e perturbação do espectro do autismo) (Major, 2011). No nosso estudo realizou-se o cálculo dos coeficientes de consistência interna para os protocolos das ECIP-2 recolhidos em contexto jardim-de-infância e em contexto cuidadores para os três grupos analisados (grupo de estudo, grupo da população geral e grupo de controlo). Os valores dos coeficientes *alfa de Cronbach* das ECIP-2 do grupo de estudo no que concerne às escalas de *Aptidões Sociais* ($n = 75$) e de *Problemas de Comportamento* ($n = 71$) para os protocolos do contexto jardim-de-infância são de .94 e de .97, respetivamente. Igualmente para os protocolos do contexto cuidadores são de .94 para a escala de *Aptidões Sociais* ($n = 74$) e de .97 para a escala de *Problemas de Comportamento* ($n = 67$). Os valores obtidos para o grupo da população geral no contexto jardim-de-infância são de .92 para a escala de *Aptidões Sociais* ($n = 103$) e de .97 para a escala *Problemas de Comportamento* ($n = 94$), e no contexto cuidadores os valores obtidos são de .90 para a escala de *Aptidões Sociais* ($n = 90$) e de .96 para a escala *Problemas de Comportamento* ($n = 81$). Por último, no grupo de controlo, no contexto jardim-de-infância, os valores dos coeficientes *alfa de Cronbach* são de .89 para a escala de *Aptidões Sociais* ($n = 61$) e de .97 para a escala de *Problemas de Comportamento* ($n = 53$), e no contexto cuidadores os valores dos coeficientes *alfa de Cronbach* são de .89 para a escala de *Aptidões Sociais* ($N = 48$) e de .95 para a escala de *Problemas de Comportamento* ($n = 43$). Estes valores, considerados como “muito bons” a “excelentes” segundo a classificação de Kline (1998) e de Devellis (como citado por Almeida & Freire, 2003), convergem com os obtidos pela autora da escala (Major, 2011).

No contexto dos procedimentos de aplicação e correção das ECIP-2, os respetivos itens são cotados numa escala de quatro pontos (0 = *nunca*, 1 = *raramente*, 2 = *algumas vezes* e 3 = *muitas vezes*), podendo ser respondidos num curto período de tempo, entre 8 a 12 minutos. O cálculo dos resultados das ECIP-2 passa por vários passos, nomeadamente: i) somar as cotações dos itens que compõem as subescalas de *Aptidões Sociais* e *Problemas de Comportamento*; ii) converter os resultados brutos das subescalas em resultados padronizados, percentis e níveis de risco; iii) proceder ao

cálculo dos resultados compósitos de aptidões sociais e problemas de comportamento (somatório dos resultados padronizados das respectivas subescalas) e convertê-los em resultados compósitos padronizados; e iv) converter os resultados compósitos em percentis e níveis de risco (Major, 2011).

No que se refere à interpretação dos resultados²⁸, tanto os que são relativos às escalas como às subescalas são convertidos em resultados padronizados ($M = 100$, $DP = 15$), assim como em percentis e níveis de risco, quer para o contexto familiar quer para o contexto escolar (Major, 2011).

As ECIP-2 apresentam um conjunto de vantagens, nomeadamente: o facto de os mesmos itens permitirem recolher a perspectiva de progenitores e educadores/professores, facilitando comparações de resultados entre contextos; serem especificamente desenvolvidas para a idade pré-escolar; incluírem uma escala particularmente destinada a avaliar as aptidões sociais das crianças, em vez de salientar unicamente os problemas de comportamento; e permitirem a identificação de níveis de risco, que é especialmente relevante para direccionar a continuação da avaliação e delinear estratégias de intervenção a implementar de acordo com as áreas de maior preocupação (Major, 2011; Major, Seabra-Santos, & Merrell, 2011).

A recolha de dados, quer para o grupo de estudo, quer para o grupo da população geral, a partir dos instrumentos descritos, exigiu um conjunto de procedimentos concretizados numa sequência de etapas que será referida de seguida.

5.3.3 Procedimentos da Recolha dos Dados

Dada a natureza do atual estudo empírico, a recolha dos dados exigiu uma sequência de várias fases que se repetiram por dois momentos, um para a recolha no grupo de estudo (crianças de idade pré-escolar vítimas de maltrato intrafamiliar) e outro para a recolha no grupo da população geral (crianças de idade pré-escolar não vítimas de maltrato).

²⁸ Uma vez que a aferição portuguesa deste instrumento se encontra em fase de publicação, as respetivas normas foram cedidas pela autora.

Assim, a sequência das etapas consistiu em:

- i) pedidos de autorização às várias entidades competentes;
- ii) encontros com os responsáveis das respetivas instituições para apresentar pessoalmente o estudo, selecionar as crianças a incluir no mesmo, agendar as sessões para aplicação da bateria de testes e estabelecer um primeiro contacto com as crianças que foram selecionadas;
- iii) aplicação da bateria de testes às crianças selecionadas; e
- iv) recolha dos questionários e de outras informações sociodemográficas necessárias para a caracterização das crianças avaliadas.

Numa **primeira etapa** foram requeridas várias autorizações imprescindíveis à concretização deste estudo, nomeadamente:

- ✓ Foi elaborado um pedido de autorização para a recolha de dados junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (ver Anexo A);
- ✓ Foi solicitada autorização para a realização do estudo aos autores da versão original do *Teste Stroop Dia-Noite* (Gerstadt, Hong e Diamond) e da sua versão melhorada (Simpson e Riggs) (ver Anexo B), assim como, aos autores da CBCL-PTSD (Wolfe, Gentile e Wolfe) (ver Anexo C);
- ✓ Para a recolha do grupo de estudo contactou-se a coordenação das Equipas de Emergência do Ministério da Segurança Social e do Trabalho, que deu acesso a uma listagem descritiva sobre todos os Centros de Acolhimento Temporário (CATs) existentes no país. Desta listagem selecionaram-se somente os CATs que acolhiam crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos e, após contacto telefónico com a direção dos mesmos, de forma a auscultar-se a sua receptividade relativa à permissão e colaboração no estudo, enviou-se pedido de autorização por escrito (via e-mail) (ver Anexo D). Solicitou-se, junto do Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, um pedido de autorização para a recolha do grupo de estudo nos CAOTs (Centros de Acolhimento e Observação Temporário) e Lares desta instituição (ver Anexo E). Das 36 entidades contactadas, 7 declinaram o pedido por vários motivos (e.g., por se encontrarem envolvidas noutros projetos ou por indisponibilidade do pessoal técnico) (ver Anexo F). Estes pedidos de autorização e de colaboração dirigidos às direções destas instituições incluíam um consentimento informado a ser assinado pelos

próprios diretores das mesmas, uma vez que eram legalmente os encarregados de educação das crianças selecionadas.

- ✓ Para o grupo da população geral foram selecionados para participar neste estudo Agrupamentos de Escolas – Pré-Escolar da rede pública e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) com a valência de jardim-de-infância, pelo critério de proximidade física (distrito) em relação às instituições onde foram recolhidos os dados relativos ao grupo de estudo. Após autorização da Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular dirigida ao Gabinete de Estatística e Planeamento de Educação do Ministério da Educação (ver Anexo G), estabeleceu-se contacto telefónico com os Presidentes dos Conselhos Executivos dos Agrupamentos de Escolas – Pré-Escolar e com os diretores das IPSSs no sentido de averiguar a sua disponibilidade para colaborar e solicitar permissão para a recolha de dados. Posteriormente enviou-se aos mesmos o pedido de autorização por escrito (via e-mail) (ver Anexos H e I), juntamente com um exemplar do pedido de colaboração e consentimento informado a ser entregue aos encarregados de educação das crianças que fossem selecionadas para o estudo (ver Anexo K). Das 16 entidades contactadas, 13 deram o seu parecer positivo (ver Anexo J).

A **segunda etapa** da recolha de dados consistiu na realização de uma reunião entre a investigadora e a psicóloga e/ou a técnica de serviço social de cada CAT, CAOT ou Lar (no caso das instituições que colaboraram na recolha do **grupo de estudo**). Esta reunião teve como objetivos:

- i. Explicar mais detalhadamente o projeto;
- ii. Selecionar as crianças que preenchiam os critérios predefinidos para a inclusão na amostra e agendar as respetivas avaliações²⁹;
- iii. Solicitar o preenchimento do Questionário de Variáveis Sociodemográficas (ver Anexo L) relativas a cada criança selecionada³⁰,

²⁹ Como as crianças mais novas fazem a sesta após o almoço, particularmente as crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 4 anos, as sessões destas foram preferencialmente realizadas durante o período da manhã, que coincide com o período no qual as crianças estão mais alerta e motivadas (Bracken, 2004b).

³⁰ Este questionário foi preenchido, na sua maioria, pelos diretores ou psicólogos e assistentes sociais das respetivas instituições. No entanto, algumas das informações consideradas importantes para este estudo, como características familiares da criança (e.g., nível de escolaridade e profissão dos progenitores) e alguns pormenores que ditaram a medida de acolhimento (e.g., data de início do maltrato e sua

assim como, o preenchimento das *Escalas de Comportamento para a Idade Pré-escolar – 2ª Edição (ECIP-2)* e da *Escala de Perturbação de Stress Pós-Traumático do Inventário do Comportamento da Criança (Modificada)*, (PTSD-CBCL Modificada) pelo cuidador mais próximo da criança (monitor) no CAT, CAOT ou Lar³¹ e pelo educador de infância da(s) criança(s) selecionada(s) que se encontrava(m) a frequentar jardim(s)-de-infância no exterior;

- iv. Realizar uma visita ao respetivo CAT, CAOT ou Lar, no sentido de estabelecer um primeiro contacto com a(s) criança(s) selecionada(s).

O cuidador (ou monitor) da criança acolhida institucionalmente colaborava no preenchimento dos instrumentos acima mencionados (ECIP-2 e PTSD-CBCL Modificada), e também na entrega e recolha dos mesmos junto dos educadores de infância dos estabelecimentos pré-escolares ou jardins-de-infância que a(s) criança(s) selecionada(s) frequentava(m) no exterior.

Todos os questionários e escalas eram entregues num envelope aberto. Uma vez preenchidos os questionários pelos respetivos informadores, o envelope era fechado por forma a assegurar a confidencialidade das respostas facultadas pelos mesmos.

Para a recolha dos dados relativos ao grupo da **população geral** decorreu um encontro entre a investigadora e a coordenadora pedagógica e as educadoras de infância das respetivas salas de atividades das instituições pré-escolares e jardins-de-infância que deram parecer positivo, o qual teve como objetivos:

- i. Explicar o projeto de uma forma mais detalhada;
- ii. Selecionar, em parceria com as educadoras de infância, as crianças a participarem no estudo, tendo em consideração as características sociodemográficas do grupo de estudo pelo método de pares idênticos (estatuto socioeconómico, idade, género, etnia e localização geográfica) e o facto de não apresentarem suspeitas de situações de maltrato ou de

frequência), eram desconhecidas dos próprios profissionais e também não se encontravam nos registos da criança.

³¹ Na maioria dos casos, os cuidadores mais próximos ou “monitores” dos CATs, CAOTs ou Lares que colaboraram no estudo eram profissionais com licenciatura em Educação de Infância.

- outras situações traumáticas, como por exemplo, acidentes de automóvel ou perda de familiares próximos.
- iii. Deixar junto das educadoras de infância de cada uma das crianças anteriormente selecionadas um envelope para que estas entregassem posteriormente aos respetivos encarregados de educação. Cada envelope continha uma carta, na qual era apresentado o estudo e sua pertinência, dada informação acerca da investigadora, respetivo contacto no caso de necessidade de esclarecimento de dúvidas e onde se garantia o anonimato e a confidencialidade dos resultados. Esta carta integrava, ainda, um consentimento informado destacável a ser assinado pelos encarregados de educação e entregue aos educadores de infância, caso autorizassem a participação do seu educando no estudo (ver Anexo K). Para além desta carta, cada envelope continha um questionário de dados sociodemográficos (ver Anexo M) e um exemplar das ECIP-2 e da PTSD-CBCL (Modificada) a serem preenchidos pelos encarregados de educação. Tal como no grupo de estudo, era solicitado aos progenitores que, depois de preenchidos os questionários, os colocassem novamente dentro do envelope e o fechassem, por forma a assegurar a confidencialidade das respostas, e entregassem à educadora de infância da criança;
 - iv. Solicitar o preenchimento das ECIP-2 e da PTSD-CBCL (Modificada) pelas respetivas educadoras de infância da(s) criança(s) selecionada(s) e autorizada(s) pelos encarregados de educação a participar no estudo;
 - v. Realizar uma visita às respetivas salas do pré-escolar ou jardins-de-infância, no sentido de estabelecer um primeiro contacto com a(s) criança(s) selecionada(s).

O agendamento das sessões para aplicação do protocolo ao grupo da população geral foi feito telefonicamente junto de cada educadora de infância, após o consentimento dos encarregados de educação. Caso algum destes encarregados de educação não consentisse a participação da criança no estudo, já haviam sido selecionadas outras crianças suplentes e deixados mais envelopes juntos das educadoras de infância para que os entregassem aos respetivos encarregados de educação.

Com o objetivo de preservar de alguma forma o anonimato das crianças, quer do

grupo de estudo, quer do grupo da população geral (e.g., no caso de extravio), foi solicitado aos diversos informadores que apenas identificassem nos questionários o primeiro nome da(s) criança(s), encontrando-se associado ao mesmo um código numérico de 1 a 214 (e.g., Rodrigo – 001, Maria – 002, Joana – 003).

A **terceira etapa** da recolha dos dados baseou-se na aplicação da bateria de testes que, por ser numerosa e atendendo à idade e às características das crianças em causa, foi aplicada individualmente em períodos de tempo relativamente curtos, quer para o grupo de estudo quer para o grupo da população geral, num local calmo e sem distratores. No grupo de estudo, as crianças foram avaliadas no próprio CAT, CAOT ou Lar, num gabinete e/ou sala isolados, exceto numa instituição, em que a investigadora se deslocou ao jardim-de-infância frequentado pelas crianças, para realizar a avaliação. As crianças do grupo da população geral foram avaliadas em salas de estudo ou em gabinetes isolados dos Agrupamentos de Escolas – Pré-escolar e das IPSSs.

Neste contexto, a aplicação da bateria de testes decorreu em três sessões de aproximadamente 50 minutos cada. Esta aplicação processou-se de acordo com uma sequência análoga para toda a amostra.

De forma a estabelecer-se uma relação com a criança a avaliar e para que esta se sentisse confortável e confiante perante a investigadora e a situação de avaliação, a primeira sessão iniciou-se pedindo à criança que fizesse um desenho à sua escolha. Posteriormente, à medida que esta se sentia mais confortável, iniciava-se a avaliação, com o *subteste de Barragem da NEPSY* que, por consistir numa tarefa não-verbal e de algum modo familiar para a criança, facilita a adesão ao processo de avaliação (Seabra-Santos, 2000). Após a administração deste teste, a sessão prosseguia com a aplicação dos seguintes subtestes da WPPSI-R: *Composição de Objetos, Informação, Figuras Geométricas e Compreensão*. Numa segunda sessão, continuava-se a aplicação da WPPSI-R, com os subtestes *Quadrados, Aritmética e Labirintos*, e concluía-se com a aplicação do *Teste Stroop Dia-Noite*. Numa terceira e última sessão era aplicada a Prova de Reconhecimento Imediato do *Teste de Memória de Faces da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC)*, prosseguindo-se com a aplicação dos restantes subtestes da WPPSI-R: *Vocabulário, Completamento de Gravuras e Semelhanças*³², e

³² A cotação dos protocolos da WPPSI-R, para além de ser realizada pela investigadora, foi efetuada também por uma avaliadora “cega” ao grupo de crianças.

terminando-se com a aplicação da Prova de Reconhecimento Diferido do *Teste de Memória de Faces* da BANC.

Para as 214 crianças avaliadas, a aplicação da bateria de testes exigiu um total de 642 sessões.

A **quarta e última etapa** consistiu na recolha dos questionários que ainda não tinham sido devolvidos pelas instituições e pelas famílias que colaboraram no estudo, bem como de algumas informações acerca dos dados sociodemográficos que tinham sido omitidas aquando do preenchimento dos respetivos questionários. Procedeu-se à verificação minuciosa dos dados recolhidos, no sentido de averiguar se todos os materiais previamente definidos constavam dos protocolos tendo, ainda, nesta fase, sido devolvidos à investigadora alguns questionários via CTT.

A recolha da amostra realizou-se entre Junho de 2009 e Dezembro de 2010, em 42 instituições localizadas em seis distritos diferentes.

Dada a especificidade do estudo empírico, alguns obstáculos surgiram no decorrer das várias etapas acima apresentadas, os quais serão descritos seguidamente.

5.3.4 Dificuldades Encontradas na Recolha dos Dados

Tendo em consideração as particularidades deste estudo empírico, nomeadamente no que concerne às características da amostra estudada, é natural termos deparado com alguns obstáculos e/ou constrangimentos na concretização do mesmo. Uma primeira dificuldade encontrada, provavelmente comum a outros projetos de investigação, deveu-se à burocracia dos pedidos de autorização a algumas entidades públicas e a morosidade no deferimento dos mesmos.

Um segundo problema enfrentado relaciona-se com a dificuldade de agendamento das sessões de aplicação da bateria de testes, quer junto das instituições que colaboraram na recolha do grupo de estudo, quer junto das que participaram na recolha do grupo da população geral, dadas as rotinas diárias das crianças em idade pré-escolar, acrescidas das rotinas diárias das crianças acolhidas.

Assim, foram sentidas dificuldades no agendamento das sessões de avaliação, nomeadamente decorrentes dos seguintes aspetos: a) a sesta a seguir à hora de almoço, que é prática comum à maior parte das crianças em idade pré-escolar, exceto aquelas que frequentam estabelecimentos pré-escolares públicos; b) as visitas dos familiares às crianças acolhidas que inviabilizava, por vezes em absoluto, a aplicação dos testes nesse mesmo dia, uma vez que estas crianças ficavam emocionalmente mais instáveis; c) as consultas de especialidade regulares ou terapias que as crianças acolhidas frequentavam; d) o horário de saída das crianças em instituições pré-escolares públicas (muito cedo); e e) as atividades extracurriculares e/ou atividades comemorativas de dias festivos e passeios ao exterior – todo este contexto exigiu, por parte da investigadora, capacidade de adaptação, de forma a rentabilizar ao máximo o tempo disponível que as crianças possuíam, sem descurar, no entanto, os princípios metodológicos de recolha da amostra, inicialmente delineados (e.g., estabelecer um primeiro contacto com as crianças selecionadas antecedente à sessão inicial da aplicação dos instrumentos, sequência análoga da aplicação da bateria para todas as crianças).

Também a falta de assiduidade de algumas crianças nos estabelecimentos pré-escolares públicos foi outro obstáculo a contornar, havendo sempre a preocupação de avisar previamente os encarregados de educação acerca dos dias das sessões de avaliação, dado que a obrigatoriedade da frequência diária das crianças nestes estabelecimentos pré-escolares não é valorizada por alguns destes pais.

Adicionalmente, a imprevisibilidade relativa ao momento da decisão dos Tribunais de Família e de Menores sobre o projeto de vida de uma determinada criança causou alguns constrangimentos na recolha dos dados, uma vez que, de um dia para o outro, crianças que se encontravam em avaliação psicológica deixavam de estar acolhidas na instituição, ficando a aplicação dos testes incompleta e, conseqüentemente, a avaliação inutilizada.

Outra dificuldade que surgiu foi o desconhecimento por parte da equipa técnica de algumas informações sobre as crianças acolhidas, dificultando a caracterização do grupo de estudo. Além disso, a informação contraditória sobre a profissão dos progenitores de algumas crianças do grupo da população geral levou a uma avaliação prévia do NSE que, em muitos casos, se veio a revelar incorreta, e que acabou por se traduzir na redução do número de casos no grupo de controlo, anteriormente referida.

Há ainda a registar os esquecimentos, os lapsos e as informações pendentes no preenchimento dos questionários e das escalas por parte dos informadores, quer do

grupo de estudo, quer do grupo da população geral, que exigiu uma atitude de elevada persistência por parte da investigadora. Neste contexto, alguns dos questionários entregues pelos monitores dos CATs, CAOTs e Lares às educadoras de infância das instituições escolares que as crianças acolhidas frequentavam no exterior não foram devolvidos, talvez devido ao facto de não ter havido um contacto pessoal entre a investigadora e estas profissionais – embora este tivesse sido proposto, não foi possível a sua concretização.

Constatou-se, também, que existe uma certa desvalorização ou falta de informação por parte de alguns profissionais de educação quanto à avaliação psicológica de crianças mais novas, considerando que esta pode ser feita em qualquer espaço físico, não importando as condições do mesmo, como se se tratasse de um conjunto de “brincadeiras partilhadas”, que pode ser interrompido a qualquer momento e por qualquer pessoa.

Por último, não podemos deixar de referir a exigência que é requerida, quer em termos pessoais quer em termos profissionais, na avaliação de crianças em idade pré-escolar, particularmente crianças vítimas de maltrato.

É com base nesta requerida exigência que seguidamente serão abordadas as especificidades que norteiam a avaliação de crianças em idade pré-escolar, refletindo acerca da experiência com a administração do protocolo de investigação na amostra que compõe este estudo.

5.3.5 Especificidades na Avaliação Psicológica de Crianças em Idade Pré-Escolar Refletidas na Recolha da Amostra

As características desenvolvimentais, a nível cognitivo e socioemocional, das crianças em idade pré-escolar, tornam-nas numa população muito peculiar. A sua natural espontaneidade e liberdade de expressão, a sua curiosidade sem limites e a sua quase ausência de normas sociais e morais aliciam os profissionais na área da Psicologia para trabalhar com este tipo de população (Lidz, 1991).

No entanto, o desenvolvimento da área da avaliação psicológica das crianças mais novas apresenta um desfasamento significativo relativamente ao da avaliação das

crianças em idade escolar e dos adolescentes, o qual somente nas últimas três décadas se tem esbatido, com o aumento da investigação e com os esforços políticos verificados em vários países (De Young et al., 2011; Nagle, 2004). Diversas razões provocaram esta decalagem, nomeadamente, a resistência relativa ao início dos cuidados de saúde mental na infância, o estigma associado à atribuição de um diagnóstico a uma criança mais nova, as limitadas medidas de avaliação psicológica disponíveis e os desafios específicos da avaliação e de diagnóstico que este grupo etário coloca (De Young et al., 2011).

Assim, as características cativantes próprias das crianças em idade pré-escolar podem, por outro lado, dificultar a concretização de uma avaliação psicológica válida e fidedigna (Nagle, 2004), exigindo por parte do examinador requisitos e cuidados específicos distintos do tradicional método utilizado na avaliação de adultos e até de crianças em idade escolar (Barona, & De Barona, 2004). Estes desafios adensam-se quando se pretende avaliar grupos especiais, como é o caso do presente estudo empírico, em que algumas destas características podem, de algum modo, revelar-se de uma forma mais exacerbada ou mais contida, designadamente:

i) a dependência em relação ao adulto; ii) a atitude despreocupada perante o examinador e a situação de avaliação; iii) o baixo limiar de atenção; iv) a fácil distração; v) os elevados níveis de atividade motora; vi) a baixa tolerância à frustração; vii) a fácil suscetibilidade à fadiga; viii) a labilidade emocional; ix) a imaturidade linguística; e x) a rápida mudança desenvolvimental (Bracken, 2004a; Bracken, 2004b; Nagle, 2004; Seabra-Santos, 2000).

As crianças mais novas apresentam, por vezes, alguma relutância em permanecer a sós com um examinador que desconhecem (Wechsler, 2003). Este facto pode interferir com o processo de avaliação. Uma forma de contornar esta questão, segundo Seabra-Santos (2000), caso a avaliação ocorra na escola, consiste na permanência do examinador, durante algum tempo, na sala de atividades da criança a avaliar, de maneira a que esta se habitue à sua presença enquanto ainda se mantém num contexto que lhe é familiar. Se, ainda assim, o examinador percebe que a criança continua de algum modo inibida ou resistente, persistindo em não ficar sozinha com ele, deverá ser particularmente tolerante, permitindo a presença na sala de avaliação do adulto (cuidador) que a acompanha, com a condição de que este se mantenha em silêncio e fora do alcance visual da criança durante todo o processo (Wechsler, 2003),

ou permitindo que a criança se mantenha de pé até que se sinta mais confiante e segura perante a situação da avaliação (Seabra-Santos, 2000).

Tendo em consideração este aspeto, no nosso estudo empírico, tanto na recolha dos dados do grupo de estudo como da população geral, permanecemos previamente durante algum tempo com a criança a avaliar num espaço comum da instituição ou na respetiva sala de atividades.

Este primeiro contacto, antes da avaliação psicológica, ocorreu durante a segunda etapa dos procedimentos da recolha dos dados, tal como já referenciámos. Das 214 crianças avaliadas, somente duas do grupo da população geral e uma do grupo de estudo demonstraram alguma relutância em permanecer a sós com a investigadora na primeira sessão de avaliação, sendo, então, permitida a presença das educadoras das respetivas crianças na sala de avaliação. No grupo de estudo houve uma criança que se recusou a entrar na sala de avaliação, mesmo acompanhada pelo seu monitor. Dado o motivo do seu acolhimento e o desenrolar do seu projeto de vida optou-se por não insistir com esta criança e cancelou-se a sua avaliação, substituindo-a por outra. Por conseguinte, em geral o procedimento adotado para abordar as crianças revelou-se eficaz.

A atitude despreocupada das crianças em idade pré-escolar face ao examinador e à situação de avaliação é outra característica que pode afetar negativamente o seu desempenho. Estas crianças tendem a não investir na resposta correta às questões, não persistir nos itens do teste nem se preocupar em agradar ao examinador (Bracken, 2004b), revelando, por vezes, pouca cooperação. Esta motivação limitada prende-se com a consciencialização restrita das crianças em idade pré-escolar acerca da importância dos resultados do teste. Por vezes elas não consideram os materiais ou as atividades dos testes muito interessantes ou cativantes. Algumas crianças tornam-se, também, menos motivadas à medida que a avaliação progride e são confrontadas com tarefas que são mais difíceis ou particularmente desafiantes, ou que não são tão divertidas como elas consideravam que fossem (Bracken, 2004b), facilmente compreendendo que o examinador está mais interessado no desempenho delas do que em diversão (Bracken, 2004a).

De forma a minorar esta atitude e a cativar a criança para o processo de avaliação, Seabra-Santos (2000) salienta que o examinador tem de ter a capacidade de fazer com que a criança fique motivada e atenta durante todo o período de tempo que dura a avaliação. Neste sentido, alguns autores recomendam que o examinador prepare

a criança para o processo da avaliação fazendo uma introdução no início, a qual deverá ser o mais sincera possível: i) descrevendo os tipos de tarefas com os quais a criança se irá deparar; ii) desafiando a criança a fazer o seu melhor em cada tarefa; iii) enfatizando a importância do esforço, da persistência e de dar respostas bem pensadas; e iv) partilhando que algumas das atividades serão difíceis e algumas delas estarão acima das suas capacidades atuais (Bracken, 2004b; Wechsler, 2003).

Apesar desta introdução e do esforço por parte do examinador em cativar as crianças, a falta de disponibilidade para colaborar ou a pouca motivação poderá, em algumas delas, permanecer e manifestar-se ao longo do processo de avaliação, revelando-se de diversas formas, como pudemos constatar no nosso estudo: “*Então isto hoje é só conversa?*” (Guilherme, 53 meses, Jardim-de-Infância IPSS); “*Tu não estás a fazer jogos comigo, só estás a escrever o meu nome!*” (Joana, 59 meses, CAT distrito de Lisboa); “*Não sei... não sei... não consigo...!*” (Ângelo, 51 meses, CAT distrito de Lisboa); “*Estou muito cansado!*” (Rodrigo, 59 meses, CAT distrito de Setúbal); “*Não quero mais!*”, simulando que está a dormir (João, 59 meses, CAT distrito de Faro).

Ao longo da aplicação do protocolo, constatou-se que as crianças do grupo de estudo e do grupo da população geral se distinguiam quanto à sua atitude face ao processo de avaliação, o que interpretámos como resultado das circunstâncias e das características inerentes aos próprios grupos. Assim, as crianças do grupo da população geral demonstraram uma maior cooperação com o examinador e até uma certa preocupação e competitividade face à situação de avaliação entre os pares. Também se observou que eram maioritariamente as crianças mais novas, na faixa etária dos 3 anos de idade em ambos os grupos, as que apresentavam de uma forma mais marcada uma atitude “desprendida” face à situação de avaliação.

Relativamente à questão de “agradar ao examinador”, o grupo de estudo demonstrou, em geral, uma enorme satisfação e até euforia com a chegada da investigadora, apreciando a sua atenção individualizada, tentando agradar-lhe com a oferta de desenhos e a demonstração de afeto e até de interesse quanto a determinados assuntos do foro pessoal, fazendo afirmações ou questionando-a com muitas perguntas como, por exemplo: “*Tens um pai?*” (Mariana, 67 meses, CAT distrito de Leiria); “*Tens um filho?*” (Daniela, 46 meses, CAT distrito de Évora); “*Tens uma cozinha?*” (Olga, 45 meses, CAT distrito de Lisboa); “*Gosto muito de ti!*” (Rodrigo, 55 meses, CAT distrito de Faro); e “*Posso ir contigo para tua casa?*” (Daniel, 71 meses, CAT distrito de Coimbra). Ao contrário, as crianças do grupo da população geral, embora se revelassem

mais colaborantes durante a aplicação das provas, não demonstravam tanta euforia como as do grupo de estudo perante a chegada da investigadora, e facilmente se desprendiam da mesma no final da sessão de avaliação, voltando à sala de atividades.

Constatou-se, ainda, que o grupo de estudo, apesar dos esforços da investigadora, mais facilmente desfojava a sua atenção dirigindo-a a outros estímulos fora do contexto da avaliação, pelo que as suas sessões de avaliação tendiam a ser mais longas, em média entre dez a quinze minutos, que as do grupo da população geral.

Este baixo limiar de atenção e fácil distratibilidade são características comuns nas crianças em idade pré-escolar, que podem afetar negativamente o processo de avaliação. Como salienta Bracken (2004b), estas crianças são muito suscetíveis a distrações visuais e auditivas. A existência de sons, a possibilidade de visibilidade para o exterior, a presença de brinquedos ou materiais de teste que não estão a ser utilizados no momento ou a simples presença de uma caneta pousada sobre a mesa podem ser um fator de distração. Daí que alguns autores (Bracken, 2004b; Seabra-Santos, 2000; Wechsler, 2003) recomendem que o espaço físico onde decorre a avaliação esteja organizado de maneira a minimizar quaisquer distrações. A própria iluminação e temperatura da sala, assim como o conforto do assento da criança, podem afetar negativamente a sua concentração, caso não sejam adequados.

Esta exigência na organização do espaço físico é particularmente importante na avaliação de crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar, dado que existem estudos, tal como anteriormente já referimos (ver capítulo 4), que referem que estas crianças apresentam uma hipervigilância face a estímulos exteriores, pelo que a presença de estímulos supérfluos no espaço de avaliação pode afetar drasticamente o seu desempenho na realização das tarefas.

O baixo limiar de atenção e a distratibilidade das crianças em idade pré-escolar podem afetar, especialmente, a realização bem-sucedida em testes de atenção, de memória e em testes cronometrados. Assim, as crianças podem falhar nos itens do teste não devido à sua inabilidade, mas sim, à sua falta de atenção. Bracken (2004a) refere que o examinador terá de garantir que as crianças estão devidamente atentas antes de apresentar as instruções de um teste ou a informação que espera que elas evoquem, uma vez que estes não poderão ser re-administrados no momento seguinte. Tal é o caso da aplicação do *Teste de Memória de Faces* da BANC e do *Teste Stroop Dia-Noite* (TSDN), utilizados no nosso estudo.

Para além da atenção limitada e da fácil distração, também a intensa atividade motora e a pouca persistência das crianças em idade pré-escolar poderão interferir negativamente na sua avaliação. Uma vez que a aplicação de uma bateria de testes requer algum tempo de inatividade física por parte da criança, esta cansa-se facilmente e pode focar a sua atenção noutra estímulo exterior à avaliação, por vezes, até, pondo-se de pé. Para minimizar estes efeitos e captar a atenção da criança por um período mais extenso, o examinador deve manter um ritmo regular, suficientemente rápido e sem interrupções desnecessárias entre os vários instrumentos (Bracken, 2004b; Seabra-Santos, 2000). Face à pouca persistência e às especificidades do grupo de estudo da nossa amostra, optou-se por dividir a aplicação da bateria de testes em três sessões de avaliação, por forma a maximizar a colaboração, quer do grupo de estudo, quer do grupo da população geral.

O sucesso das crianças em idade pré-escolar nos testes cognitivos pode, também, ser severamente comprometido devido a uma outra característica comum nestas crianças, que consiste na sua habitual impulsividade (Bracken, 2004a). É comum as crianças em idade pré-escolar darem uma resposta antes de o examinador completar a pergunta do teste ou de apresentar o item de um determinado teste (como se verificou durante a aplicação do *Teste Stroop Dia-Noite*), ou quererem iniciar a tarefa antes de as instruções serem totalmente dadas (estes comportamentos também foram observados durante a administração do *subteste Labirintos* da WPPSI-R).

O examinador necessita de estar consciente de que as crianças em idade pré-escolar são, por vezes, particularmente desatentas, distraídas e impulsivas. No entanto, o ponto crucial das observações por parte do examinador consistirá em determinar o grau em que o desempenho no teste foi adversamente afetado pelos comportamentos da criança, de modo a conseguir julgar a validade desses resultados em função da maior ou menor interferência daqueles (Bracken, 2004a).

A labilidade emocional é outra característica comum nas crianças em idade pré-escolar e que exige da parte do examinador alguma sensibilidade, uma vez que pode interferir negativamente no desempenho da criança na avaliação. Segundo Bracken (2004a), o examinador deve estar atento à forma como a criança responde diferentemente a várias situações. Este autor refere que é vulgar a criança mais nova ficar alegre pelo seu sucesso num determinado momento e sentir-se frustrada pelo seu fracasso logo no momento seguinte, acrescentando que as tarefas desconhecidas podem provocar medo e/ou ansiedade numa criança que anteriormente completou calma e

confiantemente tarefas familiares. No entanto, como salienta Seabra-Santos (2000), esta labilidade emocional pode ser, de algum modo, controlada pelo examinador através de incentivos verbais ou pela apresentação de um material diferente. Estes encorajamentos verbais deverão ser sempre endereçados ao esforço despendido e não ao êxito alcançado, a menos que tal esteja especificado nas instruções, tal como alerta Wechsler (2003). Pudemos verificar esta labilidade emocional durante a aplicação da WPPSI-R, particularmente em algumas crianças do grupo de estudo.

Uma outra característica que também poderá dificultar a avaliação das crianças em idade pré-escolar é a sua imaturidade linguística. Muitas delas apresentam um vocabulário limitado e uma linguagem pobremente articulada, o que pode tornar o discurso incompreensível para o examinador. Durante a recolha de dados da nossa amostra foi possível verificar que algumas crianças vítimas de maltrato apresentavam graves dificuldades de articulação e um discurso demasiado pobre. Em algumas destas crianças as dificuldades tornaram inviável a aplicação de alguns testes, nomeadamente, os da subescala verbal da WPPSI-R. Tendo em conta os objetivos do nosso estudo, este impedimento ditou que três crianças fossem excluídas do grupo de estudo no final da primeira sessão de avaliação, sendo substituídas por outras.

Por último, a rápida mudança desenvolvimental típica nas crianças em idade pré-escolar é outra característica que pode afetar a respetiva avaliação. Por vezes, esta mudança rápida pode dificultar a definição do conceito de normalidade, particularmente, entre as crianças mais novas. Assim, durante os anos pré-escolares o desenvolvimento físico, cognitivo e social ocorre num ritmo rápido e a variação desenvolvimental entre as crianças em idade pré-escolar é elevada (Bracken, 2004a). À medida que as crianças crescem, o seu ritmo de desenvolvimento diminui e a variação de comportamentos entre elas também decresce. Por vezes, torna-se difícil diferenciar crianças pré-escolares com deficiência moderada de crianças normais (Bracken, 2004a) o que leva a que, tal como salienta Seabra-Santos (2000), um psicólogo pouco experiente possa considerar desviantes comportamentos que na realidade são comuns, como acontece com alguns dos comportamentos externalizantes e internalizantes analisados no nosso estudo empírico.

Dado o espectro das características típicas das crianças em idade pré-escolar que podem interferir na realização de uma avaliação psicológica, o examinador terá de adotar um conjunto de atitudes e possuir algumas competências por forma a excluir ou a

minimizar possíveis interferências, principalmente com grupos específicos, como é o caso das crianças vítimas de maltrato acolhidas em instituições.

Desse modo, o examinador deverá demonstrar entusiasmo nas interações com a criança e interesse relativamente às tarefas que lhe vai apresentando, para que ela perceione a avaliação como uma situação agradável e positiva, aumentando a sua motivação e autoconfiança (Barona & De Barona, 2004; Seabra-Santos, 2000; Wechsler, 2003). O examinador deverá ser paciente e um bom gestor de comportamentos, agindo de forma construtiva e pró-ativa perante algumas situações que possam ocorrer durante o processo da avaliação (Barona & De Barona, 2004; Bracken, 2004b; Seabra-Santos, 2000), como birras ou atividade motora constante ou, ainda, frequentes idas ao WC.

Segundo Bracken (2004b), as crianças mais novas facilmente “lêem” as mensagens comportamentais do examinador e agem de acordo com as mesmas. Daí que este deva manter um equilíbrio entre ser acessível e humorístico e ao mesmo tempo formal, assumindo controlo da avaliação de uma forma firme, não se deixando manipular e respeitando os objetivos da mesma e mantendo o rigor quanto aos procedimentos estandardizados de aplicação dos testes (Bracken, 2004b; Seabra-Santos, 2000). Simultaneamente, deverá proporcionar, durante a avaliação, momentos agradáveis, contendo habilmente as frustrações sentidas pela criança relativamente aos seus possíveis insucessos ou dificuldades sentidas no desempenho das tarefas.

Embora a avaliação de crianças em idade pré-escolar vítimas de maltrato seja duplamente exigente, quer técnica quer pessoalmente, impondo elevada capacidade de adaptação, firmeza, boa gestão de comportamentos, flexibilidade e criatividade, julgamos ter cumprido adequadamente a nossa tarefa, partilhando momentos aprazíveis com todas as crianças que constituem a amostra.

No que concerne aos próprios instrumentos estandardizados utilizados pelo examinador na avaliação psicológica de crianças em idade pré-escolar, estes têm suscitado alguma controvérsia entre vários autores (ver Bagnato & Neisworth, 1994; Bracken, 1987) devido à sua utilidade limitada, particularmente para avaliar crianças com idade inferior a 4 anos (Flanagan, Mascolo, & Genshaft, 2004), dado ficarem aquém do nível desejado de adequação psicométrica.

Algumas medidas de avaliação da inteligência apresentam limitações no que diz respeito às respetivas bases³³ e ao gradiente dos itens³⁴, assim como inadequação para avaliar crianças mais novas revelando, por exemplo, tempos de aplicação demasiado longos, instruções com vocábulos e conceitos ininteligíveis para estas crianças e produção insuficiente de informação relevante para uma possível intervenção (Flanagan et al., 2004; Seabra-Santos, 2000). No entanto, Flanagan e colaboradores (2004) consideram que, apesar das limitações psicométricas acima referidas para este tipo de população, em determinadas idades os testes de avaliação da inteligência (e.g., WPPSI-R) situam-se entre os mais adequados tecnicamente, de entre todos os testes padronizados.

Igualmente, os inventários comportamentais de heterorrelato para crianças em idade pré-escolar têm sido apontados como tendo alguma falta de adequação psicométrica, traduzindo-se em resultados diferentes consoante os avaliadores, o contexto e o momento da avaliação. Todavia Keith e Campbell (2004) afirmam que esta variabilidade é comum e inevitável entre as escalas de avaliação para este tipo de população. Estes autores justificam o baixo acordo entre avaliadores argumentando que quem classifica os comportamentos das crianças através destas escalas tem “referenciais” diferentes (e.g., progenitores vs. educadores de infância), pelo que é expectável que as correlações relativas ao acordo interavaliadores sejam baixas. Podemos observar este facto em determinados estudos, nomeadamente com as *Escala de Comportamento para a Idade Pré-escolar – 2ª Edição* (PKSB-2), nos quais as correlações mais elevadas ocorrem entre as pessoas com referenciais comparativos similares (e.g., pai e mãe ou educador de infância e técnico de ação educativa) (Major, 2011). No que se refere à variabilidade em função de diferentes contextos, Keith e Campbell (2004) afirmam que é comum a criança comportar-se de forma diferente segundo o contexto em que se encontra (casa vs. sala de atividades) ou que um avaliador num determinado contexto não atribua importância a um determinado comportamento, ao contrário de um outro avaliador num contexto diferente. Relativamente à variabilidade temporal, estes autores afirmam que, dada a rápida

³³ A “base” de um teste é o resultado mais baixo que é possível obter nesse teste. Demonstra até que ponto o instrumento contém itens fáceis em número suficiente para permitir a distinção entre as crianças cujo nível de funcionamento é baixo e as crianças que se situam no nível médio ou médio-baixo (Bracken, 2004b; Flanagan et al., 2004; Seabra-Santos, 2000).

³⁴ O “gradiente” de um item refere-se à correspondência entre os resultados brutos e os resultados padronizados. Se o gradiente é adequado, pequenas oscilações no resultado bruto traduzem-se em alterações igualmente ténues no respetivo resultado padronizado, o que indica que o teste é sensível a pequenas diferenças na aptidão avaliada (Bracken, 2004b; Flanagan et al., 2004; Seabra-Santos, 2000).

mudança comportamental das crianças em idade pré-escolar, já referida anteriormente, é possível que um avaliador classifique diferentemente a mesma criança após um intervalo de tempo, mesmo que curto.

Por forma a superar as limitações psicométricas acima referidas considera-se que o uso de diversas medidas como parte de uma bateria bem planificada, com recurso a vários informadores e em diversos contextos, pode produzir informação útil e mais fiável, proporcionando uma compreensão global e integrada da criança (Bracken, 2004b; Flanagan et al., 2004; Seabra-Santos, 2000). Flanagan e colaboradores (2004) salientam, ainda, que o valor inerente dos dados produzidos por qualquer instrumento de avaliação pré-escolar está diretamente relacionado com o nível de perícia que o examinador possui no processo de interpretação do mesmo. Tendo por base o referencial acima enunciado e como descrito no ponto 5.3.2, para realização do nosso estudo empírico utilizámos uma bateria de instrumentos de avaliação psicológica composta por diversas medidas, nomeadamente, questionários para recolha de dados sociodemográficos, testes psicológicos e questionários de heterorrelato, recorrendo, também, a vários informadores e em mais do que um contexto, obtendo, desta forma, uma compreensão global de cada uma das crianças que compõe a amostra.

Seguidamente descreveremos a forma como os dados produzidos pelos instrumentos de avaliação psicológica e os dados sociodemográficos da amostra, anteriormente referidos, serão tratados estatisticamente no âmbito do presente estudo.

5.3.6 Tratamento Estatístico dos Dados

O nosso estudo empírico é descrito por uma abordagem transversal, tratando-se de um estudo *ex-post-facto* que segue um plano pré-experimental com um grupo de comparação. Neste contexto serão feitos testes de comparações entre amostras e correlacionadas variáveis, tentando averiguar se elas estão associadas e em que medida se influenciam mutuamente.

No estudo empírico recorreremos a vários procedimentos estatísticos, nomeadamente a análises estatísticas descritivas e inferenciais. Todas estas análises foram realizadas com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – Versão 20 para Mac OS X.

Para a análise da equivalência entre o grupo de estudo e grupo de controlo recorreu-se ao teste *Qui-Quadrado* (variáveis categoriais) e ao teste *t* para amostras independentes (variáveis contínuas). Na adaptação e validação dos instrumentos, no que refere aos estudos de evidência de precisão, ao nível da consistência interna utilizou-se o coeficiente *alfa de Cronbach* e o cálculo do Erro de Padrão de Medida; para o estudo do acordo interinformadores recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* e *intraclasse*, e ao teste *t* para amostras emparelhadas para analisar diferenças entre os resultados obtidos a partir de diversos informadores. No estudo da análise fatorial exploratória da PTSD-CBCL (Modificada) vários procedimentos estatísticos foram utilizados (e.g., análise de componentes principais com rotação *Varimax*). No que concerne ao estudo de evidência de validade convergente procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* analisado numa direção bicaudal. Nas análises de diferenças entre grupos (género e idade) dos valores médios dos índices obtidos nos diferentes instrumentos, recorreu-se a testes *t* para amostras independentes (para variáveis com duas categorias), a ANOVAs *one-way* (para variáveis com mais de duas categorias), seguida, quando necessário (e.g., idade), por comparações múltiplas através do teste *Bonferroni*, e ao cálculo da magnitude do efeito tipo *d*, no sentido de avaliar a “força” do mesmo (Conboy, 2003; Lindenau & Guimarães, 2012).

Na análise comparativa entre o grupo de estudo e o grupo de controlo relativamente ao desempenho cognitivo e socioemocional, referentes às hipóteses unidirecionais 1 a 5, recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes, numa direção unicaudal (*one-tailed*) e ao cálculo da magnitude do efeito tipo *d*. Foi ainda realizado o teste não-paramétrico *Qui-Quadrado* por simulação *Monte Carlo* na comparação das distribuições por categorias “níveis de risco” da escala ECIP-2 em termos percentuais, entre o grupo de estudo e o grupo de controlo.

Na análise dos resultados obtidos pelo grupo de crianças vítimas de maltrato em função de algumas variáveis específicas relacionadas com a criança e a situação abuso/negligência (e.g., tempo de acolhimento), nas hipóteses unidirecionais 6, 8 e 9 recorreu-se a testes *t* para amostras independentes, para analisar a possível influência da variável grupo (e.g., negligência vs. múltiplo maltrato) e ao cálculo da magnitude do efeito tipo *d*. Na hipótese 7, unidirecional, relativa à associação positiva entre problemas de comportamento e tempo de acolhimento, foi utilizado o teste de associação coeficiente de *Pearson* (*r*) analisado numa direção unicaudal. E, por último, na análise

de possíveis diferenças em função da variável género no desempenho intelectual e no funcionamento neuropsicológico e socioemocional, referente à hipótese 10, recorreu-se ao teste t para amostras independentes, numa direção bicaudal (*two-tailed*) e ao cálculo da magnitude do efeito tipo d .

Para a interpretação dos resultados das correlações, foram consideradas as indicações apontadas por Sattler e Hoge (2006), nomeadamente .20 a .29 (fraca), .30 a .49 (moderadamente fraca), .50 a .69 (moderada), .70 a .79 (moderadamente elevada) e .80 a .99 (elevada). Para a interpretação dos resultados relativos à magnitude do efeito utilizámos a classificação sugerida por Cohen (1988), designadamente, $d = .20$ (efeito pequeno), $d = .50$ (efeito médio) e $d = .80$ (efeito grande).

Seguidamente passamos à análise dos resultados obtidos na presente investigação.

CAPÍTULO 6

Análise dos Resultados

“A ciência investiga, não prova.”

(Bateson, 1987, p. 35)

Tendo em consideração as hipóteses formuladas no capítulo anterior, a análise dos resultados do nosso estudo empírico encontra-se descrita em três partes distintas, nomeadamente:

- i) Adaptação de instrumentos de avaliação psicológica: a *Escala de Perturbação de Stress Pós-Traumático do Inventário do Comportamento da Criança (Modificada)* e o *Teste Stroop Dia-Noite*, no que concerne aos estudos de evidência de precisão e validade;
- ii) Análise comparativa dos resultados obtidos por crianças vítimas de maltrato e crianças não vítimas relativamente ao seu desempenho intelectual, funcionamento neuropsicológico e socioemocional; e,
- iii) Análise dos resultados obtidos pelas crianças do grupo de estudo, vítimas de maltrato, nos testes referentes ao desempenho intelectual e ao funcionamento neuropsicológico e socioemocional em função de algumas variáveis específicas relacionadas com características das crianças e a vitimação de abuso/negligência.

Neste contexto, passaremos a analisar cada um destes conjuntos de resultados.

6.1 Adaptação de Instrumentos de Avaliação Psicológica

6.1.1 Escala de Perturbação de Stress Pós-Traumático do Inventário do Comportamento da Criança (Modificada)

Tal como já referimos no ponto 5.3.2 da presente dissertação, a *Escala de Perturbação de Stress Pós-traumático do CBCL (Modificada)* (PTSD-CBCL [Modificada]) é uma adaptação para a população portuguesa da *Child Behavior Checklist PTSD Scale* (CBCL-PTSD), criada em 1989 por Wolfe, Gentile e Wolfe com base nos 118 itens do *Inventário de Comportamento da Criança (Child Behavior Checklist ou CBCL)* e nos critérios de PTSD (Perturbação de Stress Pós-traumático) do DSM-III (APA, 1980/1986).

Alguns autores têm apontado limitações a esta escala, nomeadamente Dehon e Scheeringa (2006), que referem a ausência na escala CBCL-PTSD de alguns critérios importantes relativos ao diagnóstico de PTSD em crianças com idade pré-escolar. O facto de os autores da CBCL-PTSD selecionarem os itens da escala baseando-se nos critérios de diagnóstico de PTSD do DSM-III (APA, 1980/1986) levanta algumas dificuldades de diagnóstico nas crianças mais novas, uma vez que mais de metade destes critérios requerem a descrição verbal de um estado subjetivo (Cook-Cottone, 2004). E, tal como já mencionámos no enquadramento teórico da presente dissertação (ver ponto 2 do capítulo 4 “*Desenvolvimento Socioemocional*”), devido à especificidade do desenvolvimento linguístico das crianças em idade pré-escolar, a sintomatologia de PTSD apresenta-se de uma forma não-verbal, daí que as avaliações tenham de se focar mais nas manifestações comportamentais e menos em descrições verbais de estados internos.

Tendo em consideração as críticas apontadas a esta escala, devido à falta de adequação dos itens à população pré-escolar (Dehon & Scheeringa, 2006; Scheeringa et al., 2003; Stover & Berkowitz, 2005), e com base nas características desenvolvimentais deste tipo de população vítima de acontecimentos traumáticos, descritas em vários estudos (Dehon & Scheeringa, 2006; Levendosky, Huth-Bocks, Semel, & Shapiro, como

citados por Stover & Berkowitz, 2005; Mongillo et al., 2009; Scheeringa et al., 2003), e na proposta de alteração dos critérios de diagnóstico de PTSD do DSM-IV-TR (APA, 2000/2002) para crianças com idade inferior a 6 anos apresentada por Scheeringa e colaboradores (2003)³⁵, acrescentámos cinco itens aos 20 itens que compõem a escala original CBCL-PTSD (ver Anexo N), por forma a adequá-la às crianças em idade pré-escolar³⁶. A esta nova versão atribuímos a designação de PTSD-CBCL (Modificada).

No âmbito da presente dissertação iremos analisar as qualidades psicométricas da escala PTSD-CBCL (Modificada) no que se concerne a evidências de precisão e de validade, e apresentar dados relativos à estatística descritiva (médias e desvios-padrão) em função das variáveis género e idade.

i) Estudos de Precisão da PTSD-CBCL (Modificada)

O conceito de precisão dos resultados num teste refere-se ao “grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida” (Almeida & Freire, 2003, p. 158). Os métodos mais comumente descritos na literatura para avaliar a precisão são a consistência interna, o teste-reteste, as formas paralelas e o acordo entre informadores. Neste ponto serão apresentados os estudos desenvolvidos com a PTSD-CBCL (Modificada) no que se refere à análise da **consistência interna**, ou seja, o “grau de uniformidade ou de coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem a prova” (Almeida & Freire, 2003, p. 163), através do coeficiente *alfa de Cronbach*. Serão igualmente apresentados os estudos elaborados relativos ao **acordo entre informadores**, ou seja, o acordo entre dois observadores independentes (jardim-de-infância vs. cuidadores) com o intuito de estabelecer a fidelidade dos resultados (Almeida & Freire, 2003), através de coeficientes de correlação de *Pearson* e *intraclasse*³⁷.

Assim, realizou-se o cálculo dos coeficientes de consistência interna para os protocolos da PTSD-CBCL (Modificada) recolhidos em contexto jardim-de-infância e em contexto cuidadores somente para o grupo de estudo ($n = 107$) (ver Tabelas 6.1 e

³⁵ Esta proposta de alteração dos critérios, designada por *Algoritmo Alternativo de PTSD (PTSD-AA)*, encontra-se descrita no ponto 2 do capítulo 4 “*Desenvolvimento Socioemocional*” da presente dissertação.

³⁶ Os vinte itens iniciais propostos pelos autores da escala não foram por nós traduzidos, uma vez que recorremos à versão do CBCL adaptada para a população portuguesa por Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira e Cardoso em 1994.

³⁷ Este coeficiente pretende avaliar a consistência do acordo entre informadores (Field, 2009).

6.2)³⁸. O grupo da população geral (crianças não vítimas de situações traumáticas) não foi incluído neste cálculo, dado que a PTSD-CBCL (Modificada) constitui uma escala de despistagem de sintomatologia de PTSD para crianças vítimas de situações traumáticas.

Tabela 6.1

Correlações Item-Escala e Coeficiente Alfa de Cronbach: Escala PTSD-CBCL (Modificada) (Protocolos do jardim-de-infância) sem a inclusão dos itens 8 e 18³⁹ - Grupo de Estudo (n = 70)

Item	PTSD-CBCL (Modificada) Contexto Jardim-de-Infância	
	Correlação item-total corrigida	Coefficiente alfa com eliminação do item
1	.61	.88
2	.51	.88
3	.58	.88
4	.50	.88
5	.11	.89
6	.18	.88
7	.69	.87
9	.59	.88
10	.48	.88
11	.43	.88
12	.41	.88
13	.50	.88
14	.33	.88
15	.46	.88
16	.57	.88
17	.54	.88
19	.64	.88
20	.33	.88
21	.42	.88
22	.51	.88
23	.36	.88
24	.58	.88
25	.54	.88

Coeficiente *alfa de Cronbach* = .88 (Grupo de Estudo)

Número de itens = 23

³⁸ Ao longo da análise dos dados serão designados como protocolos recolhidos em “*contexto jardim-de-infância*” todos os que foram preenchidos pelos educadores de infância das instituições pré-escolares, quer das crianças vítimas de maltrato, quer das não vítimas; e como protocolos recolhidos em “*contexto cuidadores*” todos os que foram preenchidos pelos cuidadores das crianças vítimas de maltrato acolhidas nos CATs, CAOTs e Lares ou pelos pais das crianças não vítimas.

³⁹ Dado que os itens 8 (“Tem pesadelos”) e 18 (“Tem dificuldades em adormecer ou em permanecer a dormir”) não foram respondidos por uma percentagem elevada de educadores de infância, devido ao facto de a maioria das crianças não fazerem a sesta nas instituições escolares, optámos por analisar os dados excluindo estes dois itens dos protocolos referentes ao contexto de jardim-de-infância.

A análise da Tabela 6.1 referente à escala PTSD-CBCL (Modificada) preenchida em contexto jardim-de-infância aponta para uma ausência de qualquer item cuja eliminação pudesse traduzir-se numa melhoria significativa do coeficiente *alfa de Cronbach* (exceto o item 5, cuja eliminação implicaria uma ligeira melhoria), incluindo os cinco itens adicionados no âmbito deste estudo à versão original da CBCL-PTSD, nomeadamente os itens 21, 22, 23, 24 e 25. A análise das correlações item-total corrigidas indica que somente os itens 5 e 6 apresentam um valor abaixo de .20, com .11 e .18 respetivamente, oscilando todas as outras correlações entre .33 e .69. Segundo as indicações da literatura, os valores das correlações item-total corrigidas não deverão ser inferiores a .20 (Floyd & Widaman, 1995). Caso não se verifique esta condição, podemos depreender que o item avalia algo diferente daquilo que é avaliado pela escala como um todo. Dado o número reduzido de protocolos usados nesta análise ($n = 70$) devido aos valores omissos e, igualmente, ao facto de algumas crianças vítimas de maltrato não frequentarem instituições pré-escolares (no total foram omitidos desta análise 37 protocolos), consideramos precipitado afirmar que estes itens não avaliam aquilo que é suposto ser avaliado pela escala como um todo.

A análise da Tabela 6.2, relativa à escala PTSD-CBCL (Modificada) preenchida no contexto cuidadores, aponta para uma ausência de qualquer item cuja eliminação pudesse traduzir-se numa melhoria do coeficiente *alfa de Cronbach*. Também neste contexto, os cinco itens adicionados (itens 21, 22, 23, 24 e 25) registaram coeficientes de correlação moderados com a escala total, que variam entre .42 e .68. A análise das correlações item-total corrigidas indica que somente o item 14 apresenta um valor abaixo de .20, com um valor de .14, sendo que todas as outras correlações item-total corrigidas oscilam entre .23 e .68. Também no contexto cuidadores o número mais reduzido de protocolos ($n = 71$, em vez de $n = 107$) se deve aos valores omissos e ao não preenchimento pelos cuidadores das crianças vítimas de maltrato numa das instituições participantes no estudo (menos 24 protocolos), devido ao facto desta instituição incluir salas de jardim-de-infância onde as crianças passam a maior parte do tempo, incluindo fins-de-semana, com as respetivas educadoras de infância, tendo, na altura, os técnicos da instituição decidido que os protocolos seriam apenas preenchidos por estas educadoras – pelo que decidimos enquadrá-los na categoria “contexto jardim-de-infância”.

Os valores dos coeficientes *alfa de Cronbach* da PTSD-CBCL (Modificada) para os protocolos do contexto jardim-de-infância e do contexto cuidadores são de .88 e

de .89, respetivamente, considerados como muito bons segundo a classificação de Kline (1998) e de Devellis (como citado por Almeida & Freire, 2003).

Tabela 6.2

Correlações Item-Escala e Coeficiente Alfa de Cronbach: Escala PTSD-CBCL (Modificada) (Protocolos dos Cuidadores) - Grupo de Estudo (n=71)

Item	PTSD-CBCL (Modificada) Contexto Cuidadores	
	Correlação item-total corrigida	Coeficiente alfa com eliminação do item
1	.51	.89
2	.42	.89
3	.62	.88
4	.48	.89
5	.59	.89
6	.57	.89
7	.57	.89
8	.52	.89
9	.68	.88
10	.48	.89
11	.27	.89
12	.24	.89
13	.23	.89
14	.14	.89
15	.24	.89
16	.56	.89
17	.65	.88
18	.42	.89
19	.49	.89
20	.60	.89
21	.42	.89
22	.54	.89
23	.44	.89
24	.47	.89
25	.68	.88

Coeficiente *alfa de Cronbach* = .89 (Grupo de Estudo)

Número de itens = 25

O Erro Padrão de Medida (EPM) indica-nos o “grau de garantia esperada com os resultados na prova” (Almeida & Freire, 2003, p. 167), pelo que se encontra diretamente relacionado com a precisão de uma escala: quanto maior for esta, menor será o EPM e vice-versa. Na Tabela 6.3 apresentam-se os valores dos coeficientes *alfa de Cronbach* e EPM, considerando os protocolos da PTSD-CBCL (Modificada) do contexto jardim-de-infância (sem a inclusão dos itens 8 e 18) e do contexto cuidadores (com a inclusão daqueles itens). Tal como foi anteriormente justificado, estes dados dizem respeito somente ao grupo de estudo.

Tabela 6.3
Consistência Interna (Alfa) e EPM da PTSD-CBCL – Grupo de Estudo

	Coeficiente Alfa	EPM ^a	n
PTSD-CBCL – Contexto Jardim-de-Infância (23 itens)	.88	2.43	70
PTSD-CBCL – Contexto Cuidadores (25 itens)	.89	2.62	71

^aO EPM é calculado recorrendo à multiplicação do desvio-padrão da escala pela raiz quadrada do valor do coeficiente de consistência interna subtraído de um (Anastasi & Urbina, 2000).

Podemos observar na Tabela 6.3 que os valores apresentados quanto ao Erro Padrão de Medida facultam uma banda de erro relativamente reduzida na qual se situam os resultados da PTSD-CBCL (Modificada), preenchida tanto no contexto jardim-de-infância como no contexto cuidadores. Assim, o valor do EPM equivale a 34% e a 35% do desvio-padrão do resultado bruto da escala, respetivamente para o contexto jardim-de-infância e para o contexto cuidadores.

No que concerne ao estudo relativo ao acordo entre informadores, Stranger e Lewis (como citados por Major, 2011) consideram que, ao utilizar os mesmos itens com vários informadores, a variância instrumental é menor e permite a elaboração de uma análise mais específica da influência do informador e do tipo de problema no grau de acordo, dado que certifica que não é o conteúdo divergente dos itens que contribui para o desacordo. Assim, o estudo do acordo entre informadores foi efetuado através do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* e *intraclasse* para os resultados da PTSD-CBCL (Modificada) entre o contexto jardim-de-infância e o contexto cuidadores, em ambos os casos sem a inclusão dos itens 8 e 18 (ver Tabela 6.4), para que o conjunto de itens correlacionados fosse precisamente igual nos dois contextos.

Podemos observar na Tabela 6.4 que o valor do coeficiente de correlação de *Pearson* entre os protocolos preenchidos pelos educadores de infância (contexto jardim-de-infância) e os protocolos preenchidos pelos cuidadores dos CATs, CAOTs e Lares (contexto cuidadores) do grupo das crianças vítimas de maltrato é estatisticamente significativo ($p < .05$) mas moderadamente fraco (.30) segundo a classificação de Sattler e Hoge (2006). O resultado obtido para o coeficiente *intraclasse*, ainda que superior ao valor do coeficiente de correlação de *Pearson*, vai no mesmo sentido.

Perante estes valores de correlação decidimos analisar também o grau de acordo entre os informadores no grupo da população geral (ver Tabela 6.4), ou seja, entre os protocolos preenchidos pelos educadores de infância (contexto jardim-de-infância) e os

protocolos preenchidos pelos pais (contexto cuidadores) de crianças não vítimas de maltrato, até porque o número de protocolos da PTSD-CBCL (Modificada) no grupo da população geral é o dobro do grupo de estudo ($n = 89$ para $n = 45$, respetivamente). Tal como já referimos, este reduzido número de protocolos no grupo de estudo deve-se aos valores omissos e ao facto de algumas das crianças vítimas de maltrato não frequentarem instituições pré-escolares.

Tabela 6.4

Acordo entre Informadores: Jardim-de-Infância – Cuidadores

	Correlação Pearson	Correlação Intraclasse	<i>n</i>
Grupo de Estudo			
Escala PTSD-CBCL (23 itens)	.30*	.47*	45
Grupo da População Geral			
Escala PTSD-CBCL (23 itens)	.21*	.30*	89

* $p < .05$ (two-tailed)

Podemos observar na Tabela 6.4 que o grupo da população geral apresenta correlações com significância estatística ($p < .05$), embora de magnitude fraca.

Por forma a aprofundar o estudo do acordo entre informadores analisámos também as diferenças entre os resultados da PTSD-CBCL (Modificada), através da comparação das médias dos dois contextos (jardim-de-infância vs. cuidadores), com recurso ao teste t para amostras emparelhadas e cálculo da magnitude do efeito. A análise da Tabela 6.5 permite concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as cotações do contexto jardim-de-infância ($M = 9.89$, $DP = 7.31$) e do contexto cuidadores ($M = 9.27$, $DP = 6.23$) no grupo de estudo, $t(44) = .519$, $p = .606$. A análise da magnitude do efeito traduz-se num valor considerado pequeno⁴⁰.

Dada a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os resultados da PTSD-CBCL (Modificada) entre estes dois contextos no grupo de estudo, considerámos oportuno comparar também as médias entre os dois contextos no grupo da população geral.

⁴⁰ Os valores obtidos no cálculo da magnitude do efeito são interpretados segundo as indicações de Cohen (1988), que sugere valores iguais a $d = .20$ como sendo um efeito “pequeno”, $d = .50$ como “médio” e $d = .80$ como “grande”.

Tabela 6.5

Comparação das Avaliações Efetuadas por Jardim-de-Infância e Cuidadores Relativas à PTSD-CBCL (Modificada)

Escala PTSD-CBCL (23 itens – sem os itens 8 e 18)	Contexto Jardim-de-Infância		Contexto Cuidadores		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Grupo de Estudo (<i>n</i> = 45)	9.89	7.31	9.27	6.23	.519	.11
Grupo da População Geral (<i>n</i> = 89)	4.33	3.41	6.75	4.50	- 4.540***	.68

****p* < .001

Tal como podemos constatar (ver Tabela 6.5), neste grupo existem diferenças estatisticamente significativas entre as cotações dos educadores e dos progenitores, apresentando um valor de magnitude do efeito médio. Embora as crianças do grupo da população geral à partida não apresentem sintomatologia de PTSD (ver médias muito baixas), estes valores poderão suscitar algumas questões (porque é que os progenitores identificam nos seus filhos sintomatologia de PTSD?). Contudo, ao analisarmos as frequências em termos percentuais das pontuações atribuídas a cada item da escala, quer no contexto jardim-de-infância quer no contexto cuidadores do grupo da população geral, podemos verificar que os itens que obtêm maior percentagem na opção de resposta “*muitas vezes verdadeira*” se referem a problemas de comportamento externalizantes frequentes na população pré-escolar, tal como mencionámos no ponto 5.3.5 da presente dissertação (e.g., item 16 - “*É teimoso(a), carrancudo(a) ou irritável*”). Pelo contrário, os itens que remetem mais diretamente para situações traumáticas (e.g., item 19 - “*Parece infeliz, triste, deprimido*” ou item 25 - “*Responde de forma imediata e exagerada às alterações que ocorram no contexto envolvente*”) raramente são pontuados (ver Anexo O).

Podemos ainda verificar, que as médias apresentadas na Tabela 6.5 dos resultados obtidos na PTSD-CBCL (Modificada) pelo grupo de estudo são superiores às do grupo da população geral, o que poderá apontar para uma adequada capacidade desta escala para discriminar crianças vítimas de maltrato. No entanto, remetemos esta interpretação para o ponto 2 do presente capítulo, referente à análise comparativa dos resultados obtidos por crianças vítimas e não vítimas.

ii) Estudos de Validade da PTSD-CBCL (Modificada)

Enquanto a precisão de um teste se encontra relacionada com a sua exatidão, a validade tem a ver com a sua congruência (Almeida & Freire, 2003). Tradicionalmente, o termo validade refere-se à dimensão em que os resultados no teste estão a medir aquilo que pretendem medir, todavia este conceito tem adquirido novos contornos e, atualmente, associa-se ao “grau em que conhecemos aquilo que a prova está a medir” (Almeida & Freire, 2003, p. 175).

O estudo de evidência deste parâmetro psicométrico num teste pode abranger várias formas. Neste ponto iremos analisar a validade de construto, que se encontra associada com o atual conceito de validade, em geral (Almeida & Freire, 2003). Um dos métodos para analisar a validade de construto de um teste é a análise fatorial dos itens, que surge como o procedimento analítico mais frequente (Floyd & Widaman, 1995). Este método tem como objetivo examinar se um instrumento é uni ou multidimensional, partindo das intercorrelações entre os itens para identificar as componentes gerais e/ou diferenciadas que possam explicar a variância comum neles encontrada. A análise fatorial possibilita-nos, assim, identificar quantos e quais fatores que o instrumento está a avaliar, assim como nos permite verificar que itens se encontram associados a cada fator.

Para o estudo da **análise fatorial exploratória da escala PTSD-CBCL (Modificada)** considerámos somente o grupo de estudo com base na totalidade dos protocolos preenchidos em ambos os contextos (jardim-de-infância vs. cuidadores), excluindo deste modo os itens 8 e 18, por não se aplicarem ao contexto de jardim-de-infância.

Os valores obtidos no Teste de Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e no Teste de Esfericidade de Bartlett para os itens da escala da PTSD-CBCL (Modificada) confirmam a adequação dos dados para a realização da análise fatorial. Os resultados apresentados na Tabela 6.6 permitem-nos concluir que o valor obtido para o KMO ultrapassa largamente o limite mínimo recomendado de .60 (Almeida & Freire, 2003), com um valor de .82 que traduz uma “boa” adequação da amostra. O valor do Teste de Esfericidade de Bartlett atinge a significância estatística ($p < .001$), o que nos indica que a matriz de intercorrelações da PTSD-CBCL (Modificada) é significativamente diferente da matriz de identidade.

Tabela 6.6
 Resultados KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett: PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) – Grupo de Estudo

	KMO	χ^2	Esfericidade <i>gl</i>	<i>p</i>
Escala PTSD-CBCL	.82	2326.502	253	.000***

*** $p < .001$.

A análise da diagonal da matriz de correlações anti-imagem fornece informação adicional acerca da adequação dos dados para a realização da análise fatorial. Field (2009) recomenda que todos os valores da diagonal sejam no mínimo iguais a .50 e que todos os que se encontram fora da diagonal tenham valores abaixo de .50. Da análise da matriz obtida, todos os valores da diagonal se encontram acima de .50, sendo o valor mais baixo de .71 e o mais alto de .88; fora da diagonal os valores situam-se muito abaixo de .50. Após a verificação dos pressupostos para a realização de uma análise fatorial, os 23 itens da escala foram submetidos à extração através do método de componentes principais. Para decidirmos o número de fatores a reter recorreremos, num primeiro momento, ao critério de Kaiser, que define como fatores a reter os que têm valores próprios (*eigenvalues*) iguais ou superiores a um. De acordo com este critério são retidos seis componentes que explicam 65.65% da variância. No entanto, o critério de Kaiser parece sobrestimar o número de fatores a reter, o que ficou patente no desdobramento de itens de conteúdo semelhante por vários fatores, tornando difícil a interpretação destes. Para além disso, os três primeiros componentes são responsáveis por mais de metade da variância explicada com base no critério de retenção de fatores com *eigenvalues* iguais ou superiores a um, o que reforça a ideia de que o número de componentes a reter com base no critério de Kaiser será excessivo. Da análise da matriz de componentes não rodada observamos que a maioria dos itens satura nos três primeiros componentes (ver Anexo P).

A partir da análise do gráfico obtido com recurso ao *scree test de Cattell*, ao considerar como fatores a reter os que se situam acima do ponto de inflexão da curva (ver Figura 6.1) concluímos que o número de fatores a reter, de acordo com este método, será de três.

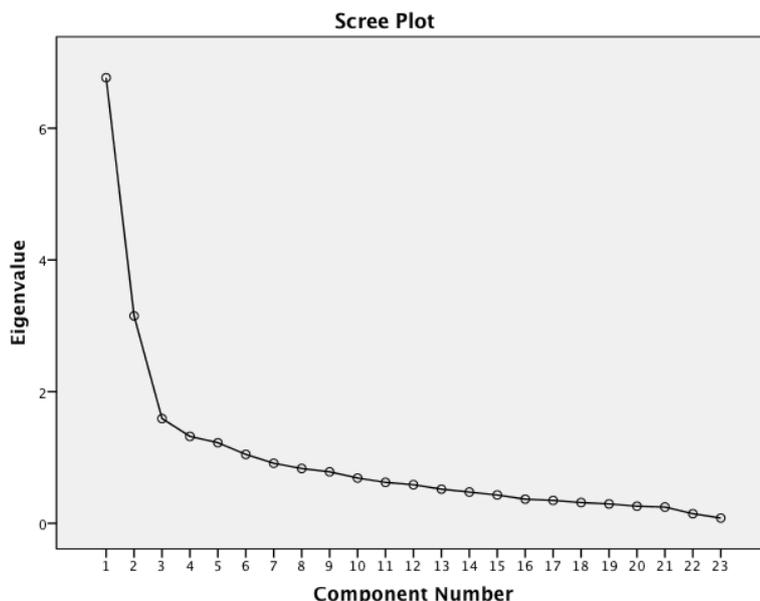


Figura 6.1 Scree Plot PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) – Grupo de Estudo

Procedeu-se à rotação ortogonal dos fatores pela solução *varimax* (ver Tabela 6.7). Da análise de matriz de componentes rodada constata-se que todos os itens apresentam saturações superiores a .30, considerado o valor mínimo de saturação para a interpretação de uma variável (Floyd & Widaman, 1995) no estudo de uma análise fatorial exploratória. A percentagem total de variância explicada para a solução de três fatores é de 50.04% e o número de itens incluídos em cada um dos três fatores da escala (9, 9 e 5, respetivamente) é adequado, em função do número recomendável – entre 3 e 15 por fator (Loewenthal, 2001).

O primeiro componente contribui para a variância total com 18.05%, com um *eigenvalue* de 4.15, integra nove itens cujas saturações oscilam entre .31 e .79. Estes itens caracterizam-se maioritariamente por respostas referentes a alterações na reatividade e ativação (itens 16, 17, 1, 7, 2, 25 e 24) e por respostas de dependência emocional (pessoas e objetos) (itens 4 e 15). O segundo componente contribui para a variância total com 16.01%, com um *eigenvalue* de 3.68, integra também nove itens cujas saturações oscilam entre .37 e .73. Neste componente os itens traduzem-se por respostas de sintomatologia de intrusão ou reexperiência de modo persistente (itens 3, 23, 22, 21 e 6) e respostas de estados emocionais negativos relacionados com medo, culpa e tristeza (10, 9, 5 e 19). O terceiro componente contribui para a variância total com 15.98%, com um *eigenvalue* de 3.67, integra cinco itens cujas saturações oscilam entre .33 e .91. Quatro destes itens caracterizam-se por respostas psicossomáticas (itens

12, 14, 13 e 11) e um (item 20) por isolamento social.

Tabela 6.7

Matriz de Componentes Rodada, Comunalidades e Variância Explicada PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) – Grupo de Estudo

Item	Componente			h^2
	1	2	3	
16. É teimoso(a), carrancudo(a) ou irritável	.79			.62
17. O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente	.77			.59
1. Discute por tudo e por nada	.68			.46
7. É nervoso(a), excitável ou tenso(a)	.67			.45
2. Não consegue concentrar-se, é incapaz de estar atento(a) durante muito tempo	.66			.43
4. Prende-se aos adultos ou é demasiado dependente	.60			.36
3. Não consegue livrar-se de certos pensamentos ou obsessões	.52	.46		.48
15. Acumula coisas de que não necessita	.31			.10
10. Sente-se demasiado culpado(a)		.73		.53
23. Desenha repetidamente temáticas relacionadas com situações traumáticas vividas	.68			.46
9. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)	.41	.63		.57
5. Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ter medo do jardim-de-infância)		.61		.37
22. Repete brincadeiras que expressam temas de acontecimentos traumáticos vividos	.59			.34
21. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos	.54			.29
6. Sente que os outros andam atrás dele(a) para o(a) apanharem (sente-se perseguido/a)		.48		.23
25. Responde de forma imediata e exagerada às alterações que ocorram no contexto envolvente (ou seja, assusta-se facilmente)	.40	.45	.34	.48
24. Está atenta à mais pequena alteração repentina do contexto em que se encontra (está em constante alerta, hipervigilante)	.36	.39		.28
19. Parece infeliz, triste, deprimido(a)	.36	.37	.37	.41
12. Apresenta náuseas, enjoos sem causa médica conhecida			.91	.82
14. Apresenta vômitos sem causa médica conhecida			.89	.79
13. Apresenta dores de barriga ou câibras sem causa médica conhecida			.88	.77
11. Apresenta dores de cabeça sem causa médica conhecida			.83	.69
20. Isola-se, não se mistura com os outros	.31		.33	.21
<i>eigenvalue</i>	4.15	3.68	3.67	
%Variância total	18.05	16.01	15.98	50.04

Nota: No caso dos itens com dupla ou tripla saturação, assinala-se a itálico aquela que traduz a opção feita quanto à inclusão num dos componentes.

Apesar de o item 3 (“*Não consegue livrar-se de certos pensamentos ou obsessões*”) apresentar uma saturação mais elevada no fator 1, optámos por incluí-lo no fator 2. De igual modo, os itens 25 (“*Responde de forma imediata e exagerada às alterações que ocorram no contexto envolvente*”) e 24 (“*Está atenta à mais pequena alteração repentina do contexto em que se encontra*”) foram incluídos no fator 1, apesar de evidenciarem uma maior saturação no fator 2. Estas decisões fundamentaram-se quer no conteúdo destes itens quer na reduzida discrepância entre as respetivas saturações nos fatores em questão.

Podemos, ainda, verificar na Tabela 6.7 que os cinco itens adicionados no âmbito do presente estudo apresentam saturações que oscilam entre .36 e .69, valores acima dos limiares recomendados na literatura especializada (e.g., Floyd & Widaman, 1995; Nunnally, 1978).

Com o objetivo de estudar a precisão de cada um dos três fatores identificados na análise anterior examinámos a consistência interna para cada um deles em cada um dos contextos (jardim-de-infância vs. cuidadores) relativamente ao grupo de estudo, prosseguindo, deste modo, a análise efetuada para a escala total e descrita no início deste subcapítulo.

Os resultados apresentados na Tabela 6.8, referentes ao fator 1 da escala PTSD-CBCL (Modificada), a que atribuímos a designação de *Alterações na Reatividade/Dependência Emocional*, quer no contexto jardim-de-infância, quer no contexto cuidadores, apontam para a ausência de qualquer item cuja eliminação pudesse traduzir-se numa melhoria do coeficiente *alfa de Cronbach*. A análise das correlações item-total corrigidas indica que todos os itens, igualmente para ambos os contextos, apresentam um valor acima de .20 (como recomendado na literatura especializada e anteriormente referido). As correlações item-total corrigidas oscilam entre .37 e .72 no contexto jardim-de-infância e entre .36 e .69 no contexto cuidadores. Os valores do coeficiente *alfa de Cronbach* para este fator, quer para o contexto jardim-de-infância, quer para o contexto cuidadores, são de .84, considerados como muito bons segundo a classificação de Kline (1998) e de Devellis (como citado por Almeida & Freire, 2003).

Tabela 6.8

Correlações Item-Escala e Coeficiente Alfa de Cronbach: Fator 1 – Alterações na Reatividade/Dependência Emocional – da Escala PTSD-CBCL (Modificada) – Grupo de Estudo

Item	PTSD-CBCL (Modificada) – Fator 1			
	Contexto Jardim-de-Infância		Contexto Cuidadores	
	<i>n</i> = 84		<i>n</i> = 78	
	Correlação item-total corrigida	Coeficiente alfa com eliminação do item	Correlação item-total corrigida	Coeficiente alfa com eliminação do item
1	.64	.82	.61	.81
2	.52	.83	.57	.82
4	.50	.83	.43	.83
7	.72	.81	.55	.82
15	.37	.84	.35	.84
16	.67	.81	.69	.80
17	.63	.82	.67	.81
24	.48	.83	.47	.83
25	.49	.83	.59	.82

Coeficiente *alfa de Cronbach* = .84 (contexto jardim-de-infância) = .84 (contexto cuidadores)
Número de itens = 9

O fator 2 da PTSD-CBCL (Modificada), que designámos por *Reexperiência/Estados Emocionais Negativos*, como podemos verificar na Tabela 6.9, quer no contexto jardim-de-infância, quer no contexto cuidadores (do grupo de estudo), não apresenta qualquer item cuja eliminação pudesse traduzir-se numa melhoria do coeficiente *alfa de Cronbach*. A análise das correlações item-total corrigidas indica que todos os itens, igualmente para ambos os contextos, apresentam um valor acima de .20, excetuando o item 6 (“*Sente que os outros andam atrás dele para o apanhar*”) no contexto jardim-de-infância, com um valor de .17. Todas as outras correlações item-total corrigidas oscilam entre .22 e .61 no contexto jardim-de-infância, e entre .43 e .69 no contexto cuidadores. Os valores do coeficiente *alfa de Cronbach* para este fator são iguais a .75 para o contexto jardim-de-infância e a .81 para o contexto cuidadores, considerados como adequado e muito bom, respetivamente, segundo a classificação de Kline (1998) e de Devellis (como citado por Almeida & Freire, 2003).

Tabela 6.9

Correlações Item-Escala e Coeficiente Alfa de Cronbach: Fator 2 – Reexperiência/Estados Emocionais Negativos – da Escala PTSD-CBCL (Modificada) – Grupo de Estudo

Item	PTSD-CBCL (Modificada) – Fator 2			
	Contexto Jardim-de-Infância		Contexto Cuidadores	
	<i>n</i> = 71		<i>n</i> = 73	
	Correlação item-total corrigida	Coeficiente alfa com eliminação do item	Correlação item-total corrigida	Coeficiente alfa com eliminação do item
3	.46	.72	.51	.80
5	.22	.76	.62	.78
6	.17	.75	.60	.79
9	.58	.69	.69	.77
10	.60	.70	.59	.79
19	.49	.71	.43	.81
21	.41	.73	.47	.80
22	.61	.71	.49	.80
23	.50	.73	.46	.81

Coeficiente *alfa de Cronbach* = .75 (contexto jardim-de-infância) = .81 (contexto cuidadores)
Número de itens = 9

Por último, na análise da Tabela 6.10, podemos observar que o fator 3, denominado de *Queixas Somáticas/Isolamento Social* da escala PTSD-CBCL (Modificada) não apresenta, nem no contexto jardim-de-infância, nem no contexto cuidadores, qualquer item cuja eliminação pudesse traduzir-se numa melhoria do coeficiente *alfa de Cronbach*. Excetua-se o item 20 (“*Isola-se, não se mistura com os outros*”) cuja eliminação, para ambos os contextos (jardim-de-infância e cuidadores), se traduziria numa melhoria significativa do coeficiente *alfa de Cronbach* (para .87 e .84, respetivamente). Esta diferença do coeficiente deve-se, possivelmente, ao facto de este ser o único item que não se refere a queixas somáticas. No entanto optámos pela sua conservação por vários motivos, nomeadamente: i) o valor da sua correlação com o total corrigido (acima de .20); ii) o facto de o seu conteúdo ser importante para a avaliação da sintomatologia de PTSD; iii) a circunstância de fazer parte da escala original CBCL-PTSD; e, finalmente, iv) dado este ser um estudo exploratório, assente num número reduzido de sujeitos.

Tabela 6.10

Correlações Item-Escala e Coeficiente Alfa de Cronbach: Fator 3 – Queixas Somáticas/Isolamento Social – da Escala PTSD-CBCL (Modificada) – Grupo de Estudo

Item	PTSD-CBCL (Modificada) – Fator 3			
	Contexto Jardim-de-Infância		Contexto Cuidadores	
	<i>n</i> = 85		<i>n</i> = 78	
	Correlação item-total corrigida	Coeficiente alfa com eliminação do item	Correlação item-total corrigida	Coeficiente alfa com eliminação do item
11	.67	.71	.63	.58
12	.70	.72	.68	.62
13	.75	.68	.55	.62
14	.72	.74	.62	.64
20	.29	.87	.27	.84

Coeficiente alfa de Cronbach = .79 (contexto jardim-de-infância) = .70 (contexto cuidadores)
Número de itens = 5

A análise das correlações item-total corrigidas para os itens que compõem o fator 3 indica que todas elas, igualmente para ambos os contextos, apresentam um valor acima de .20, oscilando entre .29 e .75 no contexto jardim-de-infância e entre .27 e .68 no contexto cuidadores. Os valores do coeficiente *alfa de Cronbach* deste fator são iguais a .79 para o contexto jardim-de-infância e a .70 para o contexto cuidadores, valores estes considerados como adequados, segundo a literatura especializada anteriormente referida.

Tendo em consideração que a magnitude do coeficiente *alfa de Cronbach* depende do número de itens (Almeida & Freire, 2003), não é de estranhar o valor comparativamente mais baixo obtido para o fator 3 no contexto cuidadores. Globalmente, os resultados obtidos no estudo da consistência interna para cada um dos três fatores em ambos os contextos levam-nos a concluir que estes apresentam qualidades psicométricas positivas, de modo a poderem ser utilizados enquanto subescalas nas análises posteriores.

Um outro método, também comumente utilizado para o estudo de evidência da validade de construto de um instrumento, consiste na análise da validade convergente do mesmo, ou seja, verificar se o teste se correlaciona significativamente com outras

variáveis com as quais o construto medido deveria, de acordo com a teoria, encontrar-se relacionado (Almeida & Freire, 2003)⁴¹.

Com o objetivo de analisar a **validade convergente da PTSD-CBCL (Modificada)**, correlacionámo-la com as ECIP-2, a partir dos resultados obtidos no grupo de crianças vítimas de maltrato, sendo esperado que as crianças com sintomas de PTSD tenham aptidões sociais menos desenvolvidas e mais problemas de comportamento.

Como já referido no ponto 5.3.2 da presente dissertação, as ECIP-2 têm como objetivo avaliar as aptidões sociais e os problemas de comportamento em crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, podendo a mesma versão ser respondida por educadores e cuidadores. Segundo Allin (2004), estas escalas podem ser utilizadas para avaliar dificuldades nas competências sociais e comportamentais, podendo ser usadas como uma ferramenta de pesquisa para estudos das características emocionais e sociais das crianças em idade pré-escolar, daí optarmos por correlacionar a PTSD-CBCL (Modificada) com as ECIP-2 no sentido de analisar a respetiva validade convergente.

Da análise das Tabelas 6.11 e 6.12 constata-se que os coeficientes de correlação de *Pearson* entre os resultados dos dois instrumentos no grupo de estudo vão no sentido esperado, quer no contexto jardim-de-infância quer no contexto cuidadores. Assim, observam-se correlações positivas significativas entre a PTSD-CBCL (Modificada) e as subescalas e escala de problemas de comportamento das ECIP-2 e correlações negativas significativas entre a PTSD-CBCL (Modificada) e a escala e respetivas subescalas de aptidões sociais das ECIP-2, apresentando a maioria das correlações significância estatística ($p < .01$) e magnitudes consideradas moderadas a moderadamente elevadas.

Pode-se verificar na Tabela 6.11, relativa ao contexto jardim-de-infância, que a subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social* é a única da PTSD-CBCL (Modificada) que não apresenta correlações estatisticamente significativas, nem com a Escala de *Aptidões Sociais* das ECIP-2 e respetivas subescalas (exceto com a subescala *Independência Social/Assertividade*), nem com a subescala *Problemas Externalizantes* e respetivas subescalas suplementares. Porém, esta escala encontra-se positivamente

⁴¹ Tal como já referimos, no ponto 2 do presente capítulo, relativo à análise comparativa dos resultados obtidos entre o grupo de crianças vítimas de maltrato e não vítimas, iremos analisar a capacidade da PTSD-CBCL (Modificada) em diferenciar estes dois grupos de crianças. Este tipo de análise encontra-se enquadrado no estudo de evidência de “*validade empírica*” ou “*por referência a um critério*”, forma de validade intimamente associada ao conceito tradicional de validade de um instrumento (Almeida & Freire, 2003; Anastasi & Urbina, 2000).

correlacionada com a subescala *Problemas Internalizantes* das ECIP-2 e com as respetivas subescalas suplementares. Estas correlações são consistentes com o conteúdo dos itens, uma vez que a subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social* é constituída maioritariamente por questões que traduzem sintomas psicossomáticos e de tipo internalizante.

Tabela 6.11

Correlações entre a PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) e as ECIP-2 (Resultados Brutos) no Contexto Jardim-de-Infância – Grupo de Estudo

Resultados das ECIP-2	PTSD-CBCL (Modificada)			
	PTSD JI Total	PTSD JI Alt/Dep	PTSD JI Reexp/EEm	PTSD JI QS/IS
Escala de Aptidões Sociais				
Interação Social/Empatia	-.30**	-.30**	-.27*	-.01
Independência Social/Assertividade	-.52**	-.52**	-.48**	-.21*
Cooperação/Ajustamento Social	-.53**	-.64**	-.34**	-.03
Total Aptidões Sociais	-.50**	-.55**	-.40**	-.07
Escala de Problemas de Comportamento				
Problemas Externalizantes	.71**	.78**	.54**	.16
Problemas Internalizantes	.79**	.68**	.73**	.50**
Total Problemas de Comportamento	.81**	.81**	.69**	.28*
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento				
Oposição/Explosivo	.67**	.77**	.48**	.15
Excesso de Atividade/Desatenção	.69**	.76**	.48**	.18
Antissocial/Agressivo	.65**	.69**	.54**	.10
Isolamento Social	.70**	.63**	.63**	.48**
Ansiedade/Queixas Somáticas	.79**	.66**	.72**	.46**

Nota: Todos os coeficientes de correlação apresentados foram analisados numa direção unicaudal (*one-tailed*).

PTSD JI Total = Escala Total PTSD-CBCL (Modificada); PTSD JI Alt/Dep = subescala *Alterações da Reatividade/Dependência Emocional*; PTSD JI Reexp/EEm = *Reexperiência/Estados Emocionais Negativos*; PTSD JI QS/IS = *Queixas Somáticas/Isolamento Social*.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Já as restantes subescalas e a escala total da PTSD-CBCL (Modificada) apresentam coeficientes de correlação estatisticamente significativos com a Escala de *Aptidões Sociais* e respetivas subescalas das ECIP-2, com magnitudes entre -.27 a -.64 e níveis de significância entre $p < .05$ e $p < .01$. Observa-se ainda, na Tabela 6.11 que, com exceção da subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social* anteriormente referida, as correlações entre a escala total e subescalas da PTSD-CBCL (Modificada) e a escala total e respetivas subescalas de problemas de comportamento das ECIP-2, no contexto

jardim-de-infância, apresentam magnitudes moderadas a elevadas, de .65 a .81, com níveis de significância de $p < .01$. A subescala *Alterações na Reatividade/Dependência Emocional* é a que exhibe correlações com magnitudes mais elevadas com as ECIP-2, oscilando entre .63 e .81.

As correlações obtidas entre a PTSD-CBCL (Modificada) e as ECIP-2 no contexto cuidadores, apresentadas na Tabela 6.12, replicam os resultados obtidos no contexto jardim-de-infância, embora com ligeiras diferenças nos valores das magnitudes das diversas correlações. Observam-se, ainda, correlações significativas entre a subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social* da PTSD-CBCL (Modificada) e as subescalas *Independência Social/Assertividade* e *Oposição/Explosivo* das ECIP-2.

Tabela 6.12

Correlações entre a PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) e as ECIP-2 (Resultados Brutos) no Contexto Cuidadores – Grupo de Estudo

Resultados das ECIP-2	PTSD-CBCL (Modificada)			
	PTSD Cuid Total	PTSD Cuid Alt/Dep	PTSD Cuid Reexp/EEm	PTSD Cuid QS/IS
Escala de Aptidões Sociais				
Interação Social/Empatia	-.34**	-.28**	-.26*	-.10
Independência Social/Assertividade	-.56**	-.49**	-.46**	-.27**
Cooperação/Ajustamento Social	-.50**	-.61**	-.30**	-.05
Total Aptidões Sociais	-.54**	-.56**	-.39**	-.17
Escala de Problemas de Comportamento				
Problemas Externalizantes	.61**	.76**	.40**	.15
Problemas Internalizantes	.76**	.64**	.75**	.58**
Total Problemas de Comportamento	.71**	.78**	.55**	.29**
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento				
Oposição/Explosivo	.68**	.78**	.50**	.25*
Excesso de Atividade/Desatenção	.52**	.68**	.33**	.07
Antissocial/Agressivo	.56**	.70**	.40**	.13
Isolamento Social	.66**	.58**	.63**	.48**
Ansiedade/Queixas Somáticas	.70**	.59**	.71**	.58**

Nota: Todos os coeficientes de correlação apresentados foram analisados numa direção unicaudal (*one-tailed*).

PTSD JI Total = Escala Total PTSD-CBCL (Modificada); PTSD JI Alt/Dep = subescala *Alteração da Reatividade/Dependência Emocional*; PTSD JI Reexp/EEm = *Reexperiência/Estados Emocionais Negativos*; PTSD JI QS/IS = *Queixas Somáticas/Isolamento Social*.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Este mesmo padrão de correlações entre a PTSD-CBCL (Modificada) e as ECIP-2 observa-se também nos resultados obtidos pelo grupo de controlo⁴², apresentadas no Anexo Q.2 (*Matriz de Correlações Entre os Resultados Obtidos nos Instrumentos de Avaliação – Grupo de Controlo*), embora com magnitudes inferiores nas diversas correlações, quer no contexto jardim-de-infância, quer no contexto cuidadores.

iii) Estudos Normativos

O resultado obtido num instrumento de avaliação psicológica é comumente interpretado por referência a normas que representam o desempenho da amostra de aferição desse instrumento (Anastasi & Urbina, 2000). Atualmente, a maioria dos testes psicológicos fornece aquilo que se pode entender como dados normativos ou nomotéticos dentro do grupo (comparação do sujeito com os seus pares), que possibilita que o resultado obtido por um indivíduo seja comparado com o grupo normativo mais próximo (Almeida & Freire, 2003; Anastasi & Urbina, 2000).

Não está no âmbito desta investigação apresentar dados normativos da escala PTSD-CBCL (Modificada), até porque a própria dimensão da amostra nos impossibilita de o fazer. No entanto, apresentamos neste ponto dados relativos à estatística descritiva (médias e desvios-padrão) da escala PTSD-CBCL (Modificada) em ambos os contextos (jardim-de-infância vs. cuidadores) respeitantes às variáveis género e idade, quer para o grupo de estudo quer para o grupo da população geral. Todavia, não podemos deixar de salientar que a desigualdade numérica verificada entre as várias subamostras etárias bem como o número reduzido de casos limitam a possibilidade de generalizar os resultados obtidos.

A análise das diferenças entre médias de resultados da escala foi realizada com recurso ao teste *t* para amostras independentes e ao cálculo da magnitude do efeito tipo *d*. Da análise das Tabelas 6.13 e 6.14 constatamos a não existência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos por rapazes e por raparigas na escala PTSD-CBCL (Modificada), em ambos os contextos (jardim-de-infância vs. cuidadores) e em ambos os grupos (estudo vs. população geral), embora no contexto

⁴² O grupo de controlo (constituído por 64 não vítimas de maltrato) enquadra-se na análise comparativa entre as crianças vítimas de maltrato e não vítimas, apresentada no ponto 2 do presente capítulo.

cuidadores no grupo de estudo se observe um resultado marginalmente significativo, $t(69) = 1.858, p = .067$.

Tabela 6.13

Comparação das Médias dos Resultados da Escala PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) no Contexto Jardim-de-Infância em Função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

PTSD-CBCL (Modificada)	Contexto Jardim-de-Infância						t	d
	Feminino			Masculino				
	n	M	DP	n	M	DP		
Grupo de Estudo	28	9.25	7.12	42	9.33	7.18	-.048	.01
Grupo da População Geral	34	3.91	3.26	61	4.48	3.79	-.729	.16

A análise das magnitudes do efeito tipo d , referentes ao contexto jardim-de-infância revela que o género tem um efeito pequeno nos resultados, quer para o grupo de estudo, quer para o grupo da população geral, de .01 e .16, respetivamente (ver Tabela 6.13), e um efeito, ainda que com valores superiores, considerado pequeno no contexto cuidadores, também para ambos os grupos, de .45 e .39 (ver Tabela 6.14).

Tabela 6.14

Comparação das Médias dos Resultados da Escala PTSD-CBCL (Modificada) (25 itens) no Contexto Cuidadores em Função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

PTSD-CBCL (Modificada)	Contexto Cuidadores						t	d
	Feminino			Masculino				
	n	M	DP	n	M	DP		
Grupo de Estudo	28	13.11	8.99	43	9.58	6.96	1.858 [†]	.45
Grupo da População Geral	37	7.68	4.64	61	7.48	5.14	.194	.39

[†] $p < .10$

As médias obtidas no contexto jardim-de-infância (ver Tabela 6.15) permitem constatar que no grupo de estudo existe um aumento progressivo (embora não linear) dos resultados obtidos na escala PTSD-CBCL (Modificada) ao longo das seis faixas etárias consideradas, contrariamente ao que ocorre no grupo da população geral, no qual

se verifica um decréscimo progressivo (embora não linear) dos resultados obtidos ao longo das várias faixas etárias.

Tabela 6.15

Comparação das Médias dos Resultados da Escala PTSD-CBCL (Modificada) (23 itens) no Contexto Jardim-de-Infância em Função da Idade

Faixa Etária	PTSD-CBCL (Modificada)					
	Grupo de Estudo			Grupo da População Geral		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
3 ^{1/2} anos	7	7.14	4.52	7	4.14	5.11
4 anos	13	5.92	4.57	16	4.62	2.66
4 ^{1/2} anos	18	8.06	6.66	23	3.78	3.33
5 anos	15	10.40	7.39	25	3.32	2.75
5 ^{1/2} anos	10	10.20	7.94	20	6.35	4.48
6 anos	7	17.29	7.54	4	1.50	1.29
Total	70	9.30	7.10	95	4.27	3.60

No contexto cuidadores (Tabela 6.16) observa-se, no grupo de estudo um aumento inicial nas médias obtidas na escala PTSD-CBCL (Modificada) ao longo das faixas etárias, seguido de uma diminuição entre os 4 e os 5 anos, e novamente um aumento até aos 6 anos. Já no grupo da população geral observam-se resultados médios relativamente idênticos nas várias faixas etárias.

As diferenças entre médias nos resultados da escala PTSD-CBCL (Modificada) em função da variável idade foram estudadas através de uma ANOVA *one-way*. Dado o número reduzido de sujeitos nas faixas etárias dos 3^{1/2} anos e dos 6 anos, optou-se por retirar estas categorias da análise das diferenças, comparando somente as faixas etárias dos 4 anos, 4^{1/2}, 5 e 5^{1/2}.

A análise dos resultados para as quatro faixas etárias da escala PTSD-CBCL (Modificada), com recurso à análise da variância *one-way* entre grupos, revela ausência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos no contexto jardim-de-infância entre as várias faixas etárias no grupo de estudo, $F(3) = 1.280$, $p = .291$, no

entanto encontram-se diferenças estatisticamente significativas no grupo da população geral, $F(3) = 3.357$, $p = .023$.

Tabela 6.16

Comparação das Médias dos Resultados da Escala PTSD-CBCL (Modificada) (25 itens) no Contexto Cuidadores em Função da Idade

Faixa Etária	PTSD-CBCL (Modificada)					
	Grupo de Estudo			Grupo da População Geral		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
3 ^{1/2} anos	9	6.33	3.97	5	6.20	4.09
4 anos	8	12.13	11.10	18	9.67	5.39
4 ^{1/2} anos	18	11.11	7.11	23	7.87	5.25
5 anos	19	10.84	7.02	27	6.56	4.30
5 ^{1/2} anos	12	12.33	7.89	20	7.35	4.79
6 anos	5	14.20	13.46	5	6.00	6.04
Total	71	10.97	7.95	98	7.55	4.93

O teste *post-hoc* de Bonferroni revelou que a faixa etária dos 5^{1/2} anos, do grupo da população geral, no contexto jardim-de-infância, apresenta resultados significativamente superiores que a faixa etária dos 5 anos e resultados tendencialmente superiores que a faixa etária dos 4^{1/2} anos (ver Tabela 6.17).

Tabela 6.17

Diferenças nos Resultados Obtidos na PTSD-CBCL (Modificada) no Contexto Jardim-de-Infância em Função da Idade – Grupo da População Geral

	Faixa Etária					
	4	4	4	4 ^{1/2}	4 ^{1/2}	5
	vs. 4 ^{1/2}	vs. 5	vs. 5 ^{1/2}	vs. 5	vs. 5 ^{1/2}	vs. 5 ^{1/2}
PTSD-CBCL (Modificada)	ns	ns	ns	ns	†	*

† $p < .10$, * $p < .05$

No contexto cuidadores, na análise dos resultados da PTSD-CBCL (Modificada) para as quatro faixas etárias, igualmente com recurso à análise da variância *one-way* entre grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre as médias nas quatro faixas etárias, nem no grupo de estudo, nem no grupo da população geral, $F(3) = .118, p = .949$ e $F(3) = 1.500, p = .221$, respetivamente.

6.1.2 Teste Stroop Dia-Noite

Como já referimos no ponto 5.3.2, o *Teste Stroop Dia-Noite* (TSDN) é uma adaptação do *Stroop-like Day-Night Test*, criado por Gerstadt e colaboradores (1994), com o objetivo de avaliar o controlo inibitório em crianças com idades compreendidas entre os 3^{1/2} anos e os 7 anos.

A ausência de testes especialmente concebidos e validados para avaliar o funcionamento executivo de crianças em idade pré-escolar, nomeadamente o controlo inibitório, levou a que vários investigadores (Gerstadt et al., 1994; Montgomery, Anderson & Uhl, 2008; Prevor & Diamond, 2005; Quinn & Quinn, 2005; Wright et al., 2003) criassem tarefas suscetíveis de contornar as limitações verbais, adaptando o paradigma de Stroop a crianças em idade pré-escolar.

O TSDN é uma dessas tarefas e a mais comumente utilizada no que se refere a este paradigma. Tal como o *Teste Stroop* para adultos (desenvolvido por Ridley em 1935), requer que as crianças inibam a tendência natural para dar uma resposta verbal correspondente a uma imagem que lhes é apresentada e dêem uma resposta verbal contrária, criando-lhes assim uma condição incongruente. Refere-se, assim, à capacidade da criança para inibir uma resposta prepotente ou dominante em favor de uma subdominante, regulando as suas ações em prol de objetivos atuais e futuros (Rhoades et al., 2009).

Na análise das qualidades psicométricas do TSDN vários estudos têm vindo a ser desenvolvidos, demonstrando que este teste evidencia poder discriminativo na diferenciação de grupos culturais e especiais/clínicos (Berlin & Bohlin, 2002; Oh & Lewis, 2008; Pears & Fisher, 2010; Sabbagh, Xu, & Carlson, 2006). Por outro lado, o teste tem demonstrado valores satisfatórios de precisão (Chasiotis, Kiessling, Hofer, & Campos, 2006; Reck & Hunt, 2011; Roades et al., 2009; Thorell & Wahlstedt, 2006) e de validade (Carlson & Moses, 2001; Roebbers & Schneider, como citados por

Montgomery & Koeltzon, 2010). Neste subcapítulo serão apresentados os estudos desenvolvidos com o TSDN no que se refere à evidência de precisão (análise da consistência interna), à evidência de validade de constructo (análise da validade convergente) e aos dados relativos à estatística descritiva (médias e desvios-padrão) em relação às variáveis género e idade, do grupo da população geral. No ponto 2 do presente capítulo, referente à análise comparativa dos resultados obtidos por crianças vítimas e não vítimas de maltrato, iremos apresentar resultados relativos à validade empírica ou por referência a um critério externo.

i) Estudo de Precisão do Teste Stroop Dia-Noite

No estudo da análise da consistência interna do TSDN, os dados apresentados na Tabela 6.18 apontam para a ausência de qualquer item cuja eliminação pudesse traduzir-se numa melhoria do coeficiente de consistência interna do teste.

Tabela 6.18

Correlações Item-Total Corrigidas e Coeficiente Alfa do TSDN – Grupo da População Geral

Item	Teste Stroop Dia-Noite	
	Correlação item-total corrigida	Coeficiente alfa com eliminação do item
1 – Imagem “Noite”	.25	.90
2 – Imagem “Dia”	.36	.89
3 – Imagem “Dia”	.44	.89
4 – Imagem “Noite”	.60	.89
5 – Imagem “Dia”	.53	.89
6 – Imagem “Noite”	.50	.89
7 – Imagem “Noite”	.48	.89
8 – Imagem “Dia”	.64	.88
9 – Imagem “Dia”	.62	.89
10 – Imagem “Noite”	.65	.88
11 – Imagem “Dia”	.69	.88
12 – Imagem “Noite”	.60	.89
13 – Imagem “Noite”	.55	.89
14 – Imagem “Dia”	.67	.88
15 – Imagem “Noite”	.68	.88
16 – Imagem “Dia”	.64	.88

Coeficiente *alfa* = .89 Número de itens = 16

A análise das correlações item-total corrigidas indica que todos os itens apresentam correlações com o total acima de .20, com valores que oscilam entre .25 e

.69. O valor do coeficiente *alfa* é de .89, considerado como muito bom segundo a classificação de Kline (1998) e de Devellis (como citado por Almeida & Freire, 2003).

ii) Estudo de Validade do Teste Stroop Dia-Noite

Alguns autores referem que o TSDN, para além de avaliar o controlo inibitório, avalia também a memória de trabalho (Gerstadt et al., 1994; Simpson & Riggs, 2005), dado que esta se encontra intrinsecamente ligada ao desempenho da tarefa, uma vez que as crianças têm que se recordar das instruções ao longo da mesma. Com o intuito de compreender até que ponto a memória de trabalho interfere no desempenho do TSDN foram elaboradas algumas versões controlo do teste (ver Diamond, Kirkman, & Amso, 2002; Gerstadt et al., 1994; Montgomery et al., 2008; Simpson & Riggs, 2005). Os autores observaram que a memória de trabalho, em si, desempenha um papel reduzido no grau de dificuldade global do teste e que, ao contrário do controlo inibitório, esta possui uma trajetória linear, não evoluindo de uma forma tão notória durante o período pré-escolar. No entanto, a memória de trabalho não deixa de se encontrar associada ao desempenho no TSDN.

Outros estudos demonstram que o baixo controlo inibitório está associado a problemas comportamentais e cognitivos (Wright et al., 2003). Mais concretamente, um controlo inibitório elevado durante o período pré-escolar encontra-se associado a um melhor funcionamento cognitivo e social (Blair & Razza, 2007). Os níveis de controlo inibitório das crianças pré-escolares estão positivamente associados com as competências académicas e socioemocionais no jardim-de-infância, indicando que as capacidades relativas ao controlo inibitório são componentes importantes para a prontidão escolar e que as crianças que apresentam elevado controlo inibitório são mais capazes de regular comportamentos e respostas de atenção, focando-se mais facilmente nas atividades académicas (Pears et al., 2010).

Tendo em conta este referencial, com o objetivo de analisar a **validade convergente do TSDN**, correlacionámo-lo com a WPPSI-R e com o *Teste de Memória de Faces* da BANC, a partir dos resultados obtidos no grupo de crianças da população geral, esperando-se que exista uma associação significativa entre os construtos avaliados, uma vez que o controlo inibitório se encontra correlacionado com o desempenho intelectual e com as capacidade mnésicas.

Assim, como descrito no ponto 5.3.2, a WPPSI-R avalia o desempenho intelectual, estabelecendo-o num resultado global, o QI da Escala Completa, que funciona como uma estimativa da capacidade do indivíduo para compreender e lidar com o meio. Para além deste resultado é ainda possível obter um QI Verbal (QIV), correspondente aos subtestes verbais, e um QI de Realização, respeitante aos resultados da respetiva subescala. O *Teste de Memória de Faces* da BANC tem como objetivo avaliar as funções mnésicas visuais, particularmente a aptidão para processar, codificar e evocar faces humanas (Korkman, Kirk, & Kemp, 1998), num primeiro momento imediatamente após a sua exposição e, num segundo momento, após um intervalo de tempo fixado.

Da análise da Tabela 6.19 constata-se que as correlações de *Pearson* entre os resultados dos instrumentos, no grupo da população geral, vão no sentido esperado. Observa-se uma correlação positiva significativa entre o total de acertos do TSDN e os QIs Verbal, de Realização e Escala Completa e uma correlação negativa significativa entre o total de erros e de omissões e os QIs. Igualmente, regista-se uma correlação positiva significativa entre o total de acertos do TSDN e as provas de reconhecimento imediato e Diferido do *Teste de Memória de Faces* da BANC e uma correlação negativa significativa entre o total de erros do TSDN e as mesmas provas da BANC.

No entanto, constata-se na Tabela 6.19 que as magnitudes das correlações, quer entre o TSDN e a WPPSI-R, quer entre o TSDN e o *Teste de Memória de Faces* da BANC, apresentam valores considerados fracos e moderadamente fracos.

Tabela 6.19

Correlações entre o Teste Stroop Dia-Noite (TSDN), a WPPSI-R e o Teste Memória de Faces da BANC – Grupo da População Geral

	TSDN		
	Acertos	Erros	Omissões
WPPSI-R			
QI Verbal	.33**	-.30**	-.24**
QI de Realização	.29**	-.24**	-.26**
QI Escala Completa	.35**	-.30**	-.29**
Teste de Memória de Faces			
Reconhecimento Imediato	.23**	-.23**	-.12
Reconhecimento Diferido	.39**	-.34**	-.12

Nota: Todos os coeficientes de correlação apresentados foram analisados numa direção unicaudal (*one-tailed*).

** $p < .01$

Este mesmo padrão de correlações entre o TSDN, a WPPSI-R e o Teste de Memória de Faces da BANC observa-se também nos resultados obtidos pelo grupo de estudo e pelo grupo de controlo, apresentadas no Anexo Q (*Matrizes de Correlações Entre os Resultados Obtidos nos Instrumentos de Avaliação*). No mesmo Anexo (Q.1, tabela relativa aos resultados obtidos pelas crianças vítimas de maltrato) podemos observar correlações positivas significativas ($p < .05$), embora com magnitudes fracas a moderadamente fracas, entre o total de acertos no TSDN e os resultados obtidos na escala de *Aptidões Sociais* e nas subescalas *Interação Social/Empatia* e *Independência Social/Assertividade* das ECIP-2, quer no contexto jardim-de-infância, quer no contexto cuidadores, o que também está de acordo com o referencial atrás enunciado.

Em suma, podemos concluir que o TSDN evidencia uma adequada validade convergente a partir dos resultados obtidos com a WPPSI-R e com o *Teste de Memória de Faces* da BANC, e até com os resultados obtidos pelo grupo de estudo nas ECIP-2 relativamente às aptidões sociais.

iii) Estudos Normativos

Tal como já referimos anteriormente, ao abordar o estudo dos parâmetros psicométricos da escala PTSD-CBCL (Modificada), não temos como objetivo, no âmbito desta investigação, apresentar dados normativos relativos ao TSDN. No entanto, expomos neste ponto os dados referentes à estatística descritiva (médias e desvios-padrão) do teste em função das variáveis género e idade, relativamente ao grupo da população geral. No que diz respeito à variável idade, a desigualdade do número de casos nas várias categorias e o reduzido número de casos em algumas delas, limitam a possibilidade de generalizar os resultados obtidos.

Apesar de os estudos atualmente existentes com o TSDN analisarem somente o desempenho dos sujeitos com base no total das respostas certas, no âmbito do presente estudo considerámos importante analisar também os totais dos erros e das omissões como medidas de impulsividade e de desatenção, respetivamente.

Neste contexto, a análise das diferenças nas médias dos resultados do TSDN em função da variável género foi realizada com recurso ao teste t para amostras independentes e ao cálculo da magnitude do efeito tipo d , no que concerne aos totais dos acertos, erros e omissões. Da análise da Tabela 6.20 constatamos que não existem

diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos nos totais dos acertos, erros e omissões em função da variável género, no grupo da população geral. Da análise das magnitudes do efeito, relativamente à variável género observam-se valores considerados pequenos, segundo a classificação de Cohen (1988).

Tabela 6.20

*Comparação das Médias dos Resultados do Teste Stroop Dia-Noite (Acertos, Erros e Omissões) no Grupo da População Geral em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste *t* e Magnitude do Efeito*

Teste Stroop Dia-Noite	Género						<i>t</i>	<i>d</i>
	Feminino			Masculino				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total de Acertos	41	11.78	3.88	66	11.38	4.76	.455	.09
Total de Erros	41	3.02	3.57	66	3.70	3.99	-.881	.17
Total de Omissões	41	1.20	1.43	66	0.92	1.42	.956	.19

Na Tabela 6.21 são apresentadas as médias obtidas em função da idade. Os dados presentes nesta tabela permitem-nos constatar que existe um aumento progressivo (exceto entre as faixas etárias dos 5 anos e dos 5^{1/2} anos) nos resultados relativos ao total de acertos ao longo das faixas etárias. Por outro lado, observa-se um decréscimo progressivo nos resultados referentes ao total de erros (exceto, mais uma vez, entre as faixas etárias dos 5 anos e dos 5^{1/2} anos). Nos resultados referentes ao total de omissões observa-se também um decréscimo, embora não linear, ao longo das seis faixas etárias.

As diferenças entre médias nos resultados do TSDN em função da idade foram estudadas através de uma ANOVA *one-way*. Tendo em conta o número reduzido de crianças nas faixas etárias dos 3^{1/2} e dos 6 anos, optou-se por retirar estas categorias da análise.

Assim, a análise dos resultados do TSDN para as quatro faixas etárias restantes (4 anos, 4^{1/2} anos, 5 anos e 5^{1/2} anos), com recurso à análise da variância *one-way* entre grupos, revela a existência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos para o total de acertos em função das várias faixas etárias, $F(3) = 4.334$, $p = .007$.

Tabela 6.21

Comparação da Média dos Resultados do Teste Stroop Dia-Noite em função da Idade – Grupo da População Geral

Faixa Etária	Teste Stroop Dia-Noite								
	Acertos			Erros			Omissões		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
3 ^{1/2} anos	7	4.57	5.03	7	8.57	4.79	7	2.86	2.48
4 anos	19	9.37	5.35	19	5.63	4.72	19	1.00	1.20
4 ^{1/2} anos	25	11.64	3.09	25	2.80	2.72	25	1.56	1.61
5 anos	29	13.34	3.03	29	2.14	2.76	29	.52	.79
5 ^{1/2} anos	21	12.48	4.01	21	2.81	3.56	21	.71	1.19
6 anos	6	14.00	2.10	6	1.67	1.63	6	.33	.52
Total	107	11.53	4.42	107	3.44	3.83	107	1.03	1.42

O teste *post-hoc* de Bonferroni revelou que as faixas etárias dos 5 anos e dos 5^{1/2} anos apresentam um número significativamente maior de acertos no TSDN que a faixa etária dos 4 anos (ver Tabela 6.22).

Tabela 6.22

Diferenças no Total do Número de Acertos no Teste Stroop Dia-Noite em função da Idade – Grupo da População Geral

	Faixa Etária					
	4	4	4	4 ^{1/2}	4 ^{1/2}	5
	vs.	vs.	vs.	vs.	vs.	vs.
	4 ^{1/2}	5	5 ^{1/2}	5	5 ^{1/2}	5 ^{1/2}
TSDN Total Acertos	ns	**	**	ns	ns	ns

** $p < .01$

Similarmente, a análise dos resultados para as quatro faixas etárias do TSDN, com recurso à análise da variância *one-way* entre grupos, revela a existência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos para o total de erros em função das várias faixas etárias, $F(3) = 4.368$, $p = .006$. O teste *post-hoc* de Bonferroni revelou que a faixa etária dos 4 anos apresenta significativamente maior número de erros no TSDN que as dos 4^{1/2} anos e dos 5 anos, e tende a apresentar significativamente maior número de erros no TSDN que a faixa etária dos 5^{1/2} anos (ver Tabela 6.23).

Tabela 6.23

Diferenças no Total do Número de Erros no Teste Stroop Dia-Noite em função da Idade – Grupo da População Geral

	Faixa Etária					
	4	4	4	4 ^{1/2}	4 ^{1/2}	5
	vs. 4 ^{1/2}	vs. 5	vs. 5 ^{1/2}	vs. 5	vs. 5 ^{1/2}	vs. 5 ^{1/2}
TSDN Total Erros	*	**	†	ns	ns	ns

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

Observa-se também a existência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos para o total de omissões em função das várias faixas etárias, $F(3) = 3.575$, $p = .017$, através da comparação das médias dos resultados para as quatro faixas etárias do TSDN, com recurso à análise da variância *one-way* entre grupos. O teste *post-hoc* de Bonferroni revelou que a faixa etária dos 4^{1/2} anos apresenta significativamente maior número de omissões no TSDN que a faixa etária dos 5 anos (ver Tabela 6.24).

Tabela 6.24

Diferenças no Total do Número de Omissões no Teste Stroop Dia-Noite em função da Idade – Grupo da População Geral

	Faixa Etária					
	4	4	4	4 ^{1/2}	4 ^{1/2}	5
	vs. 4 ^{1/2}	vs. 5	vs. 5 ^{1/2}	vs. 5	vs. 5 ^{1/2}	vs. 5 ^{1/2}
TSDN Total Omissões	ns	ns	ns	*	ns	ns

* $p < .05$

Após a realização de estudos relativos às qualidades psicométricas da escala PTSD-CBCL (Modificada) e do TSDN, encontramos-nos em condições de avançar para a análise comparativa dos resultados obtidos por crianças vítimas de maltrato (grupo de estudo) e não vítimas de maltrato (grupo de controlo) relativamente ao seu funcionamento cognitivo e socioemocional.

6.2. Análise Comparativa dos Resultados Obtidos por Crianças Vítimas e Não Vítimas de Maltrato

Neste ponto serão apresentados os estudos referentes à análise comparativa dos resultados obtidos por 107 crianças vítimas de maltrato acolhidas em CATs, CAOTs e Lares – grupo de estudo –, e por 64 crianças não vítimas de situações traumáticas – grupo de controlo. O grupo de controlo foi emparelhado com o grupo de estudo através do método de pares idênticos, em função das seguintes características sociodemográficas: idade, sexo, etnia e nível socioeconómico (NSE)⁴³. Como pudemos analisar no ponto 5.3.1 (“*Caracterização da Amostra*”) da presente dissertação, existe equivalência entre estes dois grupos relativamente às variáveis idade, sexo, etnia e nível socioeconómico.

Os resultados da análise comparativa entre o grupo de estudo e o grupo de controlo serão expostos de acordo com a sequência das hipóteses formuladas no ponto 2 do capítulo 5 da presente dissertação, designadamente, hipótese 1 relativa ao impacto do maltrato sobre o desempenho intelectual, hipótese 2 referente ao impacto do maltrato sobre o funcionamento neuropsicológico e hipóteses 3, 4 e 5 relacionadas com o impacto do maltrato no funcionamento socioemocional destas crianças em idade pré-escolar.

Para testar estas cinco hipóteses recorreu-se ao teste *t* de Student para amostras independentes, no sentido de comparar o grupo de estudo com o grupo de controlo quanto aos resultados obtidos nas várias medidas. Como complemento ao teste de significância efetuou-se ainda o cálculo da magnitude do efeito tipo *d*, como medida da diferença entre médias em termos de unidades de desvio-padrão, no sentido de avaliar a “força” da mesma.

Passamos então à análise individual de cada uma das hipóteses.

⁴³ Apesar de inicialmente recolhermos um número de crianças não vítimas de situações traumáticas idêntico ao número de crianças vítimas de maltrato ($n = 107$), optou-se por retirar 31 crianças de NSE médio e 11 de NSE elevado por forma a salvaguardar a equivalência entre os grupos (estudo vs. controlo), para se efetuarem os estudos comparativos, ficando assim o grupo de controlo apenas com 64 crianças (ver explicação no capítulo 5). O grupo inicial de 107 crianças não vítimas de situações traumáticas foi denominado de grupo da população geral e anteriormente utilizado nos estudos de adaptação dos instrumentos (ponto 1 deste capítulo).

Hipótese 1: “Prevê-se que as crianças do grupo de vítimas de maltrato apresentem resultados significativamente inferiores nos QIs Verbal, de Realização e da Escala Completa da WPPSI-R aos das crianças do grupo de controlo”.

A análise da Tabela 6.25 leva-nos a confirmar a hipótese formulada. Podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controlo, quer nas escalas Verbal e de Realização, $t(160.811) = -11.213$, $p < .001$ e $t(169) = -9.206$, $p < .001$, respetivamente, quer na Escala Completa, $t(169) = -11.476$, $p < .001$. Considerando a classificação proposta por Cohen da análise das magnitudes do efeito tipo d , os valores observados encontram-se inseridos na categoria de efeito “grande” (“*large*”). Assim, as crianças vítimas de maltrato apresentam índices significativamente inferiores de desempenho intelectual que as crianças não vítimas, relativamente ao QI Verbal, ao QI de Realização e ao QI da Escala Completa da WPPSI-R. Podemos verificar ainda, na Tabela 6.25, que as crianças do grupo de estudo apresentam um QI Verbal ligeiramente inferior ao de Realização, todavia ambos os QIs são classificados em níveis “*médios*” (90-109), segundo Wechsler (2003). O grupo de controlo apresenta uma classificação para os três QIs da WPPSI-R de nível “*médio superior*” (110-119) (Wechsler, 2003).

Tabela 6.25

Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados Padronizados da WPPSI-R: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados da WPPSI-R	Grupo de Estudo			Grupo de Controlo			<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
QI Verbal	107	91.17	14.50	64	113.00	10.81	-11.213***	1.77
QI Realização	107	95.40	12.71	64	113.92	12.77	-9.206***	1.45
QI Escala Completa	107	91.98	13.59	64	115.92	12.51	-11.476***	1.81

*** $p < .001$ (*one-tailed*)

Hipótese 2: “Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de maltrato apresente um desempenho nas tarefas de controlo inibitório (2a), de atenção seletiva (2b) e de memória (2c) significativamente inferior ao das crianças do grupo de controlo”.

Os valores apresentados na Tabela 6.26, confirmam as três alíneas da hipótese formulada relativamente às diferenças entre o grupo de estudo e o grupo de controlo no

que concerne ao desempenho nas tarefas de controlo inibitório, de atenção seletiva e de memória.

No que diz respeito à alínea a) da hipótese 2, referente ao controlo inibitório avaliado através do *Teste Stroop Dia-Noite* (TSDN), o grupo de crianças vítimas de maltrato revela um desempenho significativamente inferior ao grupo de controlo, apresentando um total de acertos significativamente inferior, $t(166) = -4.076, p < .001$ e um total de erros e de omissões significativamente superior, $t(166) = 2.553, p = .006$ e $t(159.61) = 4.243, p < .001$, respetivamente (ver Tabela 6.26).

Tabela 6.26

Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Brutos) nas Tarefas Neuropsicológicas: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Média dos Resultados nas Tarefas Neuropsicológicas	Grupo de Estudo			Grupo de Controlo			t	d
	n	M	DP	n	M	DP		
TSDN								
Total de Acertos	104 ^a	8.47	4.97	64	11.55	4.37	-4.076***	.65
Total de Erros	104 ^a	4.95	4.12	64	3.34	3.70	2.553**	.41
Total de Omissões	104 ^a	2.58	2.99	64	1.11	1.47	4.243***	.67
Teste de Barragem da NEPSY								
Total de Acertos	107	29.59	5.67	64	32.92	4.83	-3.927***	.62
Total de Erros	107	4.76	7.35	64	2.83	5.50	1.952*	.31
Total de Omissões	107	10.43	5.68	64	6.92	4.67	4.378***	.69
Tempo Total de Realização	107	262.79	65.99	64	237.58	57.64	2.533**	.40
Resultado Total (exatidão e tempo de realização)	107	8.43	5.49	64	11.86	6.08	-3.795***	.60
Teste Memória de Faces da BANC								
Reconhecimento Imediato	105 ^b	8.76	2.61	64	9.48	3.23	-1.593 [†]	.25
Reconhecimento Diferido	105 ^b	8.68	2.87	64	9.91	3.63	-2.306*	.37

[†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (one-tailed)

^a Dada a ausência de respostas corretas de três crianças durante a fase de ensaio do TSDN, não se prosseguiu com a aplicação do mesmo a estas crianças.

^b Duas crianças não realizaram o *Teste Memória de Faces* devido à não compreensão das instruções.

Similarmente, no *Teste de Barragem* da NEPSY, que tem como objetivo avaliar o domínio da atenção seletiva (alínea b da hipótese 2), as crianças do grupo de estudo registaram médias significativamente inferiores às crianças do grupo de controlo, quer no total de acertos, $t(169) = -3.927, p < .001$, quer no resultado total do teste, $t(169) = -3.795, p < .001$ (ver Tabela 6.26). Pode-se também constatar que, tal como no TSDN, as crianças vítimas de maltrato apresentam no *Teste de Barragem* da NEPSY médias significativamente superiores às das crianças do grupo de controlo no que concerne aos totais de erros, $t(160.61) = 1.952, p = .026$, e de omissões, $t(152.82) = 4.378, p < .001$, o que poderá apontar para uma certa impulsividade e desatenção por parte das primeiras. Verifica-se, ainda, na Tabela 6.26 que o tempo total de realização despendido pelas crianças do grupo de estudo é significativamente superior ao do grupo de controlo, $t(169) = -3.795, p < .001$, demorando em média mais 25 segundos (sendo o tempo limite de realização do teste de 360 segundos).

Por último, nas tarefas relativas à memória, referentes à alínea c) da hipótese 2, na análise da Tabela 6.26 pode-se verificar que, também neste domínio, as crianças do grupo de estudo apresentam um desempenho inferior ao das crianças do grupo de controlo. Assim, na Prova de Reconhecimento Imediato do *Teste de Memória de Faces* da BANC as crianças do grupo de estudo registam um resultado marginalmente inferior, $t(167) = -1.593, p = .056$, e na Prova de Reconhecimento Diferido um resultado significativamente inferior, $t(110.29) = -2.306, p = .012$, que as crianças do grupo de controlo.

Da análise das magnitudes do efeito tipo *d*, referentes quer aos resultados obtidos no TSDN (acertos e omissões), quer aos resultados obtidos no *Teste de Barragem* da NEPSY (acertos, omissões e resultado total) relativa às alíneas a) e b) da hipótese 2, todos os valores refletem um efeito considerado médio, oscilando entre .60 e .69. Os valores da magnitude do efeito referentes aos resultados obtidos no *Teste de Memória de Faces* da BANC (alínea c da hipótese), apresentam um efeito considerado pequeno, quer na Prova de Reconhecimento Imediato que evidencia valor marginalmente significativo relativo à diferença entre os grupos ($p = .056$), quer na Prova de Reconhecimento Diferido.

Face aos resultados descritos, podemos concluir que o grupo de estudo apresenta um desempenho significativamente inferior ao do grupo de controlo nas tarefas neuropsicológicas aplicadas, particularmente no que concerne ao controlo inibitório e à atenção seletiva.

A partir da análise das matrizes de correlações entre os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação, quer no grupo de estudo (ver Anexo Q.1), quer no grupo de controlo (ver Anexo Q.2), constata-se uma associação positiva significativa ($p < .05$ e $p < .01$) entre o desempenho intelectual e o desempenho nas tarefas neuropsicológicas (exceto com a memória no grupo de controlo), embora com uma magnitude fraca ou moderadamente fraca.

Hipótese 3: “Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de maltrato apresente índices significativamente superiores de sintomatologia de PTSD que o grupo de controlo”.

A análise dos resultados obtidos na escala PTSD-CBCL (Modificada), apresentados nas Tabelas 6.27 e 6.28, confirmam a hipótese 3, ou seja, as crianças vítimas de maltrato apresentam resultados significativamente superiores de sintomatologia de PTSD que o grupo de controlo, quer em contexto de jardim-de-infância, $t(103.20) = 5.579$, $p < .001$, quer em contexto cuidadores, $t(118) = 2.584$, $p = .006$.

Igualmente, nas três subescalas da escala PTSD-CBCL (Modificada), correspondentes aos três fatores obtidos a partir da análise fatorial exploratória realizada no ponto 1 do presente capítulo, as crianças vítimas de maltrato apresentam resultados significativamente superiores aos das crianças não vítimas.

Tabela 6.27

Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Jardim-de-Infância (23 Itens): Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados da PTSD-CBCL (Modificada)	Grupo de Estudo			Grupo de Controlo			t	d
	n	M	DP	n	M	DP		
Alterações na Reatividade/ Dependência Emocional	84	5.69	4.23	61	2.95	2.61	4.805***	.80
Reexperiência/Estados Emocionais Negativos	71	2.96	2.64	55	.98	1.31	5.487***	.99
Queixas Somáticas/Isolamento Social	85	.85	1.64	64	.16	.44	3.714***	.61
Total da Escala PTSD-CBCL (Modificada – 23 itens)	70	9.30	7.10	54	3.93	3.34	5.579***	1.01

*** $p < .001$ (one-tailed)

Mais especificamente, constata-se na Tabela 6.27 que, no contexto jardim-de-infância, as crianças do grupo de estudo apresentam resultados significativamente superiores aos das crianças do grupo de controlo na subescala *Alterações na Reatividade/Dependência Emocional*, $t(139.69) = 4.805$, $p < .001$, na subescala *Reexperiência/Estados Emocionais Negativos*, $t(107.53) = 5.487$, $p < .001$, e na subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social*, $t(99.97) = 3.714$, $p = .001$.

Os valores obtidos através do cálculo da magnitude do efeito revelam que as diferenças nos resultados relativos à sintomatologia de PTSD apresentados no contexto jardim-de-infância se traduzem num efeito elevado do grupo, exceto a subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social* que evidencia um efeito médio.

Similarmente, na Tabela 6.28 verifica-se que, no contexto cuidadores, as crianças do grupo de vítimas de maltrato evidenciam resultados significativamente superiores aos das crianças do grupo de não vítimas nas três subescalas, nomeadamente, subescala *Alterações na Reatividade/Dependência Emocional*, $t(133.93) = 1.697$, $p = .046$, subescala *Reexperiência/Estados Emocionais Negativos*, $t(120.60) = 2.499$, $p = .007$, e subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social*, $t(140) = 1.842$, $p = .034$.

Tabela 6.28

Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Cuidadores (25 Itens): Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados da PTSD-CBCL (Modificada)	Grupo de Estudo			Grupo de Controlo			t	d
	n	M	DP	n	M	DP		
Alterações na Reatividade/Dependência Emocional	78	6.24	4.41	58	5.14	3.19	1.697*	.29
Reexperiência/Estados Emocionais Negativos	73	2.93	3.08	60	1.85	1.84	2.499**	.44
Queixas Somáticas/Isolamento Social	78	.82	1.277	64	.47	.93	1.842*	.31
Total da Escala PTSD-CBCL (Modificada – 25 itens)	71	10.97	7.95	56	8.02	4.83	2.584**	.46

* $p < .05$, ** $p < .01$ (one-tailed)

Relativamente à análise das magnitudes do efeito verifica-se que, no contexto cuidadores, todas as diferenças apresentam valores com um efeito pequeno do grupo, sendo a dimensão *Reexperiência/Estados Emocionais Negativos* a que apresenta valores mais elevados, traduzindo um efeito mais pronunciado do grupo sobre esta dimensão,

quer no contexto jardim-de-infância (.99), quer no contexto cuidadores (.44), embora este último seja considerado pequeno encontra-se próximo do limiar classificado como médio (.50). Similarmente, o valor da magnitude do efeito relativa à diferença entre os resultados obtidos no total da escala no contexto cuidadores (.46) se encontra próximo do limiar considerado médio.

Por último, observa-se que, nas subescalas da PTSD-CBCL (Modificada), as crianças apresentam resultados mais elevados no contexto cuidadores do que no contexto jardim-de-infância, quer no grupo de estudo quer no grupo de controlo. Em particular na subescala *Alterações na Reatividade/Dependência Emocional*, as crianças do grupo de controlo no contexto cuidadores apresentam resultados mais elevados ($M = 5.14$, $DP = 3.19$) do que no contexto jardim-de-infância ($M = 2.95$, $DP = 2.61$).⁴⁴

Pode-se ainda observar nas Tabelas 6.27 e 6.28 que o efeito do grupo é mais pronunciado no contexto jardim-de-infância do que no contexto cuidadores.

Em suma, conclui-se que as crianças vítimas de maltrato apresentam índices significativamente superiores de sintomatologia de PTSD que as crianças não vítimas de maltrato.

Hipótese 4: “Prevê-se que as crianças do grupo de vítimas de maltrato apresentem resultados significativamente superiores de desempenho no subteste *Completamento de Gravuras* da WPPSI-R que as crianças do grupo de controlo”.

Dos dados apresentados na Tabela 6.29 podemos concluir que a hipótese 4 não se confirma. É o grupo de controlo que apresenta índices significativamente superiores no subteste *Completamento de Gravuras*, $t(169) = -6.330$, $p < .001$, comparativamente com as crianças do grupo de estudo, tal como se verifica para todos os outros subtestes da WPPSI-R aplicados. A análise das magnitudes do efeito indica que a maioria apresenta valores superiores a .80, o que representa efeitos “grandes”, exceto a diferença entre os resultados obtidos no subteste *Figuras Geométricas*, com uma magnitude do efeito considerada média.

No entanto, constata-se que no grupo de crianças vítimas de maltrato a média do subteste *Completamento de Gravuras* é a mais elevada comparativamente às restantes médias dos outros subtestes da WPPSI-R. A formulação desta hipótese baseava-se na

⁴⁴ Dada a diferença do número de itens em ambos os contextos (jardim-de-infância vs. cuidadores) a comparação não pode ser feita relativamente ao resultado total.

previsão de que o subteste *Completamento de Gravuras* da WPPSI-R poderia ser um possível indicador de hipervigilância na PTSD.

Tabela 6.29

Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Padronizados) dos Subtestes da WPPSI-R: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados da WPPSI-R	Grupo de Estudo			Grupo de Controlo			t	d
	n	M	DP	n	M	DP		
Subtestes da Escala Verbal								
Informação	107	9.26	2.56	64	12.92	2.26	-9.432***	1.49
Compreensão	107	7.57	2.88	64	11.14	2.74	-8.001***	1.26
Aritmética	107	9.08	2.61	64	12.38	2.50	-8.092***	1.28
Vocabulário	107	8.73	2.52	64	11.67	1.99	-7.968***	1.26
Semelhanças	107	9.08	2.14	64	11.84	1.95	-8.433***	1.33
Subtestes da Escala de Realização								
Composição de Objetos	107	10.09	2.05	64	12.27	2.08	-6.662***	1.05
Figuras Geométricas	107	8.70	3.08	64	10.95	3.09	-4.616***	.73
Quadrados	107	9.80	2.52	64	13.81	2.56	-9.995***	1.58
Labirintos	107	8.90	2.39	64	11.00	2.31	-5.637***	.89
Completamento de Gravuras	107	10.45	2.32	64	12.75	2.27	-6.330***	1.00

*** $p < .001$ (one-tailed)

Para explorar melhor esta possibilidade, foram analisadas as diferenças entre os resultados obtidos somente com o grupo de crianças vítimas de abuso e múltiplo maltrato ($n = 44$), excluindo as crianças vítimas de negligência; apesar de uma ligeira subida na média dos resultados obtidos no subteste *Completamento de Gravuras* por este grupo ($M = 10.89$), este não alcançou resultados significativamente superiores de desempenho comparativamente com o grupo de crianças não vítimas.

Hipótese 5: “Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de maltrato apresente índices significativamente superiores de problemas de comportamento (5a) e significativamente inferiores de aptidões sociais (5b) aos do grupo de controlo”.

Os resultados das ECIP-2 descritos nas Tabelas 6.30 e 6.31 comprovam as duas alíneas da hipótese 5, apontando para diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças vítimas de maltrato e o grupo de crianças não vítimas no que se refere

ao domínio de problemas de comportamento e ao de aptidões sociais, quer no contexto jardim-de-infância quer no contexto cuidadores.

Neste sentido, quanto à alínea a) da hipótese 5 pode-se constatar (ver Tabelas 6.30 e 6.31) que o grupo de estudo apresenta médias significativamente superiores que o grupo de controlo na escala de *Problemas de Comportamento*, quer em contexto jardim-de-infância, $t(123) = 4.558$, $p < .001$, quer em contexto cuidadores, $t(112) = 2.743$, $p = .003$.

Tabela 6.30

Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Padronizados)⁴⁵ das ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados das ECIP-2	Grupo de Estudo			Grupo de Controlo			t	d
	n	M	DP	n	M	DP		
Escala de Aptidões Sociais								
Interação Social/Empatia	81	93.75	15.87	62	97.84	13.00	-1.647 [†]	.28
Independência Social/Assertividade	78	91.87	17.44	64	102.75	10.59	-4.577***	.77
Cooperação/Ajustamento Social	79	93.23	17.00	63	101.54	12.78	-3.324***	.56
Total Aptidões Sociais	75	92.52	15.99	61	100.82	10.86	-3.591***	.62
Escala de Problemas de Comportamento								
Problemas Externalizantes	82	107.84	18.35	57	97.88	19.03	3.101**	.53
Problemas Internalizantes	71	105.03	19.60	57	93.86	11.98	3.966***	.71
Total Problemas de Comportamento	71	108.18	18.05	54	95.28	13.60	4.558***	.82
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento								
Oposição/Explosivo	85	108.89	17.85	61	99.00	15.04	3.523***	.59
Excesso de Atividade /Desatenção	85	105.06	20.61	60	97.40	17.91	2.324*	.39
Antissocial/Agressivo	83	107.59	17.92	60	100.67	15.46	2.413**	.41
Isolamento Social	84	105.55	16.71	62	96.32	12.09	3.869***	.61
Ansiedade/Queixas Somáticas	72	105.24	15.50	59	92.98	12.28	4.934***	.87

[†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (one-tailed)

⁴⁵ Como já referenciámos no ponto 5.3.2 da presente dissertação, as normas das ECIP-2 foram cedidas pela autora das mesmas (Major, 2011).

O mesmo se verifica nas subescalas *Problemas de Comportamento Externalizantes* e *Problemas de Comportamento Internalizantes*, tanto para o contexto jardim-de-infância, $t(137) = 3.101$, $p = .001$ e $t(118.30) = 3.966$, $p < .000$, respetivamente, como para o contexto cuidadores, $t(117) = 1.759$, $p = .040$ e $t(121) = 2.689$, $p = .004$, respetivamente.

No entanto, no contexto cuidadores das ECIP-2 (ver Tabela 6.31), em duas das cinco subescalas suplementares de problemas de comportamento não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, nomeadamente, na subescala suplementar *Oposição/Explosivo*, $t(127.68) = -.059$, $p = .476$, e na subescala suplementar *Excesso de Atividade/Desatenção* $t(121) = -.070$, $p = .472$.

Tabela 6.31

Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto às Médias de Resultados (Padronizados) das ECIP-2 – Contexto Cuidadores: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados das ECIP-2	Grupo de Estudo			Grupo de Controlo			t	d
	n	M	DP	n	M	DP		
Escala de Aptidões Sociais								
Interação Social/Empatia	78	78.82	24.48	55	101.33	14.91	-6.573***	1.16
Independência Social/Assertividade	76	90.83	21.93	53	102.75	14.16	-3.751***	.67
Cooperação/Ajustamento Social	78	93.85	19.23	54	101.15	13.88	-2.534**	.45
Total Aptidões Sociais	74	86.77	21.40	49	102.55	14.64	-4.855***	.89
Escala de Problemas de Comportamento								
Problemas Externalizantes	71	105.85	22.50	48	99.27	15.57	1.759*	.33
Problemas Internalizantes	74	104.99	18.35	49	96.37	15.85	2.689**	.50
Total Problemas de Comportamento	69	105.48	19.08	45	95.27	19.94	2.743**	.53
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento								
Oposição/Explosivo	76	98.86	20.07	54	99.04	14.96	-.059	.01
Excesso de Atividade/Desatenção	74	99.31	25.60	53	99.57	15.08	-.070	.01
Antissocial/Agressivo	75	113.01	22.88	56	98.48	15.28	4.352***	.77
Isolamento Social	76	108.91	20.60	54	97.41	16.61	3.393***	.60
Ansiedade/Queixas Somáticas	76	101.22	16.74	53	95.57	16.36	1.906*	.34

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (one-tailed)

O mesmo não se verifica no contexto jardim-de-infância (ver Tabela 6.30), no qual o grupo de estudo apresenta médias significativamente superiores (entre $p < .001$ a $p < .01$) ao grupo de controlo em todas as subescalas suplementares de problemas de comportamento.

No que concerne às magnitudes do efeito tipo d referente à força das diferenças entre os grupos observadas nos resultados obtidos na escala e subescalas de problemas de comportamento das ECIP-2 no contexto jardim-de-infância (ver Tabela 6.30), verifica-se que estes são maioritariamente médios, havendo um efeito grande no total *Problemas de Comportamento* e na subescala suplementar *Ansiedade/Queixas Somáticas*. Relativamente à análise das magnitudes dos efeitos no contexto cuidadores referentes a problemas de comportamento das ECIP-2 (ver Tabela 6.31) os efeitos são médios, com exceção das subescalas *Problemas Externalizantes*, *Oposição/Explosivo*, *Excesso de Atividade/Desatenção* e *Ansiedade/Queixas Somáticas* nas quais o efeito é pequeno.

No que se refere à alínea b) da hipótese 5 também se observa que o grupo de crianças vítimas de maltrato apresenta resultados significativamente inferiores na escala de *Aptidões Sociais* que o grupo de crianças não vítimas, quer em contexto jardim-de-infância, $t(130.14) = -3.591$, $p < .001$, quer em contexto cuidadores, $t(120.84) = -4.855$, $p < .001$ (ver Tabelas 6.30 e 6.31). Igualmente, nas três subescalas de aptidões sociais, designadas por *Interação Social/Empatia*, *Independência Social/Assertividade* e *Cooperação/Ajustamento Social*, o grupo de estudo apresenta níveis significativamente inferiores que o grupo de controlo, quer em contexto jardim-de-infância quer em contexto cuidadores ($p < .001$ a $p < .01$), excetuando-se a subescala *Interação Social/Empatia* no contexto jardim-de-infância, na qual o nível de diferença entre o grupo de estudo e o grupo de controlo é marginalmente significativo, $t(141) = -1.647$, $p = .051$. Da análise das magnitudes do efeito relativas à diferença entre os resultados obtidos nas aptidões sociais constata-se que os valores no contexto jardim-de-infância representam efeitos médios (valores entre .56 e .77), exceto na subescala *Interação Social/Empatia* (.28), e no contexto cuidadores evidenciam efeitos grandes (1.16 e .89), médio (.67) e pequeno (.45).

Note-se que no contexto cuidadores os efeitos do grupo são mais acentuados na Escala de Aptidões Sociais do que na de Problemas de Comportamento, o que não se verifica no contexto de jardim-de-infância.

Todavia, podemos constatar que todas as médias dos resultados obtidos pelo grupo de estudo nas ECIP-2, excetuando a média da subescala *Interação Social/Empatia* no contexto cuidadores ($M = 78.82$), oscilam dentro dos valores considerados médios ($M = 100$ e $DP = 15$). Da mesma forma, no grupo de controlo todas as médias dos resultados obtidos nas ECIP-2 oscilam dentro dos valores considerados médios ($M = 100$ e $DP = 15$). No entanto, apesar de os resultados médios obtidos nas ECIP-2 pelas crianças do grupo estudo não se afastarem da média normativa mais do que um desvio-padrão, os resultados relativos aos níveis de risco indicam que algumas crianças se encontram em risco médio ou elevado no que respeita a défices de aptidões sociais ou problemas de comportamento, quer em contexto jardim-de-infância (ver Tabela 6.32), quer em contexto cuidadores (ver Tabela 6.33).

Tabela 6.32

Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto aos Níveis de Risco Definidos pelas ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância: Distribuição por Categorias em Termos Percentuais e Teste do χ^2 por Simulação Monte Carlo

Resultados das ECIP-2	Níveis de Risco ^a								χ^2
	Grupo de Estudo				Grupo de Controlo				
	<i>n</i>	% 0	% 1	% 2	<i>n</i>	% 0	% 1	% 2	
Escala de Aptidões Sociais									
Interação Social/Empatia	81	73	17	10	62	82	13	5	2.002
Independência Social/Assertividade	78	71	14	15	64	94	6	0	14.242**
Cooperação/Ajustamento Social	79	71	16	13	63	89	9	2	8.244**
Total Aptidões Sociais	75	73	17	10	61	90	10	0	8.225**
Escala de Problemas de Comportamento									
Problemas Externalizantes	82	67	16	17	57	86	12	2	9.214**
Problemas Internalizantes	71	68	20	12	57	98	2	0	19.585***
Total Problemas de Comportamento	71	61	21	18	54	93	5	2	16.812***
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento									
Oposição/Explosivo	85	61	22	17	61	79	20	1	9.314**
Excesso de Atividade/Desatenção	85	71	14	15	60	80	15	5	3.815†
Antissocial/Agressivo	83	70	19	11	60	82	15	3	3.564
Isolamento Social	84	69	19	12	62	90	10	0	11.527**
Ansiedade/Queixas Somáticas	72	70	22	8	59	97	3	0	16.216***

† $p < .10$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (one-tailed)

^a Níveis de risco: 0 = sem risco, 1 = risco moderado (um a dois desvios-padrão afastados da média) e 2 = risco elevado (dois ou mais desvios-padrão afastados da média).

Para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controlo na distribuição de crianças pelos níveis de risco que a escala ECIP-2 permite determinar (sem risco, risco moderado e risco elevado) recorreu-se ao teste do *Qui-Quadrado* por simulação *Monte Carlo*, dado algumas das categorias da variável nominal possuírem um número de sujeitos inferior a cinco.

Estas análises, apresentadas nas Tabelas 6.32 e 6.33, permitem constatar que, quer no contexto jardim-de-infância, quer no contexto cuidadores, e na maioria das escalas e subescalas das ECIP-2, existe uma sobrerrepresentação de crianças do grupo estudo nos níveis de risco moderado e elevado, por comparação com o que se verifica no grupo de controlo.

Tabela 6.33

Comparação entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Controlo quanto aos Níveis de Risco Definidos pelas ECIP-2 – Contexto Cuidadores: Distribuição por Categorias em Termos Percentuais e Teste do χ^2 por Simulação Monte Carlo

Resultados das ECIP-2	Níveis de Risco ^a								χ^2
	Grupo de Estudo				Grupo de Controlo				
	<i>n</i>	%	%	%	<i>n</i>	%	%	%	
Escala de Aptidões Sociais									
Interação Social/Empatia	78	40	15	45	55	84	9	7	27.284***
Independência Social/Assertividade	76	60	15	25	53	85	12	3	11.509**
Cooperação/Ajustamento Social	78	58	23	19	54	91	6	3	17.025***
Total Aptidões Sociais	74	54	15	31	49	86	14	0	19.669***
Escala de Problemas de Comportamento									
Problemas Externalizantes	71	66	13	21	48	83	12	4	6.917*
Problemas Internalizantes	74	78	8	14	49	92	4	4	4.061 [†]
Total Problemas de Comportamento	69	75	9	16	45	92	4	4	4.687 [†]
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento									
Oposição/Explosivo	76	78	6	16	54	90	6	4	4.989*
Excesso de Atividade/Desatenção	74	66	15	19	53	85	11	4	7.370*
Antissocial/Agressivo	75	57	15	28	56	91	4	5	18.035***
Isolamento Social	76	70	12	18	54	87	6	7	5.346*
Ansiedade/Queixas Somáticas	76	83	5	12	53	89	7	4	2.769

[†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (one-tailed)

^a Níveis de risco: 0 = sem risco, 1 = risco moderado (um a dois desvios-padrão afastados da média) e 2 = risco elevado (dois ou mais desvios-padrão afastados da média)

Assim, existe na maioria das escalas e subescalas uma percentagem significativamente superior de crianças vítimas de maltrato com níveis muito baixos de aptidões sociais e muito elevados de problemas de comportamento, comparativamente com as crianças não vítimas, quer em contexto de jardim-de-infância quer em contexto cuidadores.

A título de exemplo, na subescala *Problemas de Comportamento Externalizantes*, contexto jardim-de-infância, no grupo de estudo existem 16% de crianças com nível de risco moderado e 17% com nível de risco elevado, enquanto no grupo de controlo existem apenas 12% de crianças com nível de risco moderado e 2% com nível de risco elevado, $\chi^2(2) = 9.214, p = .004$. Similarmente, na escala *Aptidões Sociais*, no contexto cuidadores, no grupo de estudo existem 15% de crianças com nível de risco moderado e 31% com nível de risco elevado, enquanto no grupo de controlo existem 14% de crianças com nível de risco moderado e 0% com nível de risco elevado, $\chi^2(2) = 19.669, p < 001$.

Em termos gerais, podemos concluir que as crianças vítimas de maltrato apresentam índices significativamente superiores de problemas de comportamento e significativamente inferiores de aptidões sociais que as crianças não vítimas.

A partir da análise da matriz de correlações entre os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação no grupo de estudo (ver Anexo Q.1) constata-se uma associação negativa significativa ($p < .05$ e $p < .01$) entre os índices de sintomatologia de PTSD (no contexto cuidadores) e de problemas de comportamento (nos contextos jardim-de-infância e cuidadores) com o desempenho intelectual e o desempenho em tarefas neuropsicológicas (controlo inibitório e atenção seletiva), embora com uma magnitude fraca e moderadamente fraca. Verifica-se, ainda nesta matriz, uma associação positiva significativa ($p < .05$ e $p < .01$) entre os índices de aptidões sociais (nos contextos jardim-de-infância e cuidadores) e o desempenho intelectual e desempenho em tarefas de controlo inibitório, todavia com uma magnitude fraca a moderadamente fraca.

De seguida, passamos à análise dos resultados obtidos pelo grupo de estudo em função de variáveis específicas relacionadas com características da criança e da vitimação de abuso/negligência.

6.3. Análise dos Resultados Obtidos em Função de Variáveis Específicas do Contexto de Maltrato

Neste ponto serão apresentadas as análises dos resultados obtidos nos testes pelo grupo de estudo, referentes ao desempenho intelectual e ao funcionamento neuropsicológico e socioemocional, em função de variáveis específicas relacionadas com as características da criança e com a vitimação de abuso/negligência, nomeadamente: tipologia do maltrato; tempo de acolhimento; número de acolhimentos; características dos progenitores (presença de doença física/mental); e género da criança. Os resultados destas análises, tal como no ponto anterior, serão expostos de acordo com a sequência das hipóteses formuladas no capítulo 5 da presente dissertação.

Nesta análise, para testar as hipóteses 6, 8 e 9 recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes para analisar o possível impacto de, respetivamente: negligência vs. múltiplo maltrato; vários acolhimentos vs. um único acolhimento; e presença vs. ausência de doença física/mental nos progenitores das crianças vítimas de maltrato. Para a hipótese 7 recorreu-se ao teste de associação coeficiente de *Pearson* (*r*) para testar a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis índice de problemas de comportamento e tempo de acolhimento. Por último, a análise do possível impacto da variável género (feminino vs. masculino) no desempenho intelectual e no funcionamento neuropsicológico e socioemocional, referente à hipótese 10, foi realizada com recurso ao teste *t* para amostras independentes, numa direção bicaudal (*two-tailed*). Recorreu-se ainda ao cálculo da magnitude do efeito tipo *d*, como medida da diferença entre médias em termos de unidades de desvio-padrão, no sentido de avaliar a “força” da mesma.

Neste sentido, passamos então à análise individual de cada uma das hipóteses.

Hipótese 6: “Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato apresente resultados significativamente inferiores no desempenho intelectual (6a), nas tarefas de controlo inibitório (6b), de atenção seletiva (6c) e de memória (6d) e nas aptidões sociais (6e) e resultados significativamente superiores de problemas de comportamento (6f) e na sintomatologia de PTSD (6g), aos do grupo de crianças vítimas de negligência”.

Dos resultados apresentados nas Tabelas 6.34 a 6.39, esta hipótese é, na maioria das suas alíneas, refutada pelos dados. Assim, quanto à alínea a), relativa ao desempenho intelectual, podemos verificar na análise da Tabela 6.34 que não existem diferenças significativas entre o grupo de crianças vítimas de negligência e o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato no que se refere aos resultados obtidos quer nos QIs Verbal, $t(94) = .130, p = .448$, e de Realização, $t(94) = -.565, p = .287$, quer no QI da Escala Completa da WPPSI-R, $t(94) = -.188, p = .426$. Ao proceder-se ao cálculo da magnitude do efeito tipo d constata-se que o efeito do tipo de maltrato sobre os QIs apresenta magnitudes consideradas pequenas segundo a classificação de Cohen (1988).

Conclui-se, assim, que a alínea a) da hipótese 6 não se confirma, ou seja, o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato não apresenta um desempenho intelectual significativamente inferior ao do grupo de crianças vítimas de negligência.

Tabela 6.34

Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) na WPPSI-R de Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Múltiplo Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados da WPPSI-R	Negligência			Múltiplo Maltrato			t	d
	n	M	DP	n	M	DP		
QI Verbal	56	90.98	16.05	40	90.58	13.66	.130	.03
QI Realização	56	94.14	11.99	40	95.60	13.10	-.565	.12
QI Escala Completa	56	91.23	14.39	40	91.78	13.37	-.188	.04

No que concerne às alíneas b), c) e d) da hipótese 6, podemos observar na Tabela 6.35 que também não existem diferenças estatisticamente significativas no desempenho de tarefas neuropsicológicas entre o grupo de crianças vítimas de negligência e o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato, nos três testes aplicados, nomeadamente no TSDN, no *Teste de Barragem* da NEPSY e no *Teste Memória de Faces* da BANC, com todas as diferenças dos valores obtidos a não alcançarem o limiar de significância estatística, oscilando entre $p = .159$ e $p = .491$, exceto o resultado relativo ao total de erros do TSDN, no qual as crianças vítimas de múltiplo maltrato tendem a obter um total de erros superior marginalmente significativo ao das crianças vítimas de negligência, $t(91) = -1.553, p = .062$.

Tabela 6.35

*Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) nas Tarefas Neuropsicológicas de Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Múltiplo Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste *t* e Magnitude do Efeito*

Resultados nas Tarefas Neuropsicológicas	Negligência			Múltiplo Maltrato			<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
TSDN								
Total de Acertos	54	8.65	4.91	39	7.59	5.15	1.005	.21
Total de Erros	54	4.48	3.59	39	5.82	4.73	-1.553 [†]	.33
Total de Omissões	54	2.87	3.13	39	2.59	3.02	.433	.09
Teste de Barragem da NEPSY								
Total de Acertos	56	29.86	5.79	40	29.03	5.62	.703	.15
Total de Erros	56	4.79	7.73	40	4.75	7.06	.023	.00
Total de Omissões	56	10.18	5.82	40	10.98	5.63	-.670	.14
Tempo Total de Realização	56	265.77	66.41	40	258.93	68.63	.491	.10
Resultado Total (exatidão e tempo de realização)	56	8.29	5.40	40	8.63	5.97	-.290	.06
Teste Memória de Faces da BANC								
Reconhecimento Imediato	54	8.83	2.49	40	8.78	2.99	.103	.02
Reconhecimento Diferido	54	8.83	2.95	40	8.45	2.90	.627	.13

[†]*p* < .10 (*one-tailed*)

Da análise da magnitude do efeito tipo *d* observa-se que a maioria das diferenças nos resultados obtidos entre o grupo de crianças vítimas de negligência e o grupo de crianças vítimas de maltrato traduz um efeito pequeno, entre .00 e .33.

Tendo em consideração os resultados obtidos, conclui-se que as alíneas b), c) e d) da hipótese 6 não foram confirmadas: ou seja, o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato não apresenta desempenhos significativamente inferiores nas tarefas de controlo inibitório, de atenção seletiva e de memória em comparação com o grupo de crianças vítimas de negligência.

Os resultados apresentados nas Tabelas 6.36 e 6.37, referentes à alínea e) da hipótese 6, que postula que o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato obtém índices de aptidões sociais significativamente inferiores aos do grupo de crianças vítimas de negligência, diferem no que concerne aos dados obtidos entre o contexto jardim-de-infância e o contexto cuidadores das ECIP-2.

A partir dos resultados apresentados na Tabela 6.36 relativos ao contexto jardim-de-infância das ECIP-2, a alínea e) da hipótese 6 não se confirma, ou seja, não se observam resultados significativamente inferiores de índices de aptidões sociais no grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato, quando comparado com o grupo de crianças vítimas de negligência e, curiosamente, ao contrário do expectável, é o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato que apresenta resultados significativamente superiores, quer na escala de *Aptidões Sociais*, $t(67) = -1.920$, $p = .029$, quer na subescala *Interação Social/Empatia*, $t(72) = -1.795$, $p = .038$, e um resultado superior marginalmente significativo na subescala *Cooperação/Ajustamento Social*, $t(70) = -1.572$, $p = .060$.

Tabela 6.36

Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância de Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Múltiplo Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados das ECIP-2	Negligência			Múltiplo Maltrato			t	d
	n	M	DP	n	M	DP		
Escala de Aptidões Sociais								
Interação Social/Empatia	41	90.29	17.82	33	97.03	13.51	-1.795*	.42
Independência Social/ Assertividade	40	89.38	18.85	32	93.44	16.09	-.969	.23
Cooperação/ Ajustamento Social	41	90.88	18.52	31	97.29	15.09	-1.572†	.37
Total Aptidões Sociais	39	88.82	17.76	30	96.30	13.45	-1.920*	.47
Escala de Problemas de Comportamento								
Problemas Externalizantes	40	107.08	17.37	35	107.11	19.04	-.009	.00
Problemas Internalizantes	34	102.03	22.56	32	107.41	17.20	-1.084	.27
Total Problemas de Comportamento	34	106.35	18.64	32	109.56	18.02	-.710	.17
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento								
Oposição/Explosivo	42	108.57	18.38	35	107.29	16.98	.316	.07
Excesso de Atividade/Desatenção	43	106.72	16.39	35	104.40	22.69	.524	.12
Antissocial/Agressivo	40	105.98	17.60	35	107.57	17.48	-.393	.09
Isolamento Social	41	103.27	16.91	35	106.31	16.86	-.784	.18
Ansiedade/Queixas Somáticas	35	103.83	14.78	32	106.25	17.25	-.619	.15

† $p < .10$, * $p < .05$ (one-tailed)

Os valores obtidos no cálculo das magnitudes do efeito apontam para um impacto pequeno da variável grupo, oscilando entre .23 e .47 (ver Tabela 6.36).

Com base nos dados obtidos no contexto cuidadores das ECIP-2 (ver Tabela 6.37) confirma-se a alínea e) da hipótese 6, ou seja, o grupo de múltiplo maltrato apresenta na escala de *Aptidões Sociais* resultados significativamente inferiores, $t(65) = 1.737$, $p = .043$, e marginalmente inferiores nas três subescalas de aptidões sociais, nomeadamente, *Interação Social/Empatia*, $t(68) = .812$, $p = .069$, *Independência Social/Assertividade*, $t(67) = 1.328$, $p = .094$, e *Cooperação/Ajustamento Social*, $t(68) = 1.358$, $p = .089$, aos do grupo de crianças vítimas de negligência.

Tabela 6.37

Comparação entre Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Cuidadores entre Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados das ECIP-2	Negligência			Múltiplo Maltrato			t	d
	n	M	DP	n	M	DP		
Escala de Aptidões Sociais								
Interação Social/Empatia	43	82.67	23.97	27	73.96	23.23	.812 [†]	.20
Independência Social/ Assertividade	43	94.14	19.99	26	87.27	22.13	1.328 [†]	.33
Cooperação/Ajustamento Social	44	96.41	18.59	26	89.92	20.47	1.358 [†]	.34
Total Aptidões Sociais	42	90.64	20.52	25	81.64	20.51	1.737*	.44
Escala de Problemas de Comportamento								
Problemas Externalizantes	38	104.32	21.91	26	108.88	24.56	-.780	.20
Problemas Internalizantes	42	106.83	18.26	25	101.64	18.07	1.130	.03
Total Problemas de Comportamento	38	106.05	18.42	24	104.79	20.14	.253	.07
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento								
Oposição/Explosivo	41	97.68	20.18	27	100.74	20.96	-.602	.15
Excesso de Atividade/Desatenção	39	95.97	28.43	27	105.15	22.99	-1.390 [†]	.35
Antissocial/Agressivo	42	111.95	22.54	26	115.35	25.30	-.576	.14
Isolamento Social	42	109.69	20.29	26	105.92	21.07	.734	.18
Ansiedade/Queixas Somáticas	43	103.63	17.02	26	98.38	15.52	1.281	.32

[†] $p < .10$, * $p < .05$ (one-tailed)

No entanto, a análise das magnitudes do efeito aponta para efeitos considerados pequenos, com valores entre .20 a .44.

A alínea f) da hipótese 6, que prevê resultados significativamente superiores de problemas de comportamento no grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato, quando comparadas com o grupo de crianças vítimas de negligência, não se confirma, de acordo com os resultados apresentados nas Tabelas 6.36 e 6.37. Assim, no que diz respeito às ECIP-2, quer no contexto jardim-de-infância, quer no contexto cuidadores, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças vítimas de negligência e o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato, exceto na subescala suplementar de problemas de comportamento *Excesso de Atividade/Desatenção*, contexto cuidadores, na qual este último grupo apresenta resultados marginalmente mais elevados, $t(64) = -1.390$, $p = .084$. Nas restantes subescalas suplementares de problemas de comportamento (*Oposição/Explosivo*, *Antissocial/Agressivo*, *Isolamento Social* e *Ansiedade/Queixas Somáticas*), assim como, na escala total *Problemas de Comportamento* e nas respetivas subescalas (*Problemas Externalizantes* e *Problemas Internalizantes*) os valores das diferenças não alcançam o limiar de significância estatística.

A análise dos valores das magnitudes do efeito relativos aos resultados obtidos nas ECIP-2 no contexto jardim-de-infância aponta para efeitos pequenos do tipo de maltrato sobre os problemas de comportamento. Relativamente aos valores das magnitudes do efeito no contexto cuidadores (ver Tabela 6.37), observam-se também valores pequenos, entre .03 e .35.

Por último, a alínea g) da hipótese 6, relativa à sintomatologia de PTSD, encontra uma confirmação parcial. Assim, os resultados apresentados nas Tabelas 6.38 e 6.39 referentes à escala PTSD-CBCL (Modificada) nos contextos jardim-de-infância e cuidadores, respetivamente, permitem verificar que somente no contexto jardim-de-infância (Tabela 6.38) se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças vítimas de negligência e o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato.

Da análise da Tabela 6.38 constata-se que o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato obtém resultados significativamente mais elevados de sintomatologia de PTSD, quer na escala total, $t(62) = -1.828$, $p = .036$, quer na subescala *Reexperiência/Estados Emocionais Negativos*, $t(63) = -2.500$, $p = .007$, e a evidenciar

um resultado marginalmente significativo na subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social*, $t(47.45) = -1.565$, $p = .062$.

Tabela 6.38

Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Jardim-de-Infância (23 Itens) de Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Múltiplo Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados da PTSD-CBCL (Modificada)	Negligência			Múltiplo Maltrato			t	d
	n	M	DP	n	M	DP		
Alterações na Reatividade/ Dependência Emocional	41	5.12	4.16	35	5.57	3.94	-.481	.11
Reexperiência/Estados Emocionais Negativos	33	2.12	2.01	32	3.59	2.70	-2.500**	.62
Queixas Somáticas/Isolamento Social	42	.62	1.08	35	1.26	2.20	-1.565†	.36
Total da Escala PTSD-CBCL (Modificada – 23 itens)	32	7.34	5.90	32	10.38	7.29	-1.828*	.46

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$ (one-tailed)

Da análise das magnitudes do efeito tipo *d* constata-se que, no contexto jardim-de-infância, o tipo de maltrato tem um efeito pequeno na PTSD-CBCL (Modificada), com valores entre .11 e .46, constituindo exceção a subescala *Reexperiência/Estados Emocionais Negativos*, que obtém um valor da magnitude do efeito médio (.62).

Contrariamente, no contexto cuidadores (ver Tabela 6.39) não se observam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças vítimas de negligência e o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato nos resultados da escala PTSD-CBCL (Modificada). Apenas na subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social*, se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato o que obtém um resultado significativamente inferior, $t(68) = .074$, $p = .042$, ao contrário do previsto na alínea f).

No entanto, ao proceder-se ao cálculo das magnitudes do efeito, verifica-se que o impacto do tipo de maltrato é considerado pequeno, não só na subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social*, mas também nas restantes subescalas e no total da PTSD-CBCL (Modificada).

Tabela 6.39

Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Cuidadores (25 Itens) e de Crianças Vítimas de Negligência e Crianças Vítimas de Múltiplo Maltrato: Estatísticas Descritivas, Teste *t* e Magnitude do Efeito

Resultados da PTSD-CBCL (Modificada)	Negligência			Múltiplo Maltrato			<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Alterações na Reatividade/ Dependência Emocional	43	6.47	4.63	27	5.93	4.36	.579	.14
Reexperiência/Estados Emocionais Negativos	40	3.23	3.45	26	2.42	2.60	.146	.04
Queixas Somáticas/Isolamento Social	44	1.07	1.53	26	.50	2.20	.074*	.02
Total da Escala PTSD-CBCL (Modificada – 25 itens)	39	11.41	8.72	25	10.04	7.46	.424	.11

**p* < .05 (one-tailed)

Em suma, podemos então concluir que na hipótese 6, as alíneas a), b), c), d) e f) não se confirmam e as alíneas e) e g) se confirmam parcialmente.

Hipótese 7: “Prevê-se uma associação positiva significativa entre o índice de problemas de comportamento das crianças vítimas de maltrato e o tempo de acolhimento dessas crianças.”

Da análise dos resultados apresentados na Tabela 6.40, na qual são apresentados os coeficientes de correlação entre o tempo de acolhimento e todos os resultados obtidos nas ECIP-2 confirma-se a hipótese 7, observando-se correlações positivas significativas entre os índices de problemas de comportamento das crianças vítimas de maltrato e o tempo de acolhimento.

Assim, pode-se constatar na Tabela 6.40 nos resultados obtidos nas ECIP-2 no contexto jardim-de-infância, que as únicas correlações relativas a problemas de comportamento que não alcançam o limiar de significância estatística e uma magnitude superior a .20, são as subescalas suplementares de problemas de comportamento *Excesso de Atividade/Desatenção* e *Ansiedade/Queixas Somáticas*, $r = .12$, $p = .137$, $r = .19$, $p = .060$, respetivamente. Todas as outras correlações da escala e subescalas referentes a problemas de comportamento apresentam uma associação positiva com a variável tempo de acolhimento e alcançam níveis de significância de $p < .01$, embora com magnitude fraca (.28) e moderadamente fraca (.38, .40 e .41).

Nos resultados obtidos no contexto cuidadores das ECIP-2 (ver Tabela 6.40), a maioria das correlações das escalas e subescalas referentes a problemas de comportamento apresentam uma associação positiva com a variável tempo de acolhimento, alcançando níveis de significância de $p < .05$ a $p < .01$, no entanto com magnitude considerada fraca (.21 e .23) e moderadamente fraca (.31, .35 e .36). Apenas as correlações da subescala *Problemas Internalizantes* e da subescala suplementar *Ansiedade/Queixas Somáticas* não alcançam o limiar de significância estatística e uma magnitude superior a .20, $r = .18$, $p = .058$, $r = .10$, $p = .198$, respetivamente.

Tabela 6.40

Correlação entre os Resultados (Padronizados) das ECIP-2 em Contexto Jardim-de-Infância e em Contexto Cuidadores e o Tempo de Acolhimento das Crianças Vítimas de Maltrato

Resultados das ECIP-2	Tempo de Acolhimento	
	Contexto Jardim-de-Infância	Contexto Cuidadores
Escala de Aptidões Sociais		
Interação Social/Empatia	.11	.08
Independência Social/Assertividade	-.02	.02
Cooperação/Ajustamento Social	-.26*	-.07
Total Aptidões Sociais	-.06	.02
Escala de Problemas de Comportamento		
Problemas Externalizantes	.41**	.35**
Problemas Internalizantes	.28**	.18
Total Problemas de Comportamento	.38**	.31**
Escalas Suplementares de Problemas de Comportamento		
Oposição/Explosivo	.40**	.36**
Excesso de Atividade/Desatenção	.12	.21*
Antissocial/Agressivo	.41**	.31**
Isolamento Social	.28**	.23*
Ansiedade/Queixas Somáticas	.19	.10

Nota: Todos os coeficientes de correlação de *Pearson* (r) apresentados foram analisados numa direção unicaudal (*one-tailed*).

** $p < .01$, * $p < .05$

Em suma, índices mais elevados de problemas de comportamento nas crianças vítimas de maltrato estão associados a um tempo de acolhimento com maior duração.

Podemos ainda observar na Tabela 6.40, que há uma correlação negativa significativa entre a subescala de aptidões sociais *Cooperação/Ajustamento Social* e a variável tempo de acolhimento, $r = -.26$, $p = .011$, no contexto jardim-de-infância.

Hipótese 8: “Prevê-se que as crianças vítimas de maltrato que estiveram em várias instituições de acolhimento apresentem índices significativamente superiores de problemas de comportamento aos das crianças que se mantiveram numa única instituição”.

A partir dos dados apresentados nas Tabelas 6.41 e 6.42, pode-se constatar que, com base nos resultados obtidos nas ECIP-2, esta hipótese é confirmada no contexto jardim-de-infância mas não se confirma no contexto cuidadores.

Tabela 6.41

Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância, de Crianças Acolhidas em Várias Instituições e Crianças Acolhidas numa Única Instituição: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados das ECIP-2	Instituições de Acolhimento						t	d
	Várias			Única				
	n	M	DP	n	M	DP		
Escala de Problemas de Comportamento								
Problemas Externalizantes	33	111.39	18.03	49	105.45	18.35	1.448 [†]	.33
Problemas Internalizantes	27	109.74	15.79	44	102.14	21.26	1.605 [†]	.39
Total Problemas de Comportamento	27	112.78	16.33	44	105.36	18.65	1.703*	.42
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento								
Oposição/Explosivo	33	112.12	18.80	52	106.85	17.09	1.334 [†]	.30
Excesso de Atividade/Desatenção	33	109.94	16.72	52	101.96	22.34	1.761*	.39
Antissocial/Agressivo	33	110.21	18.30	50	105.86	17.63	1.084	.24
Isolamento Social	33	109.67	18.67	51	102.88	14.91	1.843*	.41
Ansiedade/Queixas Somáticas	27	106.33	14.77	45	104.58	16.05	.463	.11

[†]p < .10, *p < .05 (one-tailed)

Neste sentido, verifica-se da análise da Tabela 6.41, relativa aos resultados obtidos no contexto jardim-de-infância das ECIP-2, que o grupo de crianças que esteve acolhido em mais do que uma instituição apresenta valores superiores ao grupo de crianças que apenas esteve acolhido numa única instituição para a maioria das subescalas e escala de problemas de comportamento, exceto nas subescalas

suplementares de problemas de comportamento *Antissocial/Agressivo* e *Ansiedade/Queixas Somáticas*, que não alcançam o limiar de significância estatística, $t(81) = 1.084$, $p = .140$, $t(70) = .463$, $p = .322$, respetivamente. Nas subescalas *Problemas Externalizantes* e *Problemas Internalizantes* as diferenças encontradas são marginalmente significativas, $t(80) = 1.448$, $p = .075$, e $t(69) = 1.605$, $p = .056$, respetivamente, assim como na subescala suplementar *Oposição/Explosivo*, $t(83) = 1.334$, $p = .093$. A análise das magnitudes do efeito tipo d indica efeitos pequenos em todas as subescalas e total de problemas de comportamento, com valores entre .11 a .42.

Tabela 6.42

Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Cuidadores, de Crianças Acolhidas em Várias Instituições e Crianças Acolhidas numa Única Instituição: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados das ECIP-2	Instituições de Acolhimento						t	d
	Várias			Uma				
	n	M	DP	n	M	DP		
Escala de Problemas de Comportamento								
Problemas Externalizantes	28	103.29	24.46	43	107.51	21.25	-0.771	.19
Problemas Internalizantes	28	100.68	14.29	46	107.61	20.13	-1.727*	.41
Total Problemas de Comportamento	26	101.62	18.18	43	107.81	19.44	-1.314†	.33
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento								
Oposição/Explosivo	30	95.40	20.53	46	101.11	19.66	-1.216	.29
Excesso de Atividade/Desatenção	29	92.66	30.73	45	103.60	20.95	-1.824*	.43
Antissocial/Agressivo	29	111.41	24.17	46	114.02	22.24	-0.478	.11
Isolamento Social	29	105.97	16.94	47	110.72	22.54	-0.978	.23
Ansiedade/Queixas Somáticas	30	96.57	13.07	46	104.26	18.25	-2.138*	.50

† $p < .10$, * $p < .05$ (one-tailed)

Inversamente, na Tabela 6.42, referente ao contexto cuidadores, verifica-se que é o grupo de crianças que esteve apenas uma única vez acolhido que apresenta valores superiores de problemas de comportamento aos do grupo que esteve acolhido várias vezes, embora somente a subescala *Problemas Internalizantes* e as subescalas

suplementares de problemas de comportamento *Excesso de Atividade/Desatenção* e *Ansiedade/Queixas Somáticas* alcancem o limiar de significância estatística, $t(70.19) = -1.314$, $p = .044$, $t(72) = -1.824$, $p = .036$, e $t(73.29) = -2.138$, $p = .018$, respetivamente. No que diz respeito às magnitudes do efeito tipo *d* observam-se efeitos pequenos, quer para a escala *Problemas de Comportamento*, quer para as respectivas subescalas, somente a subescala *Ansiedade/Queixas Somáticas* evidencia magnitude do efeito considerada média (.50).

Hipótese 9: “Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de maltrato cujo(s) progenitore(s) possuem doença física/mental apresente resultados significativamente inferiores no desempenho intelectual (9a), nas tarefas de controlo inibitório (9b), de atenção seletiva (9c) e de memória (9d) e nas aptidões sociais (9e), e resultados significativamente superiores de problemas de comportamento (9f) e de sintomatologia de PTSD (9g), aos do grupo de crianças vítimas de maltrato cujos progenitores não possuem doença física/mental”.

Das análises estatísticas efetuadas e apresentadas nas Tabelas 6.43 a 6.48, pode-se constatar que nenhuma das alíneas que compõem a hipótese 9 se confirma.

Assim, na Tabela 6.43, relativa à alínea a), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de crianças vítimas de maltrato cujos progenitores apresentem ou não doença física/mental no que se refere ao QI Verbal, $t(102) = -1.148$, $p = .126$, ao QI de Realização, $t(102) = .486$, $p = .314$ e ao QI da Escala Completa da WPPSI-R, $t(102) = -.464$, $p = .322$.

Tabela 6.43

Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) na WPPSI-R de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados da WPPSI-R	Doença Física/Mental nos Progenitores						t	d
	Presente			Ausente				
	n	M	DP	n	M	DP		
QI Verbal	61	92.52	14.86	43	89.21	13.95	-1.148	.23
QI Realização	61	94.93	13.24	43	96.19	12.44	.486	.10
QI Escala Completa	61	92.52	14.19	43	91.26	13.08	-.464	.09

Relativamente às alíneas b) a d) da hipótese 9, da análise da Tabela 6.44 pode-se também verificar que o grupo de crianças cujos progenitores apresentam doença física/mental não evidenciam resultados significativamente inferiores nas tarefas neuropsicológicas ($p > .05$), designadamente, no TSDN, no *Teste da Barragem* da NEPSY e no *Teste Memória de Faces* da BANC ao grupo de crianças cujos progenitores não apresentam doença física/mental. A análise das magnitudes do efeito do tipo d permite identificar efeitos pequenos, com valores oscilando entre .03 e .22.

Tabela 6.44

Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) em Tarefas Neuropsicológicas de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados nas Tarefas Neuropsicológicas	Doença Física/Mental nos Progenitores						t	d
	Presente			Ausente				
	n	M	DP	n	M	DP		
TSDN								
Total de Acertos	58	8.86	5.15	43	7.84	4.86	-1.013	.20
Total de Erros	58	4.62	4.24	43	5.37	4.09	.893	.18
Total de Omissões	58	2.52	3.08	43	2.79	2.95	.449	.09
Teste de Barragem da NEPSY								
Total de Acertos	61	29.08	6.14	43	29.98	4.80	.798	.16
Total de Erros	61	4.61	7.20	43	5.26	7.79	.438	.09
Total de Omissões	61	10.95	6.16	43	10.02	4.80	-.826	.16
Tempo Total de Realização	61	257.85	67.44	43	266.74	65.50	.670	.13
Resultado Total (exatidão e tempo total de realização)	61	8.75	5.61	43	8.09	5.51	-.596	.12
Teste Memória de Faces da BANC								
Reconhecimento Imediato	60	8.72	2.60	42	8.81	2.75	1.103	.22
Reconhecimento Diferido	60	8.38	2.76	42	9.02	3.06	.173	.03

Os dados respeitantes à alínea e) da hipótese 9 acerca das aptidões sociais, também não indicam diferenças estatisticamente significativas entre os respetivos grupos, quer nos resultados obtidos nas ECIP-2 em contexto de jardim-de-infância (ver Tabela 6.45) quer em contexto cuidadores (ver Tabela 6.46).

Tabela 6.45

Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste *t* e Magnitude do Efeito

Resultados das ECIP-2	Doença Física/Mental nos Progenitores						<i>t</i>	<i>d</i>
	Presente			Ausente				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Escala de Aptidões Sociais								
Interação Social/Empatia	50	93.10	16.08	30	94.00	15.35	.246	.06
Independência Social/ Assertividade	48	93.92	15.73	29	87.79	19.54	-1.509 [†]	.35
Cooperação/Ajustamento Social	50	90.98	15.58	28	96.46	18.89	1.380 [†]	.33
Total Aptidões Sociais	47	91.79	15.24	27	92.85	17.04	.277	.07
Escala de Problemas de Comportamento								
Problemas Externalizantes	50	109.62	18.56	31	105.77	17.78	-.921	.01
Problemas Internalizantes	41	103.98	21.15	29	107.31	17.19	.701	.17
Total Problemas de Comportamento	41	109.24	17.62	29	107.66	18.45	-.364	.09
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento								
Oposição/Explosivo	51	110.04	17.33	32	107.03	18.12	-.756	.17
Excesso de Atividade/Desatenção	51	107.18	19.43	32	102.09	22.49	-1.091	.05
Antissocial/Agressivo	50	109.26	18.94	32	105.63	16.12	-.897	.20
Isolamento Social	51	104.94	17.35	32	107.25	15.51	.614	.14
Ansiedade/Queixas Somáticas	41	104.95	14.06	30	106.30	17.32	.362	.09

[†]*p* < .10 (one-tailed)

No entanto, constata-se na análise da Tabela 6.45, referente ao contexto jardim-de-infância das ECIP-2, que o grupo de crianças vítimas de maltrato cujos progenitores apresentam doença física/mental obtém resultados superiores marginalmente significativos na subescala de aptidões sociais *Independência Social/Assertividade*, $t(75) = -1.509$, $p = .067$ e resultados inferiores marginalmente significativos na subescala *Cooperação/Ajustamento Social*, $t(76) = 1.380$, $p = .085$, quando comparados com o grupo de crianças vítimas de maltrato cujos progenitores não apresentam doença física/mental. A análise das magnitudes do efeito tipo *d* traduz-se em efeitos pequenos,

quer no contexto jardim-de-infância (ver Tabela 6.45), quer no contexto cuidadores (ver Tabela 6.46).

Tabela 6.46

Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Cuidadores de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados das ECIP-2	Doença Física/Mental nos Progenitores						t	d
	Presente			Ausente				
	n	M	DP	n	M	DP		
Escala de Aptidões Sociais								
Interação Social/Empatia	43	79.42	27.24	32	79.59	20.09	.031	.01
Independência Social/ Assertividade	42	89.74	23.59	31	94.16	17.74	.877	.20
Cooperação/Ajustamento Social	43	95.00	21.15	32	93.13	17.17	-.411	.10
Total Aptidões Sociais	42	87.19	23.72	29	87.76	17.59	.110	.03
Escala de Problemas de Comportamento								
Problemas Externalizantes	38	107.24	24.28	30	103.40	20.93	-.687	.17
Problemas Internalizantes	40	105.55	19.57	31	103.13	16.15	-.557	.13
Total Problemas de Comportamento	36	106.25	20.82	30	103.53	16.79	-.575	.14
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento								
Oposição/Explosivo	42	99.14	21.18	31	98.13	19.14	-.210	.05
Excesso de Atividade/Desatenção	41	101.68	26.70	30	94.67	24.57	-1.131	.27
Antissocial/Agressivo	41	113.56	24.25	31	111.90	21.98	-.299	.07
Isolamento Social	42	110.26	22.23	31	105.58	16.61	-.986	.23
Ansiedade/Queixas Somáticas	41	101.10	17.54	32	100.44	15.15	-.169	.04

No que concerne à alínea f) da hipótese 9, que postula haver índices significativamente superiores de problemas de comportamento no grupo de crianças vítimas de maltrato cujos progenitores apresentam doença física/mental aos do grupo de crianças vítimas de maltrato cujos progenitores não sofrem de tais doenças (Tabelas 6.45 e 6.46), não se confirma esta alínea, nem em contexto jardim-de-infância, nem em

contexto cuidadores, dado que nenhum valor das referidas escala e subescalas alcança o limiar de significância estatística.

A análise das magnitudes do efeito, quer em contexto jardim-de-infância (ver Tabela 6.45) quer em contexto cuidadores (ver Tabela 6.46), indica que a maioria traduz efeitos pequenos, oscilando entre .01 a .27.

Por último, também não se confirma a alínea g) da hipótese 9, que antecipa que as crianças vítimas de maltrato cujos progenitores apresentam doença física/mental evidenciam índices significativamente superiores de sintomatologia de PTSD que as crianças nas mesmas condições mas cujos progenitores não apresentam tais doenças, pode-se observar nas Tabelas 6.47 e 6.48 que os resultados obtidos na escala PTSD-CBCL (Modificada), quer em contexto jardim-de-infância (Tabela 6.47), quer em contexto cuidadores (Tabela 6.48), não comprovam esta alínea, dado que nenhuma das diferenças analisadas alcança o limiar de significância estatística.

Tabela 6.47

*Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Jardim-de-Infância de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste *t* e Magnitude do Efeito*

Resultados da PTSD-CBCL (Modificada)	Doença Física/Mental nos Progenitores						<i>t</i>	<i>d</i>
	Presente			Ausente				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Alterações na Reatividade/ Dependência Emocional	50	6.00	4.11	33	5.39	4.39	-.639	.14
Reexperiência/Estados Emocionais Negativos	44	3.02	2.52	26	2.96	2.88	-.093	.02
Queixas Somáticas/Isolamento Social	50	.66	1.39	33	1.12	1.98	1.246	.28
Total da Escala PTSD-CBCL (Modificada – 23 itens)	44	9.86	6.90	25	8.64	7.48	-.687	.17

Os valores das magnitudes do efeito tipo *d* classificam-se, no contexto jardim-de-infância, como pequenos (de .02 a .28) (ver Tabela 6.47). Assim como no contexto cuidadores todos os valores das magnitudes do efeito tipo *d* registam um impacto considerado pequeno, oscilando entre .03 a .14 (ver Tabela 6.48).

Tabela 6.48

*Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Cuidadores de Crianças cujos Progenitores têm Doença Física/Mental Presente vs. Ausente: Estatísticas Descritivas, Teste *t* e Magnitude do Efeito*

Resultados da PTSD-CBCL (Modificada)	Doença Física/Mental nos Progenitores						<i>t</i>	<i>d</i>
	Presente			Ausente				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Alterações na Reatividade/ Dependência Emocional	42	6.24	4.49	33	6.03	4.38	-.201	.05
Reexperiência/Estados Emocionais Negativos	39	2.77	2.66	31	2.87	3.37	.141	.03
Queixas Somáticas/Isolamento Social	43	.84	1.21	32	.69	1.06	-.557	.13
Total da Escala PTSD-CBCL (Modificada – 25 itens)	38	10.21	7.43	30	11.27	8.12	.559	.14

De forma a explorar os resultados relativos às várias alíneas da hipótese 9, optou-se por comparar somente crianças cujos progenitores apresentam comportamentos aditivos e perturbações emocionais e/ou mentais ($n = 56$, em vez de $n = 61$) com as crianças cujos progenitores não evidenciam doença física/mental, retirando assim da análise comparativa cinco progenitores que apresentam somente doenças físicas (e.g., diabetes).

Desta análise também não sobressaem diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) entre os grupos, nem no desempenho intelectual, nem no funcionamento neuropsicológico e socioemocional. Apenas se verificam diferenças marginalmente significativas nos resultados obtidos no contexto jardim-de-infância na subescala *Cooperação/Ajustamento Social* das ECIP-2, com as crianças do grupo progenitores com doença mental a obterem resultados inferiores, marginalmente significativos, aos das crianças do grupo progenitores sem doença, $t(72) = 1.369$, $p = .087$, e na subescala suplementar de problemas de comportamento *Isolamento Social*, na qual o primeiro grupo evidencia resultados superiores, marginalmente significativos, aos do segundo grupo de crianças, $t(71) = -1.335$, $p = .090$.

Em suma, embora a hipótese 9 não se confirme no que diz respeito às comparações do desempenho intelectual e neuropsicológico entre os dois grupos de crianças vítimas, quando se restringe o leque de problemas apresentados pelos progenitores apenas doença mental ou problemas emocionais, emergem algumas

diferenças: o grupo de crianças vítimas de maltrato cujos progenitores apresentam doença mental regista alguns indicadores de um funcionamento socioemocional mais pobre, quando comparado com o grupo de crianças cujos progenitores não possuem este tipo de doença/problema.

Hipótese 10: “Prevê-se que o grupo de crianças vítimas de maltrato não apresente diferenças significativas em função do género nos resultados obtidos no desempenho intelectual (10a), nas tarefas de controlo inibitório (10b), de atenção seletiva (10c) e de memória (10d), na sintomatologia de PTSD (10e), nas aptidões sociais (10f) e problemas de comportamento (10g)”.

Da análise dos resultados apresentados na Tabela 6.49 relativos ao desempenho intelectual, a alínea a) da hipótese 10 confirma-se. Assim, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre raparigas e rapazes, nem no QI Verbal, $t(105) = .865$, $p = .389$, nem no de Realização, $t(105) = 1.264$, $p = .209$, ou no QI da Escala Completa da WPPSI-R, $t(105) = 1.109$, $p = .270$.

Tabela 6.49

Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) na WPPSI-R em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados da WPPSI-R	Género						t	d
	Feminino			Masculino				
	n	M	DP	n	M	DP		
QI Verbal	41	92.71	13.08	66	90.21	14.93	.865	.17
QI Realização	41	97.37	10.95	66	94.18	13.61	1.264	.25
QI Escala Completa	41	93.33	12.78	66	90.83	14.05	1.109	.22

A análise relativa à magnitude do efeito revela que as magnitudes do efeito sobre o QI Verbal, o QI de Realização e o QI da Escala Completa são consideradas pequenas, com valores iguais a .17, .25 e .22, respetivamente.

Quanto à alínea b) da hipótese 10, relativa ao desempenho em tarefas de controlo inibitório, da análise dos resultados obtidos no TSDN, apresentados na Tabela 6.50, comprova-se, também, a não existência de diferenças estatisticamente

significativas entre as raparigas e os rapazes vítimas de maltrato, quer para o total de acertos quer para o total de erros e de omissões do TSDN.

Relativamente à ausência de diferenças estatisticamente significativas em tarefas de atenção seletiva em função da variável género, a alínea c) da hipótese 10 também se confirma. Da análise dos resultados obtidos no *Teste de Barragem* da NEPSY apresentados na Tabela 6.50, constata-se que as diferenças entre as médias não são estatisticamente significativas entre os géneros, no que diz respeito ao resultado total (que consiste na subtração do total de erros ao total de acertos e tem em conta o tempo total de realização), $t(105) = -.059$, $p = .953$. Todavia, verifica-se que as raparigas apresentam, em média, um total de acertos significativamente superior e um total de omissões significativamente inferior aos rapazes, $t(105) = 2.323$, $p = .022$, $t(105) = -2.345$, $p = .021$, respetivamente.

Tabela 6.50

Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) em Tarefas Neuropsicológicas em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados nas Tarefas Neuropsicológicas	Género						t	d
	Feminino			Masculino				
	n	M	DP	n	M	DP		
TSDN								
Total de Acertos	41	8.63	5.09	63	8.37	4.92	.269	.05
Total de Erros	41	4.88	3.57	63	5.00	4.47	-.147	.03
Total de Omissões	41	2.49	2.95	63	2.63	3.03	-.244	.05
Teste de Barragem da NEPSY								
Total de Acertos	41	31.17	5.29	66	28.61	5.71	2.323*	.46
Total de Erros	41	5.05	8.23	66	4.58	6.80	.322	.06
Total de Omissões	41	8.83	5.29	66	11.42	5.73	-2.345*	.47
Tempo Total de Realização	41	268.34	61.53	66	259.35	68.84	.684	.14
Resultado Total (exatidão e tempo total de realização)	41	8.39	5.33	66	8.45	5.63	-.059	.01
Teste Memória de Faces da BANC								
Reconhecimento Imediato	40	8.85	3.03	65	8.71	2.34	.270	.05
Reconhecimento Diferido	40	8.80	3.08	65	8.60	2.75	.346	.07

* $p < .05$ (two-tailed)

A alínea d) da hipótese 10, referente à previsão da não influência da variável género no desempenho de tarefas de memória, é confirmada pelos resultados. Não se observam diferenças estatisticamente significativas entre as raparigas e os rapazes no desempenho do *Teste Memória de Faces* da BANC, nem na Prova de Reconhecimento Imediato, $t(103) = .270, p = .788$, nem na Prova de Reconhecimento Diferido, $t(103) = .346, p = .730$ (ver Tabela 6.50). A análise dos valores das magnitudes do efeito tipo d traduz maioritariamente efeitos pequenos (entre .01 e .14). Apenas os efeitos relativos ao total de acertos e ao total de omissões do *Teste de Barragem* da NEPSY se aproximam de valores médios, assumindo valores de .46 e .47, respetivamente, correspondentes aos únicos resultados que alcançam significância estatística ($p < .05$).

A alínea e) da hipótese 10, que prevê ausência de diferenças estatisticamente significativas no que concerne à sintomatologia de PTSD em função do género, com base na análise dos resultados descritos nas Tabelas 6.51 e 6.52 é parcialmente confirmada.

Assim, da análise da Tabela 6.51 referente aos resultados obtidos na escala PTSD-CBCL (Modificada) no contexto jardim-de-infância, pode-se constatar que não há diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino quanto aos índices de sintomatologia de PTSD, nem para o resultado total da escala PTSD-CBCL (Modificada) nem para as respetivas subescalas, ou seja, nenhum valor alcança o limiar da significância estatística, sendo os efeitos observados pequenos.

Tabela 6.51

Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Jardim-de-Infância em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados da PTSD-CBCL (Modificada)	Género						t	d
	Feminino			Masculino				
	n	M	DP	n	M	DP		
Alterações na Reatividade/ Dependência Emocional	33	5.55	4.25	51	5,78	4.26	-.251	.06
Reexperiência/Estados Emocionais Negativos	29	3.07	2.82	42	2.88	2.55	.293	.07
Queixas Somáticas/Isolamento Social	33	1.21	2.07	52	.62	1.26	1.655	.37
Total da Escala PTSD-CBCL (Modificada – 25 itens)	28	9.25	7.12	42	9.33	7.18	-.048	.01

No entanto, da análise dos resultados obtidos na escala PTSD-CBCL (Modificada) no contexto cuidadores, apresentados na Tabela 6.52, constata-se que o grupo das raparigas vítimas de maltrato tende a evidenciar resultados significativamente superiores aos do grupo de rapazes no total da escala, $t(69) = 1.858$, $p = .067$, e apresenta resultados significativamente superiores na subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social*, $t(76) = 2.730$, $p = .008$,

Verificamos, ainda na Tabela 6.52, que na escala e subescalas da PTSD-CBCL (Modificada), no contexto cuidadores, todos os valores da magnitude do efeito são pequenos, encontrando-se entre .24 e .45, excetuando a magnitude do efeito da subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social* com um valor médio (.64).

Tabela 6.52

Comparação entre Médias de Resultados (Brutos) na PTSD-CBCL (Modificada) – Contexto Cuidadores em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados da PTSD-CBCL (Modificada)	Género						t	d
	Feminino			Masculino				
	n	M	DP	n	M	DP		
Alterações na Reatividade/ Dependência Emocional	31	6.94	4.62	47	5.79	4.25	1.129	.26
Reexperiência/Estados Emocionais Negativos	29	3.38	3.75	44	2.64	2.56	1.007	.24
Queixas Somáticas/Isolamento Social	30	1.30	1.42	48	.52	1.09	2.730**	.64
Total da Escala PTSD-CBCL (Modificada – 25 itens)	28	13.11	8.99	43	9.58	6.96	1.858†	.45

† $p < .10$, ** $p < .01$ (two-tailed)

Relativamente à análise do impacto da variável género nas aptidões sociais, os dados descritos nas Tabelas 6.53 e 6.54, confirmam a alínea f) da hipótese 10, ou seja, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas aptidões sociais em função do género da criança.

Assim, os resultados apresentados nas Tabelas 6.53 e 6.54, referentes aos valores obtidos nas subescalas e na escala de aptidões sociais das ECIP-2, quer no contexto jardim-de-infância quer no contexto cuidadores, não evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre as crianças vítimas de maltrato do género feminino e as do género masculino. Apenas a subescala *Interação Social/Empatia*, no contexto

cuidadores, alcança o limiar de significância estatística, com as raparigas a apresentarem resultados superiores aos dos rapazes, $t(76) = 2.112, p = .038$.

O cálculo das magnitudes do efeito da variável género nos resultados obtidos na escala e subescalas relativas às aptidões sociais, quer no contexto jardim-de-infância (ver Tabela 6.53), quer no contexto cuidadores (ver Tabela 6.54), revelou valores pequenos, somente a subescala *Interação Social/Empatia* no contexto cuidadores evidencia um efeito próximo do considerado médio (.49)

Tabela 6.53

Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Jardim-de-Infância em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados das ECIP-2	Género						t	d
	Feminino			Masculino				
	n	M	DP	n	M	DP		
Escala de Aptidões Sociais								
Interação Social/Empatia	33	94.12	13.82	48	93.50	17.28	-.172	.04
Independência Social/ Assertividade	33	90.48	15.76	45	92.89	18.68	-.599	.14
Cooperação/Ajustamento Social	32	95.31	14.50	47	91.81	18.53	.898	.21
Total Aptidões Sociais	31	93.00	13.51	44	92.18	17.67	.217	.05
Escala de Problemas de Comportamento								
Problemas Externalizantes	32	102.00	18.07	50	111.58	17.71	-2.371*	.54
Problemas Internalizantes	27	106.33	24.66	44	104.23	15.99	.437	.11
Total Problemas de Comportamento	27	106.70	18.57	44	109.09	17.87	-.538	.13
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento								
Oposição/Explosivo	33	105.27	17.81	52	111.19	17.67	-1.501	.33
Excesso de Atividade/Desatenção	33	97.91	19.33	52	109.60	20.28	-2.636**	.59
Antissocial/Agressivo	32	101.81	15.93	51	111.22	18.28	-2.394*	.54
Isolamento Social	33	108.21	16.80	51	103.82	16.59	1.178	.26
Ansiedade/Queixas Somáticas	28	107.96	14.87	44	103.50	15.81	1.195	.09

† $p < .10$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (two-tailed)

Finalmente, a alínea g) da hipótese 10 prevê a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas vítimas de maltrato no que concerne aos índices de problemas de comportamento. Das análises estatísticas

efetuadas e descritas nas Tabelas 6.53 e 6.54, conclui-se que esta alínea da hipótese 10 é apenas parcialmente comprovada.

Assim, pode-se verificar através dos resultados obtidos nas ECIP-2, em contexto jardim-de-infância (ver Tabela 6.53), na subescala *Problemas Externalizantes* e nas subescalas suplementares de problemas de comportamento *Excesso de Atividade/Desatenção e Antissocial/Agressivo*, que os rapazes apresentam resultados significativamente superiores aos das raparigas, $t(80) = -2.371, p = .020$, $t(83) = -2.636, p = .010$, e, $t(81) = -2.394, p = .019$, respetivamente.

Tabela 6.54

Comparação entre Médias de Resultados (Padronizados) nas ECIP-2 – Contexto Cuidadores em função do Género: Estatísticas Descritivas, Teste t e Magnitude do Efeito

Resultados das ECIP-2	Género						t	d
	Feminino			Masculino				
	n	M	DP	n	M	DP		
Escala de Aptidões Sociais								
Interação Social/Empatia	31	85.87	21.65	47	74.17	25.34	2.112*	.49
Independência Social/ Assertividade	29	89.31	23.17	47	91.77	21.33	-.472	.11
Cooperação/Ajustamento Social	31	98.23	17.99	47	90.96	19.65	1.652	.38
Total Aptidões Sociais	29	90.72	21.24	45	84.22	21.35	1.282	.31
Escala de Problemas de Comportamento								
Problemas Externalizantes	29	100.52	21.35	42	109.52	22.78	1.680†	.41
Problemas Internalizantes	30	107.77	17.29	44	103.09	19.00	1.077	.26
Total Problemas de Comportamento	29	104.28	17.94	40	106.35	20.05	-.443	.11
Subescalas Suplementares Problemas de Comportamento								
Oposição/Explosivo	30	97.53	19.65	46	99.72	20.51	-.461	.11
Excesso de Atividade/Desatenção	29	95.34	19.91	45	101.87	28.61	-1.071	.26
Antissocial/Agressivo	30	107.27	21.01	45	116.84	23.49	1.803†	.43
Isolamento Social	30	110.70	19.21	46	107.74	21.58	.610	.14
Ansiedade/Queixas Somáticas	30	104.30	16.56	46	99.22	16.73	1.300	.31

† $p < .10$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (two-tailed)

Já no contexto cuidadores das ECIP-2 (ver Tabela 6.54), embora os resultados das mesmas subescalas sejam também superiores nos rapazes, somente as diferenças na subescala *Problemas Externalizantes* e na subescala suplementar *Antissocial/Agressivo* atingem resultados marginalmente significativos, $t(69) = -1.680, p = .098$, $t(73) = -1.803, p = .076$, respetivamente.

Embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas subescalas suplementares de problemas de comportamento *Isolamento Social* e *Ansiedade/Queixas Somáticas*, verifica-se que as raparigas obtêm resultados sistematicamente superiores, quer no contexto jardim-de-infância (ver Tabela 6.53), quer no contexto cuidadores (ver Tabela 6.54).

Da análise da magnitude do efeito tipo *d* sobre os resultados obtidos na escala de problemas de comportamento das ECIP-2 e nas suas subescalas, verificam-se valores, no contexto jardim-de-infância (ver Tabela 6.53), considerados médios nas subescalas *Problemas Externalizantes* (.54), *Excesso de Actividade/Desatenção* (.59) e *Antissocial/Agressivo* (.54), e magnitudes do efeito com valores de impacto considerado pequeno nas restantes subescalas, oscilando entre .09 a .33. No contexto cuidadores (ver Tabela 6.54), observam-se magnitudes do efeito com valores considerados pequenos, quer na escala de problemas de comportamento, quer nas respectivas subescalas.

Em geral, pode-se concluir que não há diferenças estatisticamente significativas entre as crianças vítimas de maltrato do género feminino e as do género masculino no que se refere ao desempenho intelectual e ao funcionamento neuropsicológico. No entanto, observam-se algumas diferenças relativamente ao funcionamento socioemocional.

Seguidamente, passamos à discussão dos resultados apresentados no presente capítulo, partindo das hipóteses formuladas.

CAPÍTULO 7

Discussão dos Resultados

*“Só conheço uma boa maneira para conseguir
que a criança conserve a sua inocência:
é que todos os que com ela vivem a respeitem e a amem”.*

(Rousseau, 1762/1990, p. 15)

Ao longo desta exposição serão discutidos os principais resultados obtidos neste estudo e apresentados no capítulo 6 da presente dissertação, encontrando-se a discussão organizada em função da estrutura da análise dos resultados.

No que se refere à **adaptação dos instrumentos de avaliação psicológica** (ponto 1 do capítulo 6), podemos verificar que a escala PTSD-CBCL (Modificada) evidencia uma adequada precisão nos resultados obtidos ao nível da consistência interna, considerando cada contexto de preenchimento separadamente (jardim-de-infância e cuidadores). Destaca-se a obtenção de coeficientes de consistência interna superiores a .80, quer para o contexto jardim-de-infância, quer para o contexto cuidadores, satisfazendo os parâmetros estabelecidos pela literatura. Estes coeficientes coincidem com os obtidos pelos autores da escala original. Wolfe e colaboradores (1989), com uma amostra composta por 68 crianças abusadas sexualmente, reportam uma consistência interna da escala CBCL-PTSD de .89 (coeficiente *alfa de Cronbach*). Ruggiero e McLeer (2000), num estudo elaborado com três grupos distintos (designadamente 63 crianças abusadas sexualmente, 60 crianças com diagnóstico psiquiátrico e 61 crianças não vítimas de maltrato e não diagnosticadas com doenças psiquiátricas) obtiveram um valor de .85.

Realça-se, ainda, o bom funcionamento, em matéria de consistência interna, dos cinco itens acrescentados no âmbito desta investigação, em que a eliminação de nenhum deles contribuiria para melhorar o valor do coeficiente *alfa de Cronbach*. O resultado do estudo relativo ao acordo entre informadores enquadra-se dentro do expectável, em função da literatura existente, que aponta para um maior grau de acordo entre

informadores do mesmo contexto face a informadores de contextos distintos (Achenbach et al., 1987; Bolsoni-Silva et al., 2006; Keith & Campbell, 2004; Major, 2011). Tal como referimos no ponto 5.3.5 da presente dissertação, é comum esta baixa significância estatística relativamente ao grau de acordo entre informadores de diferentes contextos nas escalas de heterorrelato de avaliação sociocomportamental para crianças em idade pré-escolar, uma vez que quem classifica os comportamentos das crianças através destas escalas tem “referenciais” diferentes; as crianças comportam-se de forma diferente segundo o contexto em que se encontram (sala de atividades do jardim-de-infância vs. casa/CAT, CAOT, Lar) e informadores diferentes num mesmo contexto podem atribuir graus diferentes de importância a um mesmo comportamento (Keith & Campbell, 2004). Possivelmente, também será por isso que o grau de acordo obtido entre os diferentes informadores é ligeiramente superior no grupo de estudo do que no grupo da população geral, dado que os *backgrounds* e, conseqüentemente, as percepções de educadores de infância (contexto jardim-de-infância) e de cuidadores (contexto cuidadores) das crianças vítimas de maltrato poderão ser mais semelhantes do que os de educadores de infância (contexto jardim-de-infância) e progenitores (contexto cuidadores) das crianças não vítimas, uma vez que os cuidadores das crianças vítimas de maltrato têm, maioritariamente, formação na área da educação.

Por forma a aprofundar o estudo do acordo entre informadores analisou-se também as diferenças entre os resultados da PTSD-CBCL (Modificada), através da comparação das médias dos dois contextos (jardim-de-infância vs. cuidadores), não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as cotações do contexto jardim-de-infância e do contexto cuidadores no grupo de estudo, traduzindo-se a magnitude do efeito num valor considerado pequeno. Este resultado, embora não coincida com a literatura existente (e.g., Bolsoni-Silva et al., 2006; Major, 2011), que aponta para uma certa propensão por parte dos cuidadores para reportarem mais problemas de comportamento/sintomatologia do que os informadores do contexto escolar, associa-se, todavia, à justificação plausível apresentada anteriormente no que concerne à semelhança dos referenciais entre estes diferentes informadores, na amostra específica estudada na presente investigação. Por outro lado, no grupo da população geral verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as cotações dos educadores e dos progenitores, apresentando um valor de magnitude do efeito médio o que está de acordo com a literatura nesta área (e.g., Bolsoni-Silva et al.,

2006; Major, 2011), com os progenitores a pontuarem os seus filhos com mais “sintomatologia de PTSD”.

No âmbito dos estudos de evidência de validade de construto, no que diz respeito à análise fatorial exploratória da escala PTSD-CBCL (Modificada) os valores obtidos no Teste de Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e no Teste de Esfericidade de Bartlett para os itens da escala confirmam a adequação dos dados para a realização da análise fatorial. Da análise de matriz de componentes rodada (rotação ortogonal dos fatores pela solução *varimax*) constata-se que todos os itens apresentam saturações superiores a .30, considerado o valor mínimo de saturação para a interpretação de uma variável (Floyd & Widaman, 1995) no estudo de uma análise fatorial exploratória. A percentagem total de variância explicada para a solução de três fatores é igual a 50% e o número de itens incluídos em cada um dos três fatores da escala (9, 9 e 5, respetivamente) é adequado, em função do número recomendável (Loewenthal, 2001). O primeiro componente caracteriza-se maioritariamente por itens referentes a alterações na reatividade e ativação e por respostas de dependência emocional; o segundo componente contém itens que se reportam a sintomatologia de intrusão ou reexperiência de modo persistente e respostas de estados emocionais negativos, e o terceiro componente é composto por respostas psicossomáticas e de isolamento social. Esta estrutura composta por três fatores apresenta alguma correspondência com as três vertentes de sintomatologia da PTSD evidenciada por crianças com idade inferior a seis anos (Lieberman & Knorr, citados por De Young et al., 2011; Scheeringa et al., 2003), descritas no ponto 2 do capítulo 4 da presente dissertação, na qual o fator 1 representa a sintomatologia de *hiperarousal* (um aumento na ativação), o fator 2 integra sintomatologia de reexperiência (sintomas de intrusão) e alterações negativas de humor e o fator 3 sintomatologia de evitamento e sintomas psicossomáticos. Não encontramos, na literatura existente, estudos relativos à análise fatorial da escala original CBCL-PTSD.

A partir dos resultados obtidos no estudo da consistência interna para cada um dos três fatores em ambos os contextos concluímos que estes apresentam boas qualidades psicométricas (coeficientes *alfa de Cronbach* entre .70 e .84), sendo fiável a sua utilização enquanto subescalas nas análises posteriores.

Ainda no estudo de evidência de validade de construto, com o objetivo de analisar a validade convergente, correlacionou-se a PTSD-CBCL (Modificada) com as

ECIP-2, a partir dos resultados obtidos no grupo de crianças vítimas de maltrato, sendo esperado que as crianças com sintomas de PTSD tenham aptidões sociais menos desenvolvidas e mais problemas de comportamento. Embora as ECIP-2 não avaliem especificamente sintomatologia de PTSD, apresentam itens referentes a aptidões sociais e a problemas de comportamento que podem, respetivamente, estar comprometidos (correlações negativas) ou ser consequência (correlações positivas) de experiências traumáticas. Obtiveram-se associações significativas e, na maioria das escalas e subescalas, de magnitude moderada a moderadamente elevada, quer para o contexto jardim-de-infância, quer para o contexto cuidadores, evidenciando assim que a escala PTSD-CBCL (Modificada) possui uma adequada validade convergente com as ECIP-2 considerando cada contexto de preenchimento separadamente (jardim-de-infância e cuidadores). Ruggiero e Mcleer (2000), num estudo já anteriormente referido, aquando da análise de evidência de precisão, obtiveram correlações positivas significativas entre a CBCL-PTSD e o número de sintomas de PTSD atribuídos na escala K-SADS-E (*Epidemiologic Version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children*). Wolfe e colaboradores (1989), num estudo também já referido, obtiveram correlações significativas entre os resultados obtidos na CBCL-PTSD e os obtidos na escala de PTSD da *Children's Impact of Traumatic Events Scale – Revised*. No entanto estes autores salientam a fraca magnitude das correlações, com valores entre .19 e .28.

No âmbito do estudo de evidência de validade empírica ou por referência a um critério externo, verifica-se que as médias obtidas pelo grupo de estudo na escala PTSD-CBCL (Modificada) e respetivas subescalas são mais elevadas, quer no contexto jardim-de-infância, quer no contexto cuidadores, que as obtidas pelo grupo de controlo, destacando-se em particular a subescala *Reexperiência/Estados Emocionais Negativos* na qual o grupo de estudo apresenta valores consideravelmente mais elevados, traduzindo um efeito mais pronunciado do grupo sobre esta dimensão, quer no contexto jardim-de-infância, quer no contexto cuidadores. Esta subescala é composta por itens que se associam mais a vivências de situações traumáticas (e.g., item 22 “*Repete brincadeiras que expressam temas de acontecimentos traumáticos vividos*”) e a alterações negativas de humor (e.g., item 19 “*Parece infeliz, triste, deprimido*”). A partir destes dados podemos concluir que a PTSD-CBCL (Modificada) apresenta uma adequada capacidade para diferenciar grupos de crianças vítimas de maltrato de crianças não vítimas. Os resultados obtidos, relativos a esta diferenciação, coincidem com os de

estudos realizados com a escala original CBCL-PTSD, composta por vinte itens, também com crianças vítimas de maltrato (e.g., Wolfe & Birt, 1997).

No âmbito dos estudos normativos, constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos por rapazes e por raparigas na escala PTSD-CBCL (Modificada), em ambos os contextos (jardim-de-infância vs. cuidadores) e em ambos os grupos (estudo vs. população geral), embora no contexto cuidadores no grupo de estudo se observe nas raparigas um resultado superior marginalmente significativo. A análise das magnitudes do efeito referentes ao contexto jardim-de-infância e ao contexto cuidadores revela que o género tem um efeito pequeno nos resultados, quer para o grupo de estudo, quer para o grupo da população geral, o que está de acordo com a literatura nesta área (e.g., Lieberman et al., 2005). Relativamente à análise dos resultados da escala PTSD-CBCL (Modificada) por faixas etárias (4 anos, 4^{1/2} anos, 5 anos e 5^{1/2} anos) observa-se ausência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos no contexto jardim-de-infância no grupo de estudo, no entanto encontram-se algumas diferenças estatisticamente significativas no grupo da população geral, designadamente, a faixa etária dos 5^{1/2} anos apresenta resultados significativamente superiores que a faixa etária dos 5 anos e resultados tendencialmente superiores que a faixa etária dos 4^{1/2} anos. No contexto cuidadores, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre as médias nas quatro faixas etárias, nem no grupo de estudo, nem no grupo da população geral. Estes dados, relativos à não existência de diferenças significativas entre idade e índices de PTSD, convergem com a literatura existente na área do maltrato em crianças de idade pré-escolar, que tem demonstrado ausência de diferenças estatisticamente significativas entre a idade e índices de problemas socioemocionais (e.g., Lieberman et al., 2005).

No que concerne aos estudos de adaptação do TSDN, no estudo de evidência de precisão, efetuado a partir do grupo da população geral, a análise da consistência interna indica que as correlações item-total corrigidas em todos os itens apresentam valores acima de .20, obtendo um valor do coeficiente *alfa* considerado como muito bom segundo a classificação de Kline (1998) e de Devellis (como citado por Almeida & Freire, 2003). Este coeficiente coincide com os obtidos noutros estudos. Nomeadamente, Rhoades e colaboradores (2009) obtiveram um valor de coeficiente *Kuder-Richardson* de .89, numa amostra com 146 crianças. Chasiotis e colaboradores (2006), numa amostra transcultural com 314 crianças, obtiveram um valor do

coeficiente *Kuder-Richardson* de .93. Este elevado nível de consistência interna pode ficar a dever-se ao facto de os itens serem os mesmos ao longo do teste (oito imagens da noite e oito imagens do dia), apresentadas segundo uma sequência aleatória. Ainda no âmbito dos estudos de evidência de precisão do TSDN, Thorell e Wahlstedt (2006) encontraram um valor adequado de estabilidade temporal (.84), utilizando os resultados de 22 crianças avaliadas após 2 semanas. Reck e Hunt (2011), num estudo com 103 crianças, obtiveram um coeficiente de correlação *intraclasse* na análise do acordo entre examinadores de 1.0 para o total de acertos e de .98 para o tempo de latência médio.

No âmbito do estudo de evidência da validade de construto, com o objetivo de analisar a validade convergente do TSDN, correlacionámo-lo com a WPPSI-R e com o *Teste de Memória de Faces* da BANC, a partir dos resultados obtidos no grupo de crianças da população geral. Prevvia-se uma associação positiva significativa entre os construtos avaliados, uma vez que o controlo inibitório se relaciona com o desempenho intelectual e com as capacidade mnésicas. Desta análise obtiveram-se associações positivas e significativas entre o TSDN e os QIs Verbal, de Realização e Escala Completa e entre o TSDN e as Provas de Reconhecimento Imediato e Diferido do *Teste de Memória de Faces* da BANC (positivas com os acertos e negativas com os erros e omissões), embora as magnitudes das correlações apresentem valores fracos e moderadamente fracos. Este mesmo padrão de associações entre o TSDN, a WPPSI-R e o Teste de Memória de Faces da BANC observa-se nos resultados obtidos pelo grupo de estudo e pelo grupo de controlo. Em suma, podemos concluir que o TSDN evidencia uma adequada validade convergente a partir dos resultados obtidos com a WPPSI-R e com o *Teste de Memória de Faces* da BANC.

Estudos realizados com o TSDN para demonstração de evidência de validade convergente têm sido desenvolvidos com outras variantes do teste *Stroop*, designadamente o *Teste Neve-Relva*⁴⁶ e o *Peg Tapping* (PT)⁴⁷. Estes estudos encontram coeficientes de correlação elevados com o *Teste Neve-Relva* (Carlson & Moses, 2001;

⁴⁶ O teste *Neve-Relva* (Carlson & Moses, 2001) é um teste de resposta manual, em vez de verbal (uma variante do teste *Stroop*) composto por 8 cartões de cor branca e oito cartões de cor verde, apresentados à criança com a mesma sequência aleatória dos cartões do TSDN. Tem como objetivo avaliar o controlo inibitório em crianças com idade pré-escolar e requer que estas apontem para um cartão todo branco quando o examinador disser “relva” e para um cartão completamente verde quando o examinador disser “neve”.

⁴⁷ O teste *Peg Tapping* (Diamond & Taylor, 1996) é outra variante do teste *Stroop*. A criança é instruída para tocar uma vez num pedaço de madeira quando o examinador tocar duas vezes, e tocar duas vezes quando o examinador tocar uma vez. A criança tem de inibir a sua tendência natural para imitar uma ação e simultaneamente recordar a regra para a correta ação.

Roebers & Schneider, como citados por Montgomery & Koeltzon, 2010) e correlações moderadas com o *Peg Tapping* (PT) (Diamond & Taylor, 1996). Neste último, o PT revelou ser um preditor mais robusto do comportamento da criança que o TSDN, apresentando uma correlação significativa positiva com a escala de *Aptidões Sociais* e uma correlação significativa negativa com a escala de *Problemas de Comportamento* das PKBS-2⁴⁸. Os autores deste estudo justificam estes resultados referindo que a aptidão para inibir uma resposta verbal (quando comparada com uma resposta motora) é menos preditiva do comportamento da criança.

No que concerne ao estudo de evidência de validade empírica ou por referência a um critério externo, tendo em consideração os resultados obtidos na análise comparativa entre o grupo de crianças vítimas de maltrato e o grupo de crianças não vítimas, podemos inferir que o TSDN possui uma adequada capacidade para diferenciar grupos especiais/clínicos, nomeadamente grupos de crianças vítimas de maltrato de não vítimas. Estes resultados são consistentes com os de outros estudos desenvolvidos com crianças vítimas de maltrato (e.g., Pears & Fisher, 2010), com crianças com perturbação de hiperatividade com défice de atenção (e.g., Berlin & Bohlin, 2002) e em estudos transculturais, designadamente, com crianças de culturas asiáticas (e.g., Oh & Lewis, 2008; Sabbagh et al., 2006).

Relativamente aos estudos normativos, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos nos totais dos acertos, erros e omissões do TSDN em função da variável género no grupo da população geral. Estes resultados estão de acordo com os de estudos realizados pelos autores da versão original (Gerstadt et al., 1994) e da versão melhorada (Simpson & Riggs, 2005)⁴⁹ do TSDN, onde se destaca a ausência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos (total de acertos)⁵⁰ em função da variável género.

No que se refere à análise dos resultados do TSDN em função da idade (4 anos, 4^{1/2} anos, 5 anos e 5^{1/2} anos) verificou-se que as faixas etárias dos 5 anos e dos 5^{1/2} anos apresentam um número significativamente maior de acertos no TSDN que a faixa etária dos 4 anos; por outro lado a faixa etária dos 4 anos apresenta significativamente maior número de erros no TSDN que as dos 4^{1/2} anos e dos 5 anos, e tende a apresentar significativamente maior número de erros que a faixa etária dos 5^{1/2} anos. No que

⁴⁸ Tal como já referenciado, as PKBS-2 são a versão original americana das ECIP-2.

⁴⁹ Com já mencionámos no ponto 5.3.2, a versão melhorada do TSDN é a utilizada no âmbito da presente investigação no que se refere ao material e ao modo de cotação.

⁵⁰ A literatura existente apenas considera o total de acertos.

concerne ao total de omissões a faixa etária dos 4^{1/2} anos apresenta significativamente maior número de omissões no TSDN que a faixa etária dos 5 anos. Os dados obtidos no que diz respeito às diferenças observadas no total de acertos do TSDN em função da idade coincidem com a literatura existente, de acordo com a qual, embora as crianças mais novas tenham dificuldade em inibir os impulsos, o controlo inibitório apresenta um rápido desenvolvimento durante o período pré-escolar, demonstrando uma trajetória por degraus coerente com o padrão de maturação cerebral (Diamond et al., 2002; Gerstadt et al., 1994; Simpson & Riggs, 2005).

Da **análise comparativa dos resultados obtidos pelas crianças vítimas e não vítimas de maltrato** (ponto 2 do capítulo 6), que visou testar as hipóteses 1 a 5, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças vítimas de maltrato e o grupo de crianças não vítimas no que concerne ao desempenho intelectual e ao funcionamento neuropsicológico e socioemocional⁵¹.

A **hipótese 1**, que previa que as crianças do grupo de estudo apresentassem resultados significativamente inferiores aos das crianças do grupo de controlo nos QIs Verbal, de Realização e da Escala completa da WPPSI-R, foi confirmada pelos resultados obtidos que, por sua vez, foram consistentes com os dos estudos de Alberto (2006), Koenen e colaboradores (2003), Pears e Fisher (2008), Spratt e colaboradores (2012) e Ybarra e colaboradores (2007).

Os fracos desempenhos evidenciados pelo grupo de estudo poderão estar relacionados com duas vertentes que se encontram interligadas: i) a qualidade do ambiente precoce do contexto familiar, nomeadamente, a falta de estimulação ou a privação ambiental e a inadequação ou ausência de interação positivas progenitores-criança, aspetos que caracterizam o nosso grupo de estudo; e ii) o dano cerebral causado pelos elevados níveis de stresse, pela desnutrição, privação sensorial e emocional a que situações de abuso (físico, sexual e emocional) e de negligência podem estar associadas nos primeiros anos de vida (Huth-Bocks et al., 2001; Spratt et al., 2012).

⁵¹ De salientar que, apesar de todos os esforços terem sido feitos no sentido de criar grupos equivalentes, nomeadamente quanto às variáveis idade, género, etnia e NSE, observam-se diferenças entre eles no que respeita ao estado civil dos progenitores, ao número de irmãos, à presença de doenças físicas e/ou mentais nos progenitores e à frequência de consultas de especialidade e/ou terapias – estas diferenças poderão constituir importantes mediadores da situação de maltrato.

No que se refere à importância da qualidade do ambiente precoce do lar para o desenvolvimento intelectual da criança, várias pesquisas têm reportado que as experiências precoces de estimulação e a qualidade das relações precoces, pautadas pela receptividade materna, interações verbais progenitores-criança positivas, práticas parentais consistentes, tranquilidade ambiental, acessibilidade ao brincar e encorajamento da autonomia, são preditoras de um melhor desempenho intelectual durante a infância (Huth-Bocks et al., 2001; Spratt et al., 2012). Ora, a maioria das crianças vítimas de maltrato do grupo de estudo não vivenciaram estas experiências precoces de estimulação, nem tiveram este tipo de qualidade da relação precoce com os seus cuidadores primários.

Relativamente ao dano cerebral, diversos estudos indicam que o desenvolvimento do cérebro pode ser fisiologicamente alterado pelo stresse severo prolongado ou imprevisível durante os primeiros anos de vida, sendo que tais alterações afetam negativamente o desenvolvimento cognitivo da criança (Butchart et al., 2006). Por conseguinte, a relação entre o dano cerebral e baixos níveis de QI nas crianças vítimas de maltrato tem sido destacada na literatura. O desenvolvimento das funções e das estruturas do cérebro infantil que ocorre no período pós-natal é influenciado pelas experiências ambientais, ou seja, o SNC da criança é afetado de forma determinante pelos comportamentos dos seus cuidadores (Gunnar & Fisher, 2006; Perry, 2002), daí que processos como a atenção, a memória e algumas funções executivas possam também estar comprometidos, e afetar o desempenho intelectual das crianças vítimas de maltrato que constituem o grupo de estudo.

A **hipótese 2** antecipava a presença de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controlo relativamente ao desempenho em tarefas de controlo inibitório, de atenção seletiva e de memória, tendo sido confirmada pelos resultados obtidos no nosso estudo de comparação, com as crianças vítimas de maltrato a apresentarem desempenhos significativamente inferiores no TSDN, no *Teste de Barragem* da NEPSY e no *Teste Memória de Faces* da BANC.

Estes resultados convergem com a literatura que tem demonstrado que as crianças vítimas de maltrato apresentam desempenhos inferiores em tarefas relacionadas com o controlo inibitório (Lewis et al., 2007), a atenção (Porter et al., 2005) e a memória (De Bellis et al., 2009; Frankel et al., 2000), quando comparadas com crianças não vítimas.

O controlo inibitório tem uma extensa trajetória desenvolvimental que muda ao longo do tempo, começando por ser um processo estabelecido externamente até se transformar numa capacidade internalizada. Esta função executiva consiste na capacidade de usar uma regra interiorizada na mente para inibir uma resposta predominante e executar uma resposta subdominante (Garon et al., 2008). Dado que as crianças mais novas são muito dependentes dos seus cuidadores para o autocontrolo, as disfunções no ambiente precoce, inerentes ao grupo de estudo, provocam vulnerabilidade no desenvolvimento do controlo inibitório. Resultados de várias pesquisas têm demonstrado que as vivências de abuso e negligência provocam danos na evolução desta função executiva na criança (Beers & De Bellis, 2002; Valiente et al., 2007), o que é consistente com os resultados obtidos no TSDN no grupo de crianças vítimas de maltrato.

Relativamente aos resultados obtidos no *Teste de Barragem* da NEPSY, estes confirmam a literatura que aponta para dificuldades nas crianças vítimas de maltrato em permanecerem adequadamente atentas (Cicchetti & Toth, 2000; Cicchetti & Toth, 2005; Frankel et al., 2000; Lipschitz et al., 1998; Porter et al., 2005). De Bellis e colaboradores (2009) verificaram, também com a aplicação do *Teste de Barragem* da NEPSY, desempenhos significativamente inferiores num grupo de crianças em idade pré-escolar vítimas de negligência, quando comparado com um grupo de crianças não vítimas. O normal desenvolvimento do sistema neurobiológico regulatório nestas crianças vítimas de maltrato poderá estar comprometido e, por isso, afetar negativamente o nível de atividade e a atenção (Cook-Cottone, 2004).

Podemos, ainda, verificar que os valores significativamente superiores no grupo de estudo em comparação com o grupo de controlo, do total de erros e de omissões, quer no TSDN, quer no *Teste de Barragem* da NEPSY, assim como do tempo total de realização neste último, poderão ser, respetivamente, indicadores de impulsividade, desatenção e desmotivação face à situação de teste. Estas características, como referimos anteriormente, estão associadas às especificidades da avaliação psicológica de crianças em idade pré-escolar, em geral, e em particular de crianças vítimas de maltrato. Estes mesmos resultados podem, também, estar relacionados com a presença de um maior número de problemas de comportamento de tipo externalizante nestas crianças, nomeadamente de Excesso de Atividade/Desatenção, tal como foi comprovado no presente estudo.

Os resultados obtidos com o *Teste Memória de Faces* da BANC são consistentes com os de outros estudos. Nomeadamente, De Bellis e colaboradores (2009), usando o *Teste de Memória de Faces* da NEPSY, observaram num grupo de crianças em idade pré-escolar vítimas de negligência com e sem diagnóstico de PTSD, desempenhos significativamente inferiores na Prova de Reconhecimento Diferido, que num grupo de controlo que integrava crianças não vítimas.

O stresse nas crianças vítimas, provocado pelas situações de maltrato, poderá ter afetado o normal desenvolvimento da atenção seletiva e da memória, dificultando as capacidades destas para recordar e para discriminar entre informação relevante e irrelevante. Com efeito, durante episódios prolongados de stresse, os níveis de dopamina e de norepinefrina são elevados conduzindo, possivelmente, a disfunções no córtex pré-frontal e, posteriormente, a défices de atenção e de memória, danos nas funções executivas e, conseqüentemente, dificuldades nas aprendizagens (De Bellis et al., 2009).

Pudemos verificar, a partir da análise das matrizes de correlações entre os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação, quer no grupo de estudo, quer no grupo de controlo que existe uma associação positiva significativa entre o desempenho intelectual e o desempenho em tarefas neuropsicológicas. Estes dados são consistentes com a literatura existente, que refere que processos cognitivos, tais como o controlo inibitório, a atenção, a memória e o desempenho intelectual, se encontram interligados, influenciando-se mutuamente (Frankel et al., 2000; Garon et al., 2008).

A **hipótese 3** previa diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia de PTSD entre o grupo de estudo e o grupo de controlo, esperando que as crianças do grupo de estudo apresentassem índices significativamente superiores de sintomatologia de PTSD. As análises estatísticas efetuadas com a escala PTSD-CBCL (Modificada) e respetivas subescalas, quer em contexto jardim-de-infância quer em contexto cuidadores, confirmam esta hipótese.

Existem evidências de que uma das sequelas do maltrato na infância é a sintomatologia de PTSD (De Bellis et al., 2009; Dehon & Scheeringa, 2006; Scheeringa et al., 2003). Os danos cerebrais associados ao maltrato nos primeiros anos de vida, a ausência de um vínculo seguro com os cuidadores primários e a falha parental em providenciar as necessidades básicas, comprometem o desenvolvimento socioemocional destas crianças vítimas de maltrato, provocando-lhes distúrbios na regulação emocional

e comportamental, que podem conduzir ao desenvolvimento de sintomatologia de PTSD.

Os resultados obtidos na análise comparativa entre o grupo de estudo e o grupo de controlo com a escala PTSD-CBCL (Modificada) coincidem com os de estudos realizados com a escala original CBCL-PTSD, composta por vinte itens. Assim, Wolfe e Birt (1997) verificaram que dos vinte itens da escala CBCL-PTSD dezanove foram classificados com valores mais elevados num grupo de crianças vítimas de abuso sexual, comparativamente com os resultados padronizados do CBCL. Similarmente, Wolfe e colaboradores (citados por Wolfe & Birt, 1997) desenvolveram um estudo que envolveu 350 crianças vítimas de abuso sexual e 209 não vítimas e, dos vinte itens da escala CBCL-PTSD, treze tiveram classificação mais elevada no grupo de crianças vítimas de abuso. Também Ruggiero e McLeer (2000) registaram, num estudo comparativo entre dois grupos de crianças vítimas de abuso sexual, com e sem diagnóstico de PTSD, resultados significativamente mais elevados na CBCL-PTSD no primeiro grupo. No entanto, estes autores não encontraram diferenças significativas entre os grupos de crianças vítimas de abuso sexual e um grupo de crianças não abusadas, mas com diagnóstico psiquiátrico.

A **hipótese 4** antecipava que o grupo de vítimas de maltrato apresentaria resultados significativamente superiores de desempenho no subteste *Completamento de Gravuras* da WPPSI-R que as crianças do grupo de controlo, no entanto as análises estatísticas efetuadas não confirmaram esta hipótese.

A hipótese 4 foi equacionada com base nos resultados obtidos nos estudos realizados por Frankel e colaboradores (2000) e Ogata (2012), com crianças vítimas de maltrato. Estes autores consideram o subteste *Completamento de Gravuras* da WPPSI-R e da WISC-III, respetivamente, como um possível indicador de hipervigilância na PTSD, já que este subteste mede a atenção visual e a capacidade para diferenciar os detalhes essenciais dos não essenciais. Neste contexto, os autores defendem que, nas crianças vítimas de maltrato com hipervigilância, estas capacidades podem estar mais desenvolvidas, talvez em hiper-funcionamento. Assim, estas crianças podem estar mais atentas aos detalhes do meio, particularmente quando o estímulo envolve elementos que estão em falta ou danificados. Tal pode refletir a hipersensibilidade para percecionar pistas de ameaças no meio, o que será consistente com a hipervigilância associada à PTSD. As imagens de objetos comuns ou de pessoas nas quais algo está a faltar (e,

desse modo, danificados de alguma forma) podem criar um estado de alerta ou de vigilância intensificados, conduzindo, assim, a um melhor desempenho na tarefa do subteste.

A não confirmação desta hipótese poderá ter por base a tipologia do maltrato predominante no nosso grupo de estudo, maioritariamente constituído por crianças vítimas de negligência (52%) ao contrário das crianças do grupo de estudo que participaram na pesquisa de Ogata (2012), maioritariamente vítimas de abuso físico (45%). A percentagem de abuso físico no nosso grupo de crianças vítimas de maltrato é de 8.8%. No estudo de Frankel e colaboradores a dimensão da amostra é demasiado reduzida (catorze crianças) e a tipologia do maltrato não é discriminada. Provavelmente, a hipersensibilidade para perceber pistas de ameaças no meio, consistente com a hipervigilância associada à PTSD, poderá ser mais evidenciada entre as crianças vítimas de abuso físico do que entre as crianças vítimas de negligência, daí a não verificação de resultados significativamente diferentes entre os dois grupos, no subteste *Completamento de Gravuras* da WPPSI-R, no presente estudo. Para explorar melhor esta possibilidade, foram analisadas as diferenças entre os resultados obtidos somente com o grupo de crianças vítimas de abuso e múltiplo maltrato, excluindo assim as crianças vítimas de negligência; apesar de uma ligeira subida na média dos resultados obtidos no subteste *Completamento de Gravuras* por este grupo, este não alcançou resultados significativamente superiores de desempenho comparativamente com o grupo de crianças não vítimas.

Outro aspeto que diferencia a nossa investigação do estudo de Ogata (2012) diz respeito às idades das crianças (médias iguais a 56.72 meses e a 135.50 meses, respetivamente). Assim, embora se desconheça a duração do maltrato de que as crianças do grupo de estudo de Ogata (2012) foram vítimas, provavelmente a hipersensibilidade relatada para perceber pistas de ameaças no meio, associada com a hipervigilância, irá sendo cada vez mais desenvolvida à medida que o maltrato se prolonga no tempo. Além disso, as crianças vítimas de maltrato que compõem o nosso estudo estão acolhidas em instituições, que se espera que constituam contextos seguros, o que, tendo em conta o tempo médio de acolhimento destas crianças (cerca de 18 meses, o que constitui cerca de um terço do seu tempo de vida), pode esbater a hipervigilância e o sentimento de que o meio é ameaçador.

Importa, ainda, salientar que este subteste é uma tarefa que implica a atenção seletiva, capacidade de focar num estímulo/detalhe, processo cognitivo que, como já foi discutido, se encontra comprometido nas crianças vítimas de maltrato.

A **hipótese 5** avançava que o grupo de crianças vítimas de maltrato apresentaria índices significativamente superiores de problemas de comportamento e significativamente inferiores de aptidões sociais aos do grupo de controlo.

Os resultados obtidos com as ECIP-2, quer em contexto jardim-de-infância quer em contexto cuidadores, confirmam esta hipótese e são consistentes com a literatura existente, que indica que as crianças vítimas de maltrato apresentam, frequentemente, dificuldades em regular as suas emoções e comportamentos (Cicchetti & Toth, 2005; Grych & Fincham, 1990), demonstrando mais problemas internalizantes e externalizantes (hipótese 5a) e capacidades sociais mais pobres que as não vítimas de maltrato (hipótese 5b) (Manly et al., 2001; Milot, Éthier et al., 2010; Spratt et al., 2012).

Estes resultados são comprovados quando analisamos os níveis de risco de problemas de comportamento e défices de aptidões sociais obtidos a partir dos resultados das ECIP-2 em que, na maioria das escalas e subescalas, existe uma sobrerrepresentação de crianças do grupo estudo nos níveis de risco moderado e elevado, por comparação com o que se verifica no grupo de controlo.

Os problemas de comportamento na infância são conceptualizados enquanto ações socialmente inadequadas que dificultam e/ou prejudicam a interação da criança com os seus pares e adultos. A presença de sintomatologia de PTSD desempenha um papel central no desenvolvimento de problemas de comportamento externalizantes e internalizantes nas crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar (Mongillo et al., 2009). Assim, considerando os resultados obtidos na PTSD-CBCL (Modificada) é expectável que o grupo de crianças vítimas de maltrato apresente resultados significativamente inferiores ao grupo de controlo na escala de *Aptidões Sociais* e significativamente superiores na escala de *Problemas de Comportamento* das ECIP-2, e englobe um número mais elevado de crianças em risco moderado ou elevado para apresentar ou vir a desenvolver défices de aptidões sociais ou problemas de comportamento.

A modificação do equilíbrio neuroquímico do cérebro devido a experiências precoces de maltrato pode provocar danos no desenvolvimento socioemocional, já anteriormente descritos, e alterar a capacidade da criança para se auto-regular

emocionalmente e para interagir positivamente com os outros (*Child Welfare Information Gateway*, 2009). Acresce, também, que a maioria das crianças vítimas de maltrato do grupo de estudo se encontrou privada de modelos de interação social apropriados no seu seio familiar, o que pode ter igualmente comprometido o desenvolvimento das suas competências sociais.

A partir da análise da matriz de correlações entre os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação no grupo de estudo verifica-se uma associação negativa significativa entre os índices de sintomatologia de PTSD e de problemas de comportamento com o desempenho intelectual e o desempenho em tarefas neuropsicológicas (controlo inibitório e atenção seletiva), embora com uma magnitude fraca e moderadamente fraca. Estes dados são consistentes com a literatura existente. Por exemplo De Bellis e colaboradores (2009) referem que a presença de sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) em crianças vítimas de maltrato (à qual são inerentes problemas de comportamento internalizantes e externalizantes) pode também contribuir para um baixo QI e para défices nos processos cognitivos.

Em suma, podemos concluir que o grupo de crianças vítimas de maltrato apresenta desempenhos significativamente inferiores a nível intelectual e neuropsicológico que o grupo de controlo. Além disso, as crianças vítimas registam dificuldades a nível socioemocional, com problemas de comportamento e sintomatologia PTSD significativamente mais elevados que as crianças não vítimas.

O facto de as crianças vítimas de maltrato acolhidas estarem privadas de um ambiente familiar equilibrado, com um vínculo estável e, simultaneamente, desenraizadas do seu meio (corte com as figuras de referência), poderá representar risco acrescido em relação às condições ambientais do seu passado criando as condições do presente um efeito de “bola de neve”. Daí que se torne urgente, “para um bom prognóstico” do desenvolvimento subsequente destas crianças, definir de uma forma célere o seu projeto de vida e intervir precocemente, através de equipas multidisciplinares, reparando, dentro do possível, o impacto causado pelas vivências de situações de maltrato nas diversas áreas do desenvolvimento.

Passando à **análise dos resultados obtidos pelo grupo de estudo em função de algumas variáveis específicas relacionadas com as características da criança e a vitimação de abuso/negligência**, nomeadamente, tipologia do maltrato, tempo de

acolhimento, acolhimentos anteriores, características dos seus progenitores (presença de doença física/mental) e a variável género, referentes às hipóteses 6 a 10, verificou-se a confirmação de algumas destas hipóteses, mas não de todas.

A **hipótese 6** antecipava que o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato apresentaria resultados significativamente inferiores no desempenho intelectual, nas tarefas de controlo inibitório, de atenção seletiva e de memória e nas aptidões sociais, e resultados significativamente superiores de problemas de comportamento e na sintomatologia de PTSD, aos do grupo de crianças vítimas de negligência. Os resultados obtidos confirmam parcialmente a hipótese.

No que concerne à sintomatologia de PTSD, a partir dos resultados obtidos na escala PTSD-CBCL (Modificada) no contexto jardim-de-infância, esta hipótese é confirmada, ou seja, as crianças vítimas de múltiplo maltrato apresentam índices superiores de sintomatologia de PTSD, verificando-se, assim, a validade da escala em diferenciar o impacto do maltrato na criança consoante a sua tipologia. Esta hipótese também é confirmada no âmbito das aptidões sociais, com o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato a apresentar índices inferiores de aptidões sociais nos resultados obtidos nas ECIP-2 no contexto cuidadores. Estes dados são consistentes com a literatura, uma vez que, segundo o modelo Ecológico-Transaccional, o risco cumulativo, designadamente a co-existência de várias formas de maltrato, provoca um maior impacto no desenvolvimento da criança (Masten & Wright, 1998).

No entanto, nos resultados obtidos na PTSD-CBCL (Modificada) no contexto cuidadores, não se encontram diferenças significativas entre o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato e o grupo de crianças vítimas de negligência. Também nos resultados obtidos nas ECIP-2, no contexto jardim-de-infância, são as crianças vítimas de negligência que apresentam índices inferiores de aptidões sociais. Estas diferenças observadas entre os contextos relativamente à sintomatologia de PTSD e às aptidões sociais poderão refletir alguma dificuldade na perceção e identificação destes comportamentos por parte dos informadores ou, ainda, ser o reflexo das especificidades das interações das crianças entre si e com os adultos em diferentes contextos, e às exigências sociais diversas entre o contexto cuidadores e o jardim-de-infância (Keith & Campbell, 2004; Major, 2011).

A hipótese 6 não é confirmada relativamente ao desempenho intelectual, às tarefas neuropsicológicas e aos problemas de comportamento, não tendo sido

observadas diferenças significativas entre o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato e o grupo de crianças vítimas de negligência, nestes três domínios. Estes dados não são convergentes com alguns estudos realizados, por exemplo, por Koenen e colaboradores (2003), que observaram que as crianças vítimas de mais do que um tipo de maltrato apresentam um desempenho intelectual inferior ao de crianças vítimas de apenas um tipo de maltrato. No entanto, importa salientar que estes autores utilizaram somente os subtestes *Vocabulário* e *Quadrados* da WPPSI-R para avaliar o desempenho intelectual.

Vários estudos têm sido conduzidos com o objetivo de comparar o funcionamento intelectual, neuropsicológico e socioemocional em função de diversos tipos de maltrato. No entanto, estas investigações são em número bastante reduzido dado que, tal como já referenciámos anteriormente, os diferentes tipos de maltrato não ocorrem de forma independente e estanque, existindo um elevado grau de comorbilidade entre os mesmos (Cicchetti & Toth, 2000; Howe et al., 2006), pelo que é difícil reunir amostras “puras” (Belsky, 1993) e suficientemente numerosas quanto a esta característica. Daí que, também no presente estudo, tenhamos revisto o objetivo estabelecido inicialmente, que consistia em estudar as consequências do maltrato em função dos vários tipos, tendo-se optado por comparar somente as situações de negligência e de múltiplo maltrato, dado o elevado número destas situações, comparativamente com os outros tipos de maltrato.

Ainda assim, a não confirmação de algumas das alíneas da hipótese formulada poderá relacionar-se com o número reduzido de casos em cada um dos grupos em comparação. Por outro lado, o facto de, na totalidade do grupo de estudo, 91 crianças (85%) serem vítimas de negligência e dentro da categoria múltiplo maltrato, apenas 15 crianças serem vítimas de abuso físico, 7 de abuso sexual e 34 de abuso emocional, significa que estamos a comparar crianças vítimas de negligência com outras que conjugam este mesmo tipo de maltrato com outro tipo diferente. Assim, os dois grupos são, em parte, idênticos, sendo o segundo bastante heterogéneo. Teria sido útil categorizar as crianças vítimas de múltiplo maltrato por subgrupos (e.g., negligência e abuso emocional; negligência e abuso físico), tal como no estudo de Pears e colaboradores (2008), com crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar. Porém, tal iria reduzir ainda mais o tamanho dos grupos em comparação, como no estudo supracitado, limitando, assim, a interpretação e generalização dos resultados obtidos (Pears et al., 2008).

Outra questão que se coloca aquando da comparação com outros estudos realizados neste domínio das tipologias do maltrato prende-se com a sua própria conceptualização: tal como já expusemos no ponto 2 do capítulo 2, não existe uma definição e classificação unânime quanto às várias tipologias de maltrato entre os investigadores, o que pode causar algum enviesamento nas comparações efetuadas e nas conclusões a reter (e.g., o conceito *negligência* não significa o mesmo que o conceito *negligência de supervisão*).

A **hipótese 7** previa uma associação positiva significativa entre o índice de problemas de comportamento das crianças vítimas de maltrato e o tempo de acolhimento dessas crianças. Os resultados obtidos confirmam esta hipótese, observando-se correlações positivas significativas entre os índices de problemas de comportamento das crianças vítimas de maltrato e o tempo de acolhimento. Embora a magnitude das correlações não seja elevada, estes dados são consistentes com a literatura que aponta para um aumento de problemas de comportamento à medida que o tempo de acolhimento aumenta (Landsverk & Garland, 1999; Lawrence et al., 2006). Landsverk e Garland (1999) estimam que entre metade a dois terços das crianças acolhidas em instituições demonstram problemas de comportamento significativos.

Apesar da média do tempo de acolhimento do grupo de crianças vítimas de maltrato poder não parecer muito elevada (cerca de 18 meses, em média), a média de idades do grupo de estudo é de 57.41 meses, o que significa que, em média, as crianças deste grupo permaneceram acolhidas durante cerca de um terço das suas vidas. Vários fatores poderão justificar esta associação positiva como o corte com as figuras de referência, a ausência do estabelecimento de um vínculo estável, a imposição de novas regras, a incerteza quanto ao seu projeto de vida e a respetiva continuidade na instituição, as inconstantes visitas dos progenitores e outros familiares, assim como a instabilidade causada pelas próprias visitas e a perceção acerca das outras crianças também acolhidas relativamente às visitas que recebem e à definição do seu projeto de vida (e.g., percecionar que outras crianças recebem mais visitas, que vão ser adotadas ou que regressam à família de origem) (Landsverk & Garland, 1999; Lawrence et al., 2006). Torna-se necessário limitar ao mínimo estritamente necessário o tempo de permanência das crianças nestas instituições.

A **hipótese 8** antecipava que as crianças vítimas de maltrato que tivessem permanecido em várias instituições de acolhimento apresentariam índices significativamente superiores de problemas de comportamento do que as crianças que se tivessem mantido numa única instituição. Os resultados obtidos nas ECIP-2, no contexto jardim-de-infância, na escala de problemas de comportamento e respetivas subescalas confirmam esta hipótese. Estes dados coincidem com os do estudo de Lewis e colaboradores (2007), no qual se verificaram diferenças significativas quanto à auto-regulação emocional entre o grupo de crianças acolhidas várias vezes e o grupo de crianças acolhidas uma única vez.

Porém, ao contrário do expectável, no contexto cuidadores das ECIP-2, é o grupo de crianças vítimas de maltrato acolhido várias vezes que apresenta índices inferiores de problemas de comportamento. Observamos, mais uma vez, discrepâncias na avaliação dos diferentes informadores. No entanto, não podemos deixar de referir que os cuidadores das crianças vítimas de maltrato são profissionais que trabalham ou num regime de rotatividade ou num regime fixo de oito horas de trabalho por dia, em que os cuidadores que cuidam da criança no período da manhã, antes da sua ida para o jardim-de-infância, não são os mesmos que zelam pela criança à noite, assim como, os que tratam da criança aos fins-de-semana, por vezes, não são os mesmos que convivem com ela durante a semana. Estas circunstâncias fazem com que cada um destes profissionais possa ter um contacto temporal reduzido com a criança, não tendo uma ideia tão clara das suas características quanto os educadores, que passam várias horas por dia com ela. Tal poderá explicar as discrepâncias nos resultados obtidos relativamente aos problemas de comportamento entre os contextos jardim-de-infância e cuidadores.

Todavia, Healey e Fisher (2011) num estudo realizado com crianças vítimas de maltrato institucionalizadas em idade pré-escolar também não observaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças acolhidas várias vezes e o grupo de crianças acolhidas uma única vez, no que se refere a problemas de comportamento. Tal como no nosso estudo, o número de acolhimentos entre as crianças vítimas de maltrato é reduzido (de 1 a 3⁵²) comparativamente com outros estudos, designadamente o de Lewis e colaboradores (2007) em que as crianças vítimas de

⁵² A integração da criança na família alargada por decisão judicial também foi categorizada, no presente estudo, como um acolhimento.

maltrato com idades compreendidas entre os 5 e os 6 anos tinham um número de acolhimentos variável entre um e cinco.

A **hipótese 9** previa que o grupo de crianças vítimas de maltrato cujos progenitores evidenciassem doença física/mental apresentaria resultados significativamente inferiores no desempenho intelectual e neuropsicológico (controlo inibitório, atenção seletiva e memória) e no índice de aptidões sociais e resultados significativamente superiores de problemas de comportamento e de sintomatologia de PTSD, que o grupo de crianças vítimas de maltrato cujos progenitores não apresentassem doença física/mental. Dos resultados obtidos na nossa análise esta hipótese não se comprova, nem no que diz respeito ao desempenho intelectual nem ao funcionamento neuropsicológico e socioemocional. Estes resultados não vão, pois, ao encontro da literatura que indica que o risco cumulativo ou multifatorial relativo às características do cuidador aumenta a probabilidade de consequências do maltrato nos diversos domínios do desenvolvimento da criança (Cicchetti & Lynch, 1993; Dubowitz et al., 2011). Por exemplo, Ybarra e colaboradores (2007) observaram que as crianças vítimas de maltrato cujas mães possuíam elevados níveis de psicopatologia apresentavam mais problemas de comportamento internalizantes do que aquelas cujas mães tinham níveis baixos de psicopatologia.

De forma a explorar esta hipótese optámos por analisar somente as crianças cujos progenitores possuísem comportamentos aditivos e perturbações emocionais e/ou mentais, retirando do grupo os progenitores que apresentavam doença física. Nesta análise foram encontradas diferenças marginalmente significativas entre os dois grupos no que se refere aos resultados obtidos no contexto jardim-de-infância das ECIP-2, com as crianças cujos progenitores apresentavam comportamentos aditivos e perturbações emocionais e/ou mentais a obterem resultados inferiores na subescala *Cooperação/Ajustamento Social* e superiores na subescala *Isolamento Social*. Estes dados podem refletir a ausência de modelos de interacção social adequados no seio familiar e o abandono emocional que estas crianças vivenciam, que comprometem o desenvolvimento de competências sociais (Lieberman et al., 2005).

A confirmação parcial desta hipótese pode dever-se ao facto de, apesar de 61.7% destas crianças vítimas de maltrato viverem com ambos os progenitores, segundo a informação que consta nos dossiers das mesmas, a maioria delas é cuidada pela família alargada, que vive nas proximidades, nomeadamente pelos avós. Nestes casos, as suas

figuras de referência não são os progenitores, mas sim outros elementos da família alargada, tendo os progenitores uma influência menor no desenvolvimento da criança. Apesar de existir, na maioria dos casos, algum “disfuncionamento” também nas famílias alargadas das crianças vítimas de maltrato, são estas que, por vezes, proporcionam de alguma forma um ambiente mais estruturante e securizante junto destas crianças. Na maioria dos casos, é quando estes elementos da família alargada, que de algum modo vão colmatando a incompetência parental, deixam de poder zelar por estas crianças, por motivos de desemprego, de saúde ou de morte, que os casos são denunciados às CPCJ. É de recordar que a maioria das crianças do grupo de estudo é vítima de negligência.

A **hipótese 10** previa que o grupo de crianças vítimas de maltrato não apresentasse diferenças significativas em função do género nos resultados obtidos no desempenho intelectual, nas tarefas de controlo inibitório, de atenção seletiva e de memória, na sintomatologia de PTSD, nas aptidões sociais e problemas de comportamento.

Os resultados obtidos relativamente ao desempenho intelectual e ao funcionamento neuropsicológico (controlo inibitório, atenção e memória) confirmam a hipótese 10 e são consistentes com os de outros estudos, nomeadamente o de Frankel e colaboradores (2000), onde também não foram encontradas diferenças significativas no desempenho intelectual e no funcionamento neuropsicológico em função do género num grupo de crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar.

No que se refere às aptidões sociais, os resultados obtidos nas ECIP-2 na escala de *Aptidões Sociais* e respetivas subescalas, quer no contexto jardim-de-infância, quer no contexto cuidadores, confirmam também a hipótese 10. Apenas se observa uma diferença estatisticamente significativa no contexto cuidadores das ECIP-2, com as raparigas a obterem um resultado significativamente superior na subescala *Interação Social/Empatia*, mas com um valor da magnitude do efeito considerado pequeno, o que confirma que a variável género não tem influência sobre esta dimensão.

Relativamente à sintomatologia de PTSD, os resultados obtidos na PTSD-CBCL (Modificada) no contexto jardim-de-infância confirmam igualmente a hipótese 10. No entanto, como já tínhamos constatado nos estudos normativos da PTSD-CBCL (Modificada) no contexto cuidadores (ponto 1 do capítulo 6), observa-se uma diferença marginalmente significativa em função do género no total da escala. Da análise dos resultados obtidos nas três subescalas da PTSD-CBCL (Modificada), contexto

cuidadores, verificam-se diferenças significativas entre os géneros na subescala *Queixas Somáticas/Isolamento Social*, com as raparigas a obterem resultados mais elevados. A magnitude do efeito relativa à diferença nos resultados obtidos na subescala *Queixas Somáticas/Isolamento*, com valor considerado médio, confirma que a variável género poderá ter influência relativamente a queixas somáticas e isolamento social. No mesmo sentido as raparigas obtêm nas ECIP-2 resultados superiores nas subescalas *Isolamento Social* e *Ansiedade/Queixas Somáticas*, quer no contexto jardim-de-infância, quer no contexto cuidadores, embora nestas subescalas não se observem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

No que se refere aos problemas de comportamento, as crianças do género masculino apresentam resultados significativamente mais elevados na subescala *Problemas Externalizantes* e nas subescalas suplementares *Anti-Social/Agressivo* e *Excesso de Atividade/Desatenção* das ECIP-2, no contexto jardim-de-infância, e resultados marginalmente significativos nas duas primeiras destas subescalas, no contexto cuidadores. O resultado significativamente mais elevado evidenciado na subescala suplementar de problemas de comportamento *Excesso de Atividade/Desatenção* por parte dos rapazes encontra-se possivelmente associado ao resultado também significativamente mais elevado obtido no total de omissões e significativamente mais baixo no total de acertos do *Teste de Barragem* da NEPSY pelas crianças do género masculino. Estes dados coincidem com a associação positiva significativa existente entre a subescala suplementar de problemas de comportamento *Excesso de Atividade/Desatenção* e o total de omissões da NEPSY, e com a associação negativa significativa entre a mesma subescala suplementar e o total de acertos da NEPSY, embora estas associações apresentem magnitudes consideradas moderadamente fracas.

Estes dados, relativos ao funcionamento socioemocional, não são consistentes com o estudo de Lieberman e colaboradores (2005), realizado também com crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar, no qual não se verificaram diferenças significativas no índice de problemas socioemocionais em função da variável género. Todavia, no estudo de adaptação das ECIP-2, Major (2011) verificou diferenças significativas na escala *Problemas de Comportamento*, quer no contexto jardim-de-infância quer no contexto cuidadores, com as crianças do género masculino a obterem resultados mais elevados, embora a magnitude do efeito fosse pequena. Tal leva-nos a concluir que as diferenças verificadas neste estudo não têm a ver especificamente com

as características desta amostra, mas refletem, sim, diferenças observadas na população geral em função do género, em crianças desta faixa etária.

Em suma, segundo a literatura as diferenças no domínio socioemocional em função da variável género podem não ser muito significativas em idade pré-escolar, mas tendem a tornar-se mais evidentes em crianças mais velhas (Fonseca et al., 1994) e grupos especiais/clínicos, nomeadamente adolescentes vítimas de maltrato (ver Alberto, 2008).

A não confirmação de algumas das hipóteses formuladas com base em variáveis específicas relacionadas com as características da criança e a vitimação de abuso/negligência poderá dever-se ao facto de não ser cada uma destas variáveis, por si só, que traduz diferenças, mas sim a presença de várias em simultâneo; segundo Mackenzie e colaboradores (2011) os problemas desenvolvimentais em crianças vítimas de maltrato terão uma maior probabilidade de ocorrência quando existem múltiplos fatores de risco em simultâneo e se estes persistirem ao longo do tempo.

Conclusões Gerais

Apesar do extenso caminho percorrido ao longo de vários séculos, no qual o conceito de “criança-propriedade”, associado à lei *patria potestas*, evoluiu para um conceito de criança com igualdade de direitos e capacidade de autodeterminação, e da “abundante legislação” portuguesa, no que se refere à defesa dos direitos e estatuto da criança, bem como da sua proteção em casos de risco/perigo, os estudos epidemiológicos apontam para um crescente número de casos de crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar denunciados nos últimos anos.

Os resultados do presente estudo confirmam os dados da literatura que tem demonstrado de forma consistente o impacto negativo que as vivências de situações de maltrato podem provocar no desenvolvimento precoce destas crianças. Acrescem, ainda, as possíveis consequências que um afastamento das figuras de referência em idade precoce e um acolhimento “temporário” prolongado podem causar nos vários domínios do desenvolvimento destas crianças vítimas de maltrato, associadas à sobrelotação dos CATs, CAOTs e Lares existentes em Portugal e à falta de celeridade na resolução dos seus projetos de vida. Além disso, importa destacar que o tempo de ser criança é precioso, limitado num período de vida próprio e crucial para a forma como o indivíduo constrói e vive o seu futuro.

A conceção deste estudo surge a partir de questões específicas que se foram levantando aquando da intervenção da autora junto de crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar, acolhidas institucionalmente. Por exemplo, até que ponto é que processos como a inteligência, o controlo inibitório, a atenção, a memória, a regulação socioemocional são afetados pelas vivências precoces de situações de maltrato no seio familiar? Que relações existem entre os diferentes tipos de maltrato ou sujeição a múltiplo maltrato e o impacto nas várias áreas do desenvolvimento? De que forma o tempo de acolhimento numa instituição promove ou compromete a regulação socioemocional e o desempenho intelectual e neuropsicológico das crianças vítimas de maltrato? Este trabalho sobrevém, também, da lacuna com que se deparam diariamente os profissionais no que se refere à existência de instrumentos devidamente adaptados e validados para crianças portuguesas em idade pré-escolar, principalmente, na área da avaliação de sintomatologia de PTSD e avaliação neuropsicológica.

i) Principais contributos do estudo

Considerando a revisão bibliográfica, este estudo contribui com uma visão global acerca da conceptualização do maltrato infantil, quer em termos históricos, quer em termos científicos, descrevendo as diversas formas que este pode assumir e sistematizando as suas principais consequências no desenvolvimento cognitivo e socioemocional das crianças em idade pré-escolar.

O estudo empírico incluiu a aplicação de uma bateria de instrumentos de avaliação psicológica extensa e variada (compreendendo testes psicológicos e questionários de heterorrelato) que permitiu, nomeadamente, obter uma visão do funcionamento da criança em diversos contextos (escolar e “familiar”), partindo da perspetiva de diferentes adultos com um papel importante no seu desenvolvimento. Apesar de a extensão da bateria implicar um longo tempo de aplicação, o que dificultou a recolha dos dados e impossibilitou a recolha de uma amostra de maiores dimensões, ela permitiu, por outro lado, obter um conjunto mais aprofundado de informações de natureza qualitativa sobre o comportamento das crianças em idade pré-escolar em geral e, em particular, as crianças vítimas de maltrato.

Relativamente à adaptação de instrumentos de avaliação psicológica, observou-se que a PTSD-CBCL (Modificada) apresenta adequadas qualidades psicométricas, quer a nível da precisão, quer a nível da validade. Esta escala, que se apresenta em forma de questionário de heterorrelato, de preenchimento rápido e passível de ser aplicada a educadores e a cuidadores, evidencia conformidade com a tríade de sintomatologia de PTSD descrita na literatura, apresentando-se como um instrumento adequado de despistagem de sintomatologia de PTSD em crianças vítimas de situações traumáticas em idade pré-escolar, com boas qualidades de precisão e de validade. Os cinco itens adicionados à versão original apresentaram um bom funcionamento nos vários estudos realizados e acrescentam informação útil à despistagem de sintomatologia de PTSD em crianças de idade pré-escolar, daí que a sua inclusão pareça constituir uma mais-valia para o instrumento.

Os resultados relativos ao *Teste Stroop Dia-Noite* demonstram que este possui adequadas qualidades psicométricas no que respeita à precisão e à validade, revelando-se um teste apropriado para a avaliação do controlo inibitório em crianças de idade pré-escolar. Não menos importante, trata-se de um instrumento atrativo para a criança, fácil e rápido de aplicar (“amigo do utilizador”).

Por conseguinte, em termos práticos o desenvolvimento destes dois instrumentos representa um contributo positivo no contexto nacional, disponibilizando novos materiais para a despistagem/avaliação de crianças em idade pré-escolar, particularmente (no que se refere ao primeiro dos dois instrumentos) crianças suspeitas de abuso/negligência.

No que diz respeito à avaliação do impacto do maltrato intrafamiliar na criança em idade pré-escolar, os resultados obtidos neste estudo são consistentes com a literatura existente, observando-se desempenhos a nível intelectual e a nível neuropsicológico significativamente inferiores nas crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar, quando comparadas com crianças não vítimas. Em termos de regulação socioemocional, as crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar apresentam (i) índices elevados de sintomatologia de PTSD, designadamente sintomas de hipervigilância (*hiperarousal*), de isolamento social, queixas psicossomáticas e, de uma forma mais pronunciada, sintomas de reexperiência e estados emocionais negativos; (ii) índices elevados de problemas de comportamento externalizantes (e.g., agressividade) e internalizantes (e.g., ansiedade); e, igualmente, (iii) défices de aptidões sociais (e.g., desajustamento social).

Constata-se, também, que o tempo de acolhimento das crianças vítimas de maltrato tem uma associação positiva com a demonstração dos referidos problemas de comportamento. Verifica-se, ainda, que não existem diferenças significativas em função do género no desempenho intelectual e neuropsicológico entre as crianças vítimas de maltrato, observando-se, no entanto, algumas diferenças no domínio socioemocional, com as raparigas a evidenciarem maiores índices de queixas somáticas e de isolamento social, e os rapazes a apresentarem índices de problemas externalizantes mais elevados que as raparigas.

No que concerne a algumas variáveis específicas da situação de vitimação abuso/negligência não foram observadas algumas das diferenças antecipadas, nomeadamente: diferenças no desempenho intelectual, nas tarefas neuropsicológicas (controlo inibitório, atenção e memória) e no índice de problemas de comportamento, entre o grupo de crianças vítimas de negligência e o grupo de crianças vítimas de múltiplo maltrato; diferenças entre as crianças acolhidas várias vezes em instituições e aquelas acolhidas uma única vez no que se refere aos índices de problemas de comportamento; e diferenças no desempenho intelectual e no funcionamento neuropsicológico e socioemocional entre as crianças vítimas de maltrato cujos

progenitores evidenciam doença física/mental e aquelas cujos progenitores não apresentam tais doenças.

A não confirmação destas diferenças antecipadas poderá dever-se ao fato de não ser cada uma destas variáveis, por si, que se traduz em diferenças, mas sim a presença de várias em simultâneo, dado que os problemas desenvolvimentais em crianças vítimas de maltrato terão uma maior probabilidade de ocorrência quando existem múltiplos fatores de risco em simultâneo e de forma continuada (risco cumulativo). Neste sentido, será importante desenvolver estudos com análises multivariadas com amostras de maiores dimensões para que se possam aferir conclusões acerca destas diferenças.

Relativamente aos contributos para a intervenção psicológica, este estudo acrescenta dados importantes no que se refere ao funcionamento neuropsicológico e socioemocional nas crianças vítimas de maltrato intrafamiliar em idade pré-escolar. Por exemplo, a descrição dos comportamentos da PTSD-CBCL (Modificada) mais frequentemente assinalados como estando presentes no contexto jardim-de-infância (e.g., item 20 – “*Isola-se não se mistura com os outros*”) e no contexto cuidadores (e.g., item 18 – “*Tem dificuldades em adormecer ou em permanecer a dormir*”) poderá ajudar a identificar quais os sintomas de PTSD mais comuns nas crianças vítimas de maltrato em idade pré-escolar e, deste modo, facilitar a despistagem dos mesmos e a definição e implementação de programas de intervenção junto de crianças vítimas de maltrato, podendo a escala PTSD-CBCL (Modificada) ser utilizada como uma ferramenta de avaliação, quer na fase da pré intervenção, quer na fase da pós intervenção. Igualmente o TSDN, para além de avaliar o controlo inibitório de crianças em idade pré-escolar, pode ser utilizado no âmbito de um programa de intervenção, junto de grupos especiais/clínicos (com défices de controlo inibitório), como um instrumento de treino desta mesma função executiva.

ii) Limitações do estudo

No que concerne às limitações do estudo, enumeramos alguns aspetos menos conseguidos, suscetíveis de serem aperfeiçoados em estudos futuros, nomeadamente:

- Tamanho da amostra – trata-se de uma amostra de dimensões reduzidas, com 107 crianças vítimas de maltrato e 107 não vítimas, a partir das quais se criou um grupo de controlo com 64 crianças. A impossibilidade de obter

uma amostra mais numerosa está relacionada com a extensão da bateria de instrumentos de avaliação utilizada nesta investigação e com as especificidades do próprio grupo de estudo, que dificultaram a recolha de dados;

- Recolha dos dados – a opção de ser a mesma pessoa a recolher todos os dados permitiu controlar a possível interferência das especificidades do examinador na relação com as crianças e na aplicação da bateria de instrumentos de avaliação, possibilitando, igualmente, uma compreensão mais integradora da situação das crianças por parte da examinadora, através da observação direta dos vários contextos e do diálogo estabelecido com todos os sujeitos da amostra, o que enriqueceu de forma significativa os dados produzidos com base na aplicação dos instrumentos de avaliação. Contudo, ao aplicar e cotar a bateria de instrumentos de avaliação a examinadora não era “cega” às características dos grupos e às hipóteses da investigação, facto que poderá ter introduzido enviesamentos nos resultados obtidos;
- Informação para a codificação da variável NSE – a incorreta informação fornecida à investigadora quanto à profissão e grau de instrução dos pais das crianças do grupo da população geral, no momento da seleção das crianças não vítimas, levou à necessidade de não considerar neste grupo algumas das crianças anteriormente avaliadas, fazendo com que o grupo de controlo tivesse um número inferior de sujeitos, comparativamente com o do grupo de estudo;
- Valores omissos nas escalas PTSD-CBCL (Modificada) e ECIP-2 – dado o elevado número de valores omissos nas referidas escalas, o número de sujeitos utilizados em determinadas análises foi reduzido;
- Ausência de estudos de estabilidade temporal – a análise da precisão teria resultado mais robusta com a realização de estudos de estabilidade temporal, quer na escala PTSD-CBCL (Modificada), quer no *Teste Stroop Dia-Noite*;
- Origem dos sujeitos da amostra – a recolha da amostra restringe-se à zona centro e sul do país, sendo importante organizar, em futuras investigações, uma amostra mais representativa do território nacional.

iii) Propostas para futuras investigações

Como propostas para futuras investigações indicamos:

- Estudos relativos à estabilidade temporal da escala PTSD-CBCL (Modificada) e do *Teste Stroop Dia-Noite*, para estabelecer de forma mais completa o estudo de evidência de precisão;
- Estudos de sensibilidade e especificidade em ambos os instrumentos estudados na presente investigação;
- Aprofundamento dos estudos normativos, quer da escala PTSD-CBCL (Modificada), quer do *Teste Stroop Dia-Noite*, recorrendo a amostras representativas do contexto nacional;
- Estudos de evidência de validade convergente no *Teste Stroop Dia-Noite*, com outras variantes do teste *Stroop*, por exemplo o *Teste Neve-Relva* ou o *Peg Tapping* (PT);
- Estudos com a variável tempo de latência no TSDN;
- Estudos com o TSDN e com a PTSD-CBCL (Modificada) utilizando outros grupos especiais/clínicos (e.g., perturbação de hiperatividade com défice de atenção) com o objetivo de confirmar a sua sensibilidade em diferenciar este tipo de sujeitos;
- Estudo longitudinal com uma amostra alargada de crianças em idade pré-escolar vítimas de maltrato, no sentido de analisar o modo como os fatores protetores atuam no seu desempenho cognitivo e socioemocional a médio/longo prazo;
- Estudos multivariados, tendo por base os dados obtidos nesta investigação;
- Seria importante, também, a avaliação psicológica de crianças vítimas de maltrato não acolhidas institucionalmente, por forma a controlar as possíveis influências do acolhimento temporário nas variáveis analisadas.

Embora não se consiga erradicar de vez o maltrato infantil intrafamiliar, dado haver múltiplos fatores de risco na base da ocorrência deste, pode-se tentar reduzi-lo através de programas de prevenção, educação e reeducação. Os custos pessoais, familiares e comunitários que o abuso e a negligência de crianças acarreta implicam um

investimento claro na minimização e reparação dos efeitos deste “*complex trauma*” nas diversas áreas do desenvolvimento infantil, através de programas de sinalização e de intervenção precoce, com equipas multidisciplinares. A investigação nesta área tem um papel fundamental no delineamento destes programas, daí que se torne pertinente a realização de mais estudos científicos, a nível nacional, na área do maltrato infantil.

*“Ninguém pode voltar atrás no tempo e fazer um novo começo.
Mas qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim!”*
(Bob Marley, s/data)

Bibliografia

A

- Abreu, N., & Matos, P. (2010). Memória. In L. F. Malloy-Diniz et al. (Eds.), *Avaliação Neuropsicológica* (pp. 76-85). Porto Alegre: Artmed.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*(2), 213-232.
- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(5), 266-272.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alberto, I. M. (2000). As consequências do abuso sexual infantil: Contributo dos estudos longitudinais. *Psychologica*, *24*, 119-127.
- Alberto, I. M. (2003). Atenção, por favor(!) à avaliação da atenção! *Psychologica*, *34*, 231-243.
- Alberto, I. M. (2006). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina.
- Alberto, I. M. (2008). Maltrato infantil: Entre um destino e uma história. In A. Matos, C. Vieira, S. Nogueira, J. Boavida, & L. Alcoforado (Eds.), *A maldade humana: Fatalidade ou educação?* (pp. 107-130). Coimbra: Almedina.
- Allin, J. D. (2004). Book review: *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition*, *Journal of Psychoeducational Assessment*, *22*(1), 81-86.
- Almeida, L. (1988). *O raciocínio diferencial dos jovens portugueses: Avaliação, desenvolvimento e diferenciamento*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.

Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilibrios.

American Psychiatric Association (1986). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais* (3ª ed.). Lisboa: Livros Técnicos e Científicos (Obra original publicada em 1980)

American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed., Revisão de Texto, J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi (Obra original publicada em 2000)

American Psychological Association (2013, março). *Understanding child sexual abuse: Education, prevention, and recovery*. Disponível em <http://www.apa.org/pubs/info/brochures/sex-abuse.aspx>

Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2013, fevereiro). *Estatísticas APAV: Relatórios Anuais de 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012*. Lisboa: Autor. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/index.php/pt/estatisticas/estatisticas

B

Bagnato, S. J., & Neisworth, J. T. (1994). A national study of the social and treatment “invalidity” of intelligence testing for early interventions. *School Psychology Quarterly*, 9(2), 81-102. doi:10.1037/h0088852

Baker, L., & Cunningham, A. (2009). Inter-parental violence: The pre-schooler’s perspective and the educator’s role. *Early Childhood Educational Journal*, 37, 199-207. doi:10.1007/s10643-009-0342-z

Barona, A., & De Barona, M. S. (2004). Assessing multicultural preschool children. In B. A. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (3rd ed., pp. 282-297). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Barroso, Z. (2004). *Contribuição para uma tipologia de maus tratos infantis: Síntese dos resultados obtidos num hospital público de Lisboa*. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel23/ZeliaBarroso.pdf>
- Bateson, G. (1987). *Natureza e espírito: Uma unidade necessária*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*(3), 483-486. doi:10.1176/appi.ajp.159.3.483
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, *35*(4), 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, *114*(3), 413-434.
- Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review*, *26*, 725-748. doi:10.1016/j.childyouth.2004.02.017
- Berlin, L., & Bohlin, G. (2002). Response inhibition, hyperactivity, and conduct problems among preschool children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *31*, 242-251.
- Berliner, L., & Elliot, D. M. (2002). Sexual abuse of children. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC: Handbook on child maltreatment* (2nd ed., pp. 55-78). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Blair, C., & Razza, R. P. (2007). Relating effortful control, execution function, and false belief understanding to emerge math and literacy ability in kindergarten. *Child Development*, *78*(2), 647-663. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01019.x
- Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M., Pereira, V. A., & Manfrinato, J. V. S. (2006). Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: Comparando avaliações de mães e de professoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *19*(3), 460-469. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n3/a15v19n3.pdf>

- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (Vol. 1). New York, NY: Basic Books.
- Bracken, B. A. (1987). Limitations of preschool instruments and standards for minimal levels of technical adequacy. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 5, (4) 313-326. doi:10.1177/073428298700500402
- Bracken, B. A. (2004a). Clinical observation of preschool assessment behavior. In B. A. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (3rd ed., pp. 45-56). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bracken, B. A. (2004b). Maximizing construct relevant assessment: The optimal preschool testing situation. In B. A. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (3rd ed., pp. 33-44). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bracken, B. A., & Walker, K. C. (1997). The utility of intelligence tests for preschool children. In D. P. Flanagan, J. L. Genshaft, & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests and issues* (pp. 484-502). New York, NY: Guilford Press.
- Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., Capelli, S., Delaney, R., McCarthy, G., & Charney, D. S. (1995). Deficits in short-term memory in adult survivors of childhood abuse. *Psychiatry Research*, 59, 97-107.
- Bruskas, D. (2008). Children in foster care: A vulnerable population at risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(2), 70-77.
- Butchart, A., Harvey, A. PH., Mian, M., & Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf



- Calheiros, M. M., & Monteiro, M. B. (2000). Mau-trato e negligência parental: Contributos para a definição social dos conceitos. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 34, 145-176.

- Capovilla, A. G. (2006). Desenvolvimento e validação de instrumentos neuropsicológicos para avaliar funções executivas. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 239-241. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v5n2/v5n2a14.pdf>
- Cardoso, C. (2007). *Dificuldades de aprendizagem: Estudos com a Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC)* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Carlson, S. M., & Moses, L. J. (2001). Individual differences in inhibitory control and children theory of mind. *Child Development*, 72, 1032-1053.
- Chasiotis, A., Kiessling, F., Campos, D., & Hofer, J. (2006). Theory of mind and inhibitory control in three cultures: Conflict inhibition predicts false belief understanding in Germany, Costa Rica and Cameroon. *International Journal of Behavioral Development*, 30(3), 249-260. doi: 10.1177/0165025406066759
- Child Help Organization (2012, maio). *National Child Abuse Statistics: Child abuse in America*. Disponível em <http://www.childhelp.org/pages/statistics>
- Child Welfare Information Gateway (2009). *Understanding the effects of maltreatment on brain development* (Issue Brief November 2009). Washington, DC: Author. Disponível em http://www.childwelfare.gov/pubs/issue_briefs/brain_development
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 53, 96-118.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Howe, M., L., & Toth, S. L. (2010). The effects of maltreatment and neuroendocrine regulation on memory performance. *Child Development*, 81(5), 1504-1519. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01488.x
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2000). Developmental processes in maltreated children. *Nebraska Symposium on Motivation*, 46, 85-160.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-437. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029

- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 3, pp. 129-201). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Cid, C., Machado, C., & Matos, M. (2010). Prevenção, despistagem e intervenção precoce nos maus tratos à criança. In C. Machado (Ed.), *Vitimologia: Das novas abordagens teóricas às novas práticas de intervenção* (pp. 105-136). Braga: Psiquilibrios.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Conboy, J. E. (2003). Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito. *Análise Psicológica*, 21(2), 145-158.
- Conselho da Europa (2008). *A abolição dos castigos corporais infligidos às crianças: Perguntas e respostas*. Estrasburgo: Autor.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (2013, fevereiro). *Relatórios anuais de avaliação da actividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco nos anos de 2008, 2009, 2010 e 2011*. Lisboa: Autor. Disponível em <http://www.cnpcjr.pt>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. Disponível em <http://search.proquest.com/docview/217061735?accountid=43959>
- Cook-Cottone, C. (2004). Childhood posttraumatic stress disorder: Diagnosis, treatment, and school reintegration. *School Psychology Review*, 33(1), 127-139. Disponível em <http://search.proquest.com/docview/219647832?accountid=43959>
- Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1117-1142. doi:10.1016/j.chiabu.2007.03.023
- Crozier, J. C., & Barth, R. P. (2005). Cognitive and academic functioning in maltreated children. *Children & Schools*, 27(4), 197-205. doi: 10.1093/cs/27.4.197



- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, *13*, (539-564). Disponível em <http://search.proquest.com/docview/201694131?accountid=43959>
- De Bellis, M. D., Hooper, S. R., Spartt, E. G., & Wooley, D. P. (2009). Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *15*, 868-878. doi:10.1017/S1355617709990464
- De Mause, L. (1980). The evolution of childhood. In L. De Mause (Ed.), *History of childhood: The evolution of parent-child relationships as a factor in history* (3rd. ed., pp. 1-74). London: Souvenir Press.
- De Mause, L. (1998). The history of child abuse. *Journal of Psychohistory*, *25*(3). Disponível em http://www.psychohistory.com/htm/05_history.html
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*, 231-250. doi:10.1007/s10567-011-0094-3
- Dehon, C., & Scheeringa, M. S. (2006). Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology*, *31*(4), 431-435. doi:10.1093/jpepsy/jsj006
- Diamond, A., Kirkham, N., & Amso, D. (2002). Conditions under which young children can hold two rules in mind and inhibit a prepotent response. *Development Psychology*, *38*, 352-362. doi:10.1037//0012-1649.38.3.352
- Diamond, A., & Taylor, C. (1996). Development of an aspect of executive control: Development of the abilities to remember what I said and to “do as I say, not as I do”. *Developmental Psychobiology*, *29*(4), 315-334.

DiLauro, M. (2004). Psychosocial factors associated with types of child maltreatment. *Child Welfare League of America*, 83(1), 69-99. Disponível em <http://search.proquest.com/docview/213808706?accountid=43959>

Direção-Geral da Política de Justiça (2013, Março). *Estatísticas oficiais da justiça*. Disponível em http://www.siej.dgpj.mj.pt/webeis/index.jsp?username=Publico&pgmWindowName=pgmWindow_634989875709687500

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

Dubowitz, H., Papas, M. A., Black, M. M., & Starr, R. H. (2002). Child neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics*, 109(6), 1100-1107.

E

English, D. J., Thompson, R., Graham, J. C., & Briggs, E. C. (2005). Toward a definition of neglect in young children. *Child Maltreatment*, 10(2), 190-206. doi:10.1177/1077559505275178

Erickson, M. F., & Egeland, B. (2002). Child neglect. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC: Handbook on child maltreatment* (2nd ed., pp. 3-20). Thousand Oaks, CA: Sage.

F

Félix, J. (2003). Pedofilia – Brevíssimo perfil do mistério de Laius. In E. Sá (Ed.), *Quero-te – Psicologia da sexualidade* (pp. 119-132). Coimbra: Quarteto.

- Fernández, M. (2002). *Abusos sexuales en la infancia: Abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ferreira, F. O., Coutinho, G., Freitas, P. M., Malloy-Diniz, L. F., & Haase, V. G. (2010). O exame neuropsicológico na idade pré-escolar. In L. F. Malloy-Diniz et al. (Eds.), *Avaliação Neuropsicológica* (pp.210-220). Porto Alegre: Artmed.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Finkelhor, D. (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19(2), 169-194. Disponível em: http://futureofchildren.org/futureofchildren/publications/docs/19_02_08.pdf
- Flanagan, D. P., Mascolo, J., & Genshaft, J. L. (2004). A conceptual framework for interpreting preschool intelligence tests. In B. A. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (3rd ed., pp. 428-473). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Flores, J. C. (1997). Maltrato físico: Lesiones de piel y mucosas. In J. C. Flores, J. A. D. Huertas, & C. M. González (Eds.), *Niños Maltratados* (pp. 41-46). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 286-299.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas de comportamento em crianças e adolescentes: O Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Forsman, M., & Langstrom, N. (2012). Child maltreatment and adult violent offending: Population-based twin study addressing the “cycle of violence” hypothesis. *Psychological Medicine*, 42, 1977-1983. doi:10.1017/S0033291711003060
- FPCE/UC (2005). *Adaptação e standardização Portuguesa de Testes Neuropsicológicos: Estudos normativos e de validade*. Disponível em <http://www.fpce.uc.pt/cientificas/aepn>

Frankel, K., Boetsch, E., & Harmon, R. (2000). Elevated picture completion scores: A possible indicator of hipervigilance in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect, 24*(1), 63-70.



Gallardo, J. (1994). *Maus Tratos à Criança*. Porto: Porto.

Garon, N., Bryson, S. E., & Smith, I. M. (2008). Executive function in preschoolers: A review using an integrative framework. *Psychological Bulletin, 34*(1), 31-60. doi:10.1037/0033-2909.134.1.31

Gerstadt, C., Hong, Y., & Diamond, A. (1994). The relationship between cognition and action: Performance of children 3-1/2-7 years old on a Stroop – like a day-night test. *Cognition, 53*, 129-153.

Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(1), 97-116.

Gomes, I. (2010). *Acreditar no futuro*. Alfragide: Texto Editores.

Gonçalves, M. (2003). Aumentar a resiliência das crianças vítimas de violência. *Análise Psicológica, 1*(21), 23-30.

Goodman, G. S., Quas, J. A., & Ogle, C. M. (2009). Child maltreatment and memory. *Annual Review of Psychology, 61*, 325-351. doi:10.1146/annurey.psych.093008.100403

Grych, H., & Fincham, D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin, 108*(2), 267-290. doi: 10.1037/0033-2909.108.2.267

Gunnar, M. R., & Fisher, P. A. (2006). Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children. *Development and Psychopathology, 18*, 651-677. doi:10.1017/S0954579406060330



- Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A., & Wert, M. (2010). The impact of multiple type of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescent to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 528-540. doi:10.1007/s10964-009-9490-0
- Hart, S. N., Brassard, M. R., Binggeli, N. J., & Davidson, H. A. (2002). Psychological maltreatment. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC: Handbook on child maltreatment* (2nd ed., pp. 79-104). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hart, S. N., & Glaser, D. (2011). Psychological maltreatment – maltreatment of the mind: A catalyst for advancing child protection toward proactive primary prevention and promotion of personal well-being. *Child Abuse & Neglect*, 35, 758-766. doi:10.1016/j.chiabu.2011.06.002
- Harwicke, N., & Hochstadt, N. (1986). Intellectual functioning in abused-neglected children. *Education*, 107, 76-82.
- Healey, C. V., & Fisher, P. A. (2011). Young children in foster care and the development of favorable outcomes. *Children and Youth Services Review*, 33, 1822-1830. doi: 10.1016/j.chilyouth.2011.05.007
- Hewitt, S. (1999). *Assessing allegations of sexual abuse in preschool children: Understanding small voices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Higgins, D. L. (2004). The importance of degree versus type of maltreatment: A cluster analysis of child abuse types. *The Journal of Psychology*, 138(4), 303-324. Disponível em <http://search.proquest.com/docview/213832716/fulltext/1382429474020C06F54/1?accountid=43959>
- Hildyard, K., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Development issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26, 679-695.

Howe, M. L., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2006). Children's basic memory processes, stress, and maltreatment. *Development and Psychopathology*, *18*, 759-769. doi: 10.1017/S0954579406060378

Huth-Bocks, A., Levendosky, A., & Semel, M. (2001). The direct and indirect effects of domestic violence on young children's intellectual functioning. *Journal of Family Violence*, *16*, 269-290.

I

Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo.

Instituto de Segurança Social (2010). *Recomendações técnicas para equipamentos sociais: Centros de Acolhimento Temporário*. Lisboa: ISS. Disponível em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13337/rtes_centros_acolhimento_temporario

Iwaniec, D., Larkin, E., & Higgins, S. (2006). Research review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. *Child and Family Social Work*, *11*, 73-82. doi: 10.1111/j.1365-2206.2006.00398.x

K

Keith, L. K., & Campbell, J. M. (2004). Assessment of social and emotional development in preschool children. In B. A. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (3rd ed., pp. 364-382). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Kemp, S., Kirk, U., & Korkman, M. (2001). *Essentials of NEPSY Assessment*. New York, NY: John Wiley & Sons.

- Kempe, C. H., Silverman, D. F., Steele, C. B., Droegemveller, W., & Silver, H. (1985). The battered-child syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 9, 143-154 (Obra original publicada em 1962).
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26, 715-729. Disponível em <http://search.proquest.com/docview/230165373?accountid=43959>
- Kindlon, D. (1998). The measurement of attention. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 3(2), 72-78.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Koenen, K., Moffitt, T., Caspi, A., Taylor, A., & Purcell, S. (2003). Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and Psychopathology*, 15, 297-311. doi:10.1017.S0954579403000166
- Kolko, D. J. (2002). Child physical abuse. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC: Handbook on child maltreatment* (2nd ed., pp. 21-54). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (1998). *NEPSY - A developmental Neuropsychological Assessment [Manual]*. Texas, TX: The Psychological Corporation.
- L**
- Landsverk, J., & Garland, A. F. (1999). Foster care and pathways to mental health services. In P. A. Curtis, G. Dale Jr., & J. C. Kendall (Eds.), *The foster care crisis: Translating research into policy and practice (child, youth, and family services)* (pp. 193-210). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Lang, J., & Stover, C. (2008). Symptom patterns among youth exposed to intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 619-629. doi:10.1007/s10896-008-9184-5

- Lawrence, C., Carlson, E., & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology, 18*, 57-76. doi:10.1017/S0954579406060044
- Leça, A., Perdigão, A., Laranjeira, A. R., Menezes, B., Velez, C., Veloso, C., ... Prazeres, V. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias/Guia_Maus_tratos.pdf
- Lei 314/78, de 27 de outubro de 1978. Disponível em http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=1263&m=PDF
- Lei 147/99, de 1 de setembro de 1999. Disponível em http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=1026&m=PDF
- Lei 59/2007, de 4 de setembro de 2007. Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2007/09/17000/0618106258.pdf>
- Leeson, F. J., & Nixon, R. D. (2011). The role of children's appraisals on adjustment following psychological maltreatment: A pilot study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*, 759-771. doi: 10.1007/s10802-011-9507-5
- Levendosky, A. A., & Graham-Bermann, S. A. (1998). The moderating effect of parenting stress on children's adjustment in women abusing families. *Journal of Interpersonal Violence, 13*(3), 383-397. doi: 10.1177/088626098013003005
- Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Shapiro, D. L., & Semel, M. A. (2003). The impact of domestic violence on the maternal child relationship and preschool-age children's functioning. *Journal of Family Psychology, 17*, 275-287.
- Lewis, E., Dozier, M., Ackerman, J., & Sepulveda, S. (2007). The effect of caregiving instability on adopted children's inhibitory control abilities and oppositional behavior. *Developmental Psychology, 43*(6), 1415-1427. doi:10.1037/0012-1649.43.6.1415
- Lidz, C. S. (1991). Issues in the assessment of preschool children. In B. A. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (pp. 18-29). Boston: Allyn and Bacon.

- Lieberman, A., Horn, P., & Ozer, E. (2005). Preschooler witnesses of marital violence: Predictors and mediators of child behavior problems. *Development and Psychopathology*, *17*, 385-396. doi:10.1017/S0954579405050182
- Lima, F. R. (2005). Compreendendo os mecanismos atencionais. *Ciências & Cognição*, *6*, 113-122. Disponível em <http://www.cienciasecognicao.org>
- Lindenau, J. D., & Guimarães, L. S. (2012). Calculando o tamanho de efeito no SPSS. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, *32*(3), 363-381. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/33160/22836>
- Lipschitz, D. S., Rasmusson, A. M., & Southwick, S. M. (1998). Childhood posttraumatic stress disorder: A review of neurobiologic sequelae. *Psychiatric Annals*, *28*(8), 452-457. Disponível em <http://search.proquest.com/docview/217047545?accountid=43959>
- Lopes, A. F. (2007). *Crianças e adolescentes com epilepsia: Estudos com a Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra* (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Loewenthal, K. M. (2001). *An introduction to psychological tests and scales* (2nd ed.). Cornwall, UK: Psychology Press.
- 
- MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., Lee, L.-C., Augsberger, A., & Hutto, N. (2011). A cumulative ecological-transactional risk model of child maltreatment and behavioral outcomes: Reconceptualizing early maltreatment report as risk factor. *Children and Youth Services Review*, *33*, 2392-2398. doi:10.1016/j.childyouth.2011.08.030
- MacMillan, H. (2000). Child maltreatment: What we know in the year 2000. *Canadian Journal of Psychiatry*, *45*(8), 702-709.

- MacMillan, H., Wathen, C., Barlow, J., Fergusson, D., Leventhal, J., & Taussig, H. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*, 373(9659), 250-266. doi:10.1016/S0140-6736(08)61708-0
- Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em crianças e jovens* (4ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Major, S. O. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas* (Dissertação de Doutoramento). Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/>
- Major, S. O., Seabra-Santos, M. J., & Merrell, K. W. (2011). Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª Edição. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. 1, pp. 249-288). Coimbra: Almedina.
- Malik, F., Gul, A., & Humphreys, G. (2010). Behavioral and emotional problems in abused and nonabused children in a Pakistani cohort. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 25(2), 179-202. Disponível em <http://www.pjprnip.edu.pk/pjpr/index.php/pjpr/article/view/55>
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosh, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759-782.
- Margolin, G., & Gordis, E. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Masten, A. S., & Wright, M. O. (1998). Cumulative risk and protection models of child maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 2(1), 7-30. doi:10.1300/J146v02n01_02
- Matta, I. (2001). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

- McDaniel, C. (2001). Children's literature as prevention of child abuse. *Children's Literature in Education, 32*(3), 203-224.
- Medley, A., & Sachs-Ericsson, N. (2009). Predictors of parental physical abuse: The contribution of internalizing and externalizing disorders and childhood experiences of abuse. *Journal of Affective Disorders, 113*, 244-254.
- Merrell, K. W. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition*. Austin, TX: PRO-ED.
- Mezzacappa, E., Kindlon, D., & Earls, F. (2001). Child abuse and performance task assessments of executive functions in boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 1041-1048.
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect, 34*, 225-234. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.006
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L. S., & Provost, M. A. (2010). Trauma-related symptoms in neglected preschoolers and affective quality of mother-child communication. *Child Maltreatment, 15*(4), 293-304. doi:10.1177/1077559510379153
- Miranda, M. C., Borges, M., & Roca, C. C. (2010). Avaliação neuropsicológica infantil. In L. F. Malloy-Diniz et al. (Eds.), *Avaliação Neuropsicológica* (pp. 221-233). Porto Alegre: Artmed.
- Monette, S., & Bigras, M. (2008). La mesure des fonctions exécutives chez les enfants d'âge préscolaire. *Canadian Psychology, 49*(4), 323-341. doi:10.1037/a0014000
- Mongillo, E. A., Briggs-Gowan, M., Ford, J. D., & Carter, A. S. (2009). Impact of traumatic life events in a community sample of toddlers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 455-468. doi:10.1007/s10802-008-9283-z
- Monteiro, A. R. (2010). *Direitos da criança: Era uma vez....* Coimbra: Almedina.
- Montgomery, D., Anderson, M., & Uhl, E. (2008). Interference control in preschoolers: Factors influencing performance on the day-night task. *Infant and Child Development, 17*(5), 457-470. doi:10.1002/icd.559

Montgomery, D., & Koeltzow, T. (2010). A review of the day-night task: The Stroop paradigm and interference control in young children. *Developmental Review, 30*, 308-330. doi:10.1016/j.dr.2010.07.001

N

Nagle, R. J. (2004). Issues in preschool assessment. In B. A. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (3rd ed., pp. 19-32). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Natale, L. L., Teodoro, M. L., Barreto, G. V., & Haase, V. G. (2008). Propriedades psicométricas de tarefas para avaliar funções executivas em pré-escolares. *Psicologia em Pesquisa, 2*(2), 23-35. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v2n2/v2n2a04.pdf>

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

O

Ogata, K. (2012). Relationships among child maltreatment, picture completion test, and posttraumatic symptoms: Two examinations using WISC-II for Japanese children. *Psychology, 3*(8), 601-605. doi:10.4236/psych.2012.38090

Oh, S., & Lewis, C. (2008). Korean preschoolers' advanced inhibitory control and its relation to other executive skills and mental state understanding. *Child Development, 79*, 80-99. doi:10.1111/j.1467-8624.2007.01112.

Olson, S. L., Schilling, E. M., & Bates, J. E. (1999). Measurement of impulsivity: Construct coherence, longitudinal stability, and relationship with externalizing problems in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*, 151-165.

Overstreet, S., & Mazza, J. (2003). An ecological-transactional understanding of community violence: Theoretical perspective. *School Psychology Quarterly*, 18(1), 66-87.

P

Palacios, J., Jiménez, J., Oliva, A., & Saldaña, D. (2003). Malos tratos a los niños en la familia. In M. J. Rodrigo, & J. Palacios (Coords.). *Familia y desarrollo humano* (4ª ed., pp. 399-421). Madrid: Alianza Editorial.

Palusci, V. J. (2011). Risk factors and services for child maltreatment among infants and young children. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1374-1382. doi:10.1016/j.chilyouth.2011.04.025

Parnell, T. F. (2002). Munchausen by Proxy Syndrome. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC: Handbook on child maltreatment* (2nd ed., pp. 131-138). Thousand Oaks, CA: Sage.

Pears, K. C., & Fisher, P. A. (2005a). Developmental, cognitive and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: Associations with prior maltreatment and placement history. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 26(2), 112-122.

Pears, K. C., & Fisher, P. A. (2005b). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Development and Psychopathology*, 17, 47-65. doi:10.1017/S095459405050030

Pears, K. C., Fisher, P. A., Bruce, J., Kim, H. K., & Yoerger, K. (2010). Early elementary school adjustment of maltreated children in foster care: The roles of inhibitory control and caregiver involvement. *Child Development*, 81(5), 1550-1564. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01491.x

Pears, K. C., Kim, H. K., & Fisher, P. A. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 32, 958-971. doi:10.1016/j_chiabu.2007.12.009

Perry, B. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind*, 3, 79-100. Disponível em <http://www.childtrauma.org/images/stories/Articles/mindbrain.pdf>

Porter, C., Lawson, J. S., & Bigler, E. D. (2005). Neurobehavioral sequelae of child sexual abuse. *Child Neuropsychology*, 11, 203-220. doi:10.1080/092970490911379

Prevor, M., & Diamond, A. (2005). Color-object interference in young children: A Stroop effect in children 3^{1/2}-6^{1/2} years old. *Cognitive Development*, 20, 256-278.

Q

Quinn, S., & Quinn, E. (2005). The Stroop interference effect in young children: A developmentally appropriate approach. *Individual Difference Research*, 3, 183-187.

R

Raaijmakers, M. A. J., Smidts, D. P., Sergeant, J. A., Maassen, G. H., Posthumus, J. A., Engeland, H., & Matthys, W. (2008). Executive functions in preschool children with aggressive behavior: Impairments in inhibitory control. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1097-1107. doi:10.1007/s10802-008-9235-7

Reck, S. G., & Hund, A. M. (2011). Sustained attention and age predict inhibitory control during early childhood. *Journal of Experimental Child Psychology*, 108, 504-512. doi:10.1016/j.jecp.2010.07.010

Rhoades, B. L., Greenberg, M. T., & Domitrovich, C. E. (2009). The contribution of inhibitory control to preschoolers' social-emotional competence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 310-320. doi:10.1016/j.appdev.2008.12.012

Rodrigues, C., Teixeira, J. M., & Gomes, M. F. (1989). *Afectividade*. Porto: Contraponto.

Rousseau, J. -J. (1990). *Emílio* (P. Delvaux, Trad., Vol. 2). Mem-Martins: Europa-América (Obra original publicada em 1762).

Ruggiero, K. J., & Mcleer, S. (2000). PTSD – scale of the Child Behavior Checklist: Concurrent and discriminate validity with non-clinic-referred sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 287-299.

S

Sabbagh, M., Xu, F., & Carlson, S. (2006). The development of executive functioning and theory of mind: A comparison of Chinese and US preschoolers. *Psychological Science, 17*, 74-81.

Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1994). Urban poverty and the family context of delinquency: A new look at structure and process in a classic study. *Child Development, 65*, 523-540.

Samuels, B. (2011). *Breaking the silence on child abuse: Protection, prevention, intervention, and deterrence* [Testimony, 2011, December 13]. Disponível no website do U.S. Department of Health and Human Services (HHS) em <http://www.hhs.gov/asl/testify/2011/12/t20111213a.html>

Sanchez, F. L. (1997). Abuso Sexual: Un problema desconocido. In J. C. Flores, J. A. D. Huertas & C. M. González (Eds.), *Niños maltratados* (pp. 161-168). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Sani, A. I. (2006). O problema da vitimação indirecta de crianças no contexto familiar. *Análise Social, 41*(180), 849-864. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aso/n180/n180a07.pdf>

Santos, L. (2006). *Consequências neuropsicológicas, comportamentais e sócio-emocionais dos traumatismos crânio-encefálicos na infância e adolescência: Um estudo exploratório* (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Sattler, J. M., & Hoge, R. D. (2006). Basic statistical and psychometric constructs. In *Assessment of children: Behavioral, social, and clinical foundations* (5th ed., pp. 33-52). San Diego, CA: Jerome M. Sattler.
- Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W., & Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 359-367. doi:10.1002/jts.21723
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(5), 561-570. doi:10.1097/01.CHI0000046822.95464.14
- Seabra-Santos, M. J. (2000). Avaliação psicológica em idade pré-escolar: O caso da avaliação da inteligência. *Psychologica, 25*, 143-162.
- Seabra-Santos, M. J., Simões, M. R., Albuquerque, C., Pereira, M. A., Almeida, L. S., Ferreira, C., ... Lopes, A. F. (2003). Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária – Forma revista (WPPSI-R). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (Vol. 1, pp. 197-219). Coimbra: Quarteto.
- Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República do Brasil (2012). *Relatório Disque Direitos Humanos : Módulo criança e adolescente de 2011*. Disponível em http://portal.mj.gov.br/sedh/spdca/T/RELATORIO%202011%20agosto_.pdf
- Silva, A., Almeida, M., Baltasar, R., Lopes, T., & Camacho, V. (2010). *Maus-tratos a menores* (28º Curso de Formação de Magistrados) [CD-ROM]. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Simões, M. R. (2002). Avaliação neuropsicológica em crianças e adolescentes. In R. Primi (Org.), *Temas em Avaliação Psicológica* (pp. 26-34). Campinas: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica.

- Simões M., Albuquerque C., Pinho S., Pereira M., Seabra-Santos M. J., Alberto I., ... Gaspar, F. (2008). *Relatório do Projecto adaptação e aferição de testes neuropsicológicos: Estudos psicométricos (SAPIENS/POCTI/35410/2000; 2000-2007)*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, M.R., Albuquerque, C. P., Pinho, M. S., Vilar, M., Pereira, M., Seabra-Santos, M. J., ... Moura, O. (in press, 2013). *Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC)*. Lisboa: Cegoc.
- Simões, M. R., Lopes, A. F., & Pinho, M. S. (2003). Testes neuropsicológicos de avaliação da memória em crianças e adolescentes (I). *Psychologica*, 34, 245-255.
- Simpson, A., & Riggs, K. (2005). Inhibitory and working memory demands of the Day-Night task in children. *British Journal of Development Psychological*, 23, 471-486. doi:10.1348/026151005X28712
- Slep, A. S., Heyman, R., & Snarr, J. (2011). Child emotional aggression and abuse: Definitions and prevalence. *Child Abuse & Neglect*, 35, 783-796. doi:10.1016/j.chiabu.2011.07.002
- Sottomayor, M. C. (2004). *Regulação do exercício do poder paternal nos casos de divórcio* (4^a ed. rev.). Coimbra: Almedina.
- Spratt, E. G., Friedenber, S., LaRosa, A., De Bellis, M. D., Macias, M. M., Summer, A. P., ... Brady, K. T. (2012). The effects of early neglect on cognitive, language, and behavioral functioning in childhood. *Psychology*, 3(2), 175-182. doi: 10.4236/psych.2012.32026
- Stein, A. (2012). The politics of child maltreatment. *The Journal of Psychohistory*, 39(3), 246-248. Disponível em <http://search.proquest.com/docview/900729795?accountid=43959>
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E., Alder, M. C., Harris, J. M., ... Dees, D. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13-29. doi:10.1016/j.avb.2006.03.006
- Stover, C. S., & Berkowitz, S. (2005). Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: A critical review of measures. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 707-717. doi:10.1002/jts20079

T

Thorell, L. B., & Wahlstedt, C. (2006). Executive functioning deficits in relation to symptoms of ADHD and/or ODD in preschool children. *Infant and Child Development*, 15(5), 503-518. doi: 10.1002/icd.475

U

UNICEF (2012, maio). *A convenção dos direitos da criança*. Disponível em <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>

V

Valiente, C., Lemery-Chalfant, K., & Reiser, M. (2007). Pathways to problem behaviors: Chaotic homes, parent and child effortful control, and parenting. *Social Development*, 16(2), 249-267. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00383.x

Veltman, M. W. M., & Browne, K. D. (2003). Identifying abused children using assessments and observations in the classroom: A preliminary study. *Child Abuse Review*, 12, 315-334. doi:10.1002/car.811

W

Wechsler, D. (2003). *WPPSI-R – Escala de inteligência de Wechsler para a idade pré-escolar e primária – Forma revista: Manual (Aferição para a população portuguesa de Seabra-Santos, M. J., Simões, M., R., Rocha, A. M. & Ferreira, C.)*. Lisboa: CEGOC-TEA.

- Wekerle, C., Miller, A. L., Wolfe, D. A., & Spindel, C. B. (2006). *Childhood maltreatment: Advances in psychotherapy: Evidence-based practice*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Wilcox, D. T., Richards, F., & O'Keeffe, Z. C. (2004). Resilience and risk factors associated with experiencing childhood sexual abuse. *Child Abuse Review, 13*, 338-352. doi:10.1002/car.862
- Wilding, J., Munir, F., & Cornish, K. (2001). The nature of attentional differences between groups of children differentiated by teacher ratings of attention and hyperactivity. *British Journal of Psychology, 92*, 357-371.
- Wilson, K. R., Hansen, D. J., & Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and Violent Behavior, 16*(2), 87-97. doi: 10.1016/j.avb.2010.12.007
- Wolfe, D. A., Crooks, C., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychological Review, 6*(3), 171-187.
- Wolfe, D. A., & McIsaac, C. (2011). Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 35*, 802-813. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.12.009
- Wolfe, V. V., & Birt, J. (1997). Child sexual abuse. In E. Marher, & L. Terdal (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (pp. 569-623). New York: The Guilford Press.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy, 20*, 215-228.
- World Health Organization (2010). *Child maltreatment* [Fact sheet n.150]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>
- Wright, I., Waterman, M., Prescott, H., & Murdoch-Eaton, D. (2003). A new Stroop-like measure of inhibitory function development: Typical development trends. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 561-575. doi: 10.1111/1469-7610.00145



Ybarra, G. J., Wilkens, S. L., & Lieberman, A. F. (2007). The influence of domestic violence on preschooler behavior and functioning. *Journal of Family Violence*, 22, 33-42. doi:10.1007/s10896-006-9054-y

Anexos

Anexo **A**

Processo 10223/09

AUTORIZAÇÃO Nº 2394 /2010

I RELATÓRIO

ANA FILIPA LUZ PEDROSA CARREJOLO veio notificar um tratamento de dados pessoais respeitante à tese de doutoramento em “Maus-Tratos em idade pré-escolar: avaliação do impacto sobre o desempenho em tarefas cognitivas e neuropsicológicas”, que está a preparar no âmbito da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra;

Esse estudo consiste em “...validar métodos de identificação de crianças vítimas de maus-tratos em idade pré-escolar e avaliar o impacto dos maus-tratos nas competências cognitivas e neuropsicológicas de crianças em idade pré-escolar”. Pretende-se demonstrar “...que as crianças vítimas de maus-tratos durante os primeiros anos de vida, quando comparadas com crianças não vítimas de situações traumáticas, apresentam baixos níveis de desempenho intelectual (...), dificuldades em permanecer adequadamente atentas (...), défices na memória, baixo controlo inibitório e hipervigilância;

Para tal serão feitos estudos de um Grupo de Estudo composto por 80 crianças vítimas de negligência e abuso retiradas às sua famílias e acolhidas

temporariamente em Centros de Acolhimento Temporário (CAT), com idades compreendidas entre os 6 meses 3 anos e 11 meses e 5 anos e de um Grupo de Controlo de 80 crianças não vítimas e integradas nas suas famílias;

Constituído o Grupo das crianças alvo do estudo, será efectuado um questionário onde serão colhidos dados de identificação, dados familiares, dados sociais e informação sobre eventuais situações traumáticas vividas pelas crianças (tipo/frequência/severidade/duração);

Seguidamente serão aplicadas grelhas de observação, atendendo à idade e especificidade da criança;

O procedimento de recolha de dados para o Grupo de Controlo realizar-se-á de forma idêntica, mas junto de Jardins de Infância de IPPS e/ou Estabelecimentos de Educação Pré-Escolar da rede pública;

É obtido o consentimento do Director do Centro de Acolhimento, num texto onde se refere a finalidade do Estudo, os procedimentos que o mesmo envolve, o anonimato e a confidencialidade dos resultados das grelhas aplicadas e a responsável pelo estudo;

Não está previsto qualquer consentimento a obter junto do pai/mãe ou encarregado de educação das crianças envolvidas;



COMISSÃO NACIONAL
DE PROTECÇÃO DE DADOS

A tal declaração de autorização precede texto explicativo da finalidade do estudo, método a usar no mesmo e dados a colher;

O responsável pelo tratamento é a Requerente sendo apenas esta que tem acesso aos mesmos;

A responsável prevê conservar os dados, no máximo até cinco anos após a sua recolha, tempo que prevê para a conclusão da tese;

Não há comunicação, interconexão e/ou fluxos transfronteiriços de dados;

Os dados podem ser conhecidos, corrigidos e/ou eliminados pelo titular, mediante contacto escrito junto da responsável do tratamento.

II) APRECIACÃO

1) Finalidade

Conforme estipula o artº 5º/nº1 al.a) da Lei nº 67/98 de 26 de Outubro, os dados a recolher, devem-no ser para finalidades determinadas, explícitas e legítimas, não podendo posteriormente ser tratados de forma incompatível com as mesmas.

Da factualidade acima enumerada, crê-se estar verificado todo este elenco de exigências legais.

Na verdade, há um fim determinado e explícito - Maus-Tratos em idade pré-escolar: avaliação do impacto sobre o desempenho em tarefas cognitivas e neuropsicológicas – sendo o mesmo legítimo.

2) Natureza dos dados

A grande maioria dos dados que se pretende tratar diz respeito à "vida privada", face ao tipo de elementos que se pretendem recolher.

Está-se, pois, perante dados sensíveis, na acepção do n° 1 do artigo 7° da Lei n° 67/98.

3) Legitimidade

Tendo a natureza de sensíveis a larga maioria dos dados abrangidos pelo estudo em presença, o respectivo tratamento só pode basear-se (nos termos do n° 2 do artigo 7° da Lei n° 67/98) no consentimento expresso, esclarecido, específico e livre dos titulares dos dados (ou sem representantes).

O modelo de prestação de consentimento junto à declaração corresponde, em geral, a estas exigências.

Cumpra porém referir que deverá indicar-se no texto do consentimento, a forma ou formas de acesso aos dados, para se poder ajuizar da sua exactidão e, bem assim que a participação no estudo é FACULTATIVA, podendo a todo o tempo revogar-se a autorização concedida.

Acresce que o modelo apresentado tem também de ser usado para os pais e/ou encarregados de educação, relativamente às crianças não institucionalizadas.

4) Acesso aos dados

Da análise do formulário apresentado, crê-se estar devidamente claro e óbvio a forma ou formas pelas quais os titulares dos dados (ou seus representantes) podem a eles ter acesso, com vista a requerer, se for caso disso, a respectiva rectificação, actualização ou eliminação.

Dada a natureza do tratamento em questão, surge cristalino que o modo previsto de acesso, acautela suficientemente, tal aspecto.

5) Conservação dos dados

Afigura-se razoável o prazo de cinco anos após a recolha, para conservação de dados, já que é o tempo previsto para que a Tese seja concluída.

Na verdade, efectuado e realizado o estudo podem os dados ser eliminados, devendo a Requerente proceder à destruição dos questionários realizados, disso dando a conhecer a esta CNPD;

6) Medidas de segurança

Parecem ajustadas as medidas de segurança previstas.

De todo o modo, tem sentido adoptar ainda outras duas, a saber:

.Deve assegurar-se a salvaguarda da confidencialidade dos questionários e não efectuar qualquer reprodução dos mesmos;

.A destruição física dos questionários.

III) DECISÃO

A CNPD nos termos dos normativos combinados dos artsº 4º/nºs 1 e 3 al.a), 5º, 7º/nº2, 28º e 30º da Lei nº67/98 de 26 de Outubro AUTORIZA o tratamento de dados declarado, nas seguintes condições:

Responsável: Ana Filipa Luz Pedrosa Carrejolo;

Finalidade: Trabalho de investigação, destinado a tese de doutoramento, em “Maus-Tratos em idade pré-escolar: avaliação do impacto sobre o desempenho em tarefas cognitivas e neuropsicológicas”;

Categorias de dados pessoais tratados: Dados de identificação, dados familiares, dados sociais e informação sobre eventuais situações traumáticas vividas pelas crianças (tipo/frequência/severidade/duração);

Comunicação, Interconexão e Fluxos Transfronteiriços de Dados:
Inexistem;

Entidade encarregue do processamento dos dados: A Requerente;

Prazo de conservação: Cinco anos após a recolha;

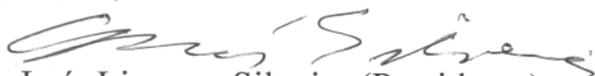
Forma de exercício do direito de acesso e rectificação: Por contacto directo, por escrito junto da responsável pelo tratamento;

Medidas de segurança: Acesso restrito pela responsável do tratamento havendo garantias de confidencialidade, os aspectos salientados de destruição dos questionários logo que concluída a tese e a não reprodução dos mesmos no decurso do estudo;

Outras Condições: Deverá ser comunicado à CNPD que os questionários foram destruídos.

Lisboa, 07 de Junho de 2010

Carlos de Campos Lobo (Relator), Ana Roque, Helena Delgado António,
Luís Barroso, Luís Paiva de Andrade, Vasco Almeida



Luís Lingnau Silveira (Presidente)

Anexo **B**

De	Adele Diamond <Adele.Diamond@ubc.ca>	
Data	Segunda-Feira, 13 de Março de 2006, 23:56	
Para	carrejolo@iol.pt	
Assunto	RE: Stroop day-night test	
Anexos	Day-Nightpaper2002.pdf	164KB

Thank you for your query.

The Wright study has many problems. Riggs and Simpson weakened their effects by giving feedback, and recognize in retrospect that they should not have. But they make a very important point -- it is not necessary that the word to be inhibited be semantically related to the word to be stated, as I had said -- it can be sufficient that both words are part of the mental task space (both words are active because they are both responses that are relevant to the task at hand).

I'm attaching a more recent paper on the day-night task.

We are academics. Our tasks are free. If you write Kevin Riggs (k.riggs@londonmet.ac.uk), he will send you a free copy of his computer program. To use the manual version just use cardstock that is the same on the back for all cards, and print any simple representation of the sun on half and the moon and stars on the other half.

Please let me know if I can be of any further assistance. and please let me know what you find.

warm regards,
Adele Diamond
Canada Research Chair Professor of Developmental Cognitive Neuroscience

Department of Psychiatry, University of British Columbia (UBC), &

Division of Child & Adolescent Psychiatry, BC Children's Hospital,
Vancouver
Member,
the Brain Research Centre,
Graduate Program in Neuroscience,
Undergraduate Program in Cognitive Systems, &
the Human Early Learning Partnership (HELP)

address:
Department of Psychiatry
UBC
2255 Wesbrook Mall
Vancouver, BC V6T 2A1
Canada

email: adele.diamond@ubc.ca

phone: 604 822-7220
Fax: 604 822-7232
LAB: 604 827-3074

http://www.cfri.ca/our_research/researchers/Adele_Diamond.htm

De	Dr Kevin Riggs <k.riggs@londonmet.ac.uk>	
Data	Quarta-Feira, 29 de Março de 2006, 17:14	
Para	carrejolo@iol.pt	
Assunto	Re: Stroop day-night test	
Anexos	Simpson, Riggs, DevSci 2005.pdf	315KB

hello filipa,
im afraid we dont have a copy of the program any longer, but it didnt
take us long to write - perhaps you have a technician there who might
help you?

i attach one other paper we have written using the day-night task
best
Kevin

Dr Kevin Riggs
Department of Psychology
London Metropolitan University
London E1 7NT

Tel: 0207 320 1279

Anexo 

----- Forwarded Message -----

From: David Wolfe <dawolfe@uwo.ca>

To: "Isabel Maria Marques Alberto" <isamaria@fpce.uc.pt>

Sent: Fri, 08 May 2009 14:59:28 -0400

Subject: RE: CBCL-PTSD scale

Yes, you may use the scale. I would appreciate a copy of what you are using.

Cheers,

David

David A. Wolfe, Ph.D., ABPP

RBC Chair in Children's Mental Health (CAMH)

Professor of Psychiatry and Psychology, OISE/University of Toronto

Editor-in-Chief, Child Abuse & Neglect

Mailing address:

CAMH Centre for Prevention Science

100 Collip Circle, Suite 100

London, Ontario N6G 4X8

Phone: 519-858-5161

Fax: 519-858-5149

Web: www.youthrelationships.org

Anexo **D**



FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

No âmbito da elaboração de tese de Doutoramento em Avaliação Psicológica pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, estamos a realizar uma investigação cujo objectivo é caracterizar os níveis de atenção e vigilância bem como outros aspectos do desenvolvimento infantil nos domínios cognitivo e neuropsicológico, em crianças de idade pré-escolar, nomeadamente em casos de maus-tratos / negligência. Como objectivo secundário, este estudo visa aperfeiçoar alguns instrumentos de avaliação psicológica já existentes e adaptar outros, de forma a aumentar os recursos disponíveis no nosso país, nesta área do saber.

Neste contexto, pretendemos aplicar um conjunto de instrumentos de avaliação psicológica (*Stroop day-night*; WPPSI-R; subtteste de *Barragem* da Bateria NEPSY; subtteste *Memória de Faces* da Bateria de Coimbra e ECIP-2) a crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e os 5 anos e 11 meses, acolhidas em Centros de Acolhimento Temporário.

Para que tal seja possível, vimos solicitar-lhe autorização para aplicar os referidos instrumentos de avaliação às crianças acolhidas na sua instituição. A aplicação envolverá 3 sessões de aproximadamente 50 minutos cada. Estes são, habitualmente, momentos de prazer para as crianças, uma vez que os materiais são atraentes e as tarefas propostas se assemelham a jogos. A colaboração de todos é fundamental, e será absolutamente garantido o **ANONIMATO** e a **CONFIDENCIALIDADE** dos resultados. Para tal, a cada protocolo será atribuído um código, composto por letras e números, e os resultados serão analisados, não individualmente, mas no seu conjunto, em termos estatísticos.

Caso esteja de acordo, agradecemos que assinie o destacável desta folha e o entregue com a maior brevidade possível à investigadora. Na expectativa de que este estudo possa contribuir para a melhoria na prestação de cuidados à comunidade, ficamos imensamente gratas pela sua disponibilidade e colaboração e agradecemos a sua atenção. Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-nos através do e-mail: carrejolo@iol.pt.

Coimbra, 24 de Abril de 2009.

Ana Filipa Luz Grade Carrejolo
(Aluna de Doutoramento)

Orientadoras da Tese:

Maria João Seabra Santos
(Prof. Auxiliar da FPCE-UC)

Isabel Maria Marques Alberto
(Prof. Auxiliar da FPCE-UC)

Declaro que autorizo a participação das crianças _____
na investigação realizada pela Lic. Ana Filipa Luz Grade Carrejolo no âmbito da elaboração de
tese de Doutoramento em Avaliação Psicológica na Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra.

_____, ___/___/___

(Director(a) do Centro de Acolhimento Temporário)

Anexo **E**



FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A/C Exmo. Sr. Provedor
Administração da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Coimbra, 2 de Junho de 2009.

Exmo. Senhor Provedor,

No âmbito da elaboração de uma tese de Doutoramento em Avaliação Psicológica pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, estamos a realizar uma investigação cujo objectivo é caracterizar os níveis de atenção e vigilância bem como outros aspectos do desenvolvimento infantil nos domínios cognitivo e neuropsicológico, em crianças de idade pré-escolar, nomeadamente em casos de maus-tratos/negligência. Como objectivo secundário, este estudo visa aperfeiçoar alguns instrumentos de avaliação psicológica já existentes e adaptar outros, de forma a aumentar os recursos disponíveis no nosso país, nesta área do saber.

Neste contexto, pretendemos aplicar um conjunto de instrumentos de avaliação psicológica (*Stroop day-night*; WPPSI-R; subescala de *Barragem* da Nepsy; subescala *Memória de Faces* da Bateria de Coimbra e ECIP-2) a crianças com idades compreendidas entre os três anos e seis meses e os cinco anos e 11 meses, acolhidas em Centros de Acolhimento Temporário.

Para que tal seja possível, e conforme conversa telefónica com a Dra. Rosa Macedo, vimos solicitar-lhe autorização para aplicar os referidos instrumentos de avaliação às crianças acolhidas na s/estimada instituição. A aplicação envolverá 3 sessões de aproximadamente 50 minutos cada. Estes são, habitualmente, momentos de prazer para as crianças pequenas, uma vez que os materiais são muito variados e atraentes e as tarefas propostas se assemelham aos jogos. A colaboração de todos é fundamental, e serão absolutamente garantidos o anonimato e a confidencialidade dos resultados. Para tal, a cada protocolo será atribuído um código, composto por letras e números, e os resultados serão analisados, não individualmente, mas no seu conjunto, em termos estatísticos.

Desde já agradecemos a sua atenção para o nosso pedido, manifestando a nossa disponibilidade para mais esclarecimentos que considere necessários. Anexamos ainda uma fotocópia de autorização, semelhante a esta, a ser entregue a cada Director(a) dos Centros de Acolhimento Temporário.

Sem outro assunto, subscrevemo-nos com a máxima consideração.

Ana Filipa Luz Grade Carrejolo
(Aluna de Doutoramento e autora da Tese)

Anexo **F**

Anexo **G**

Data: 21 Jun 2010 22:11:17 +0100 [22:11:17 WEST]

De: mime-noreply@gepe.min-edu.pt

Para: carrejolo@iol.pt, carrejolo@iol.pt

Assunto: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0111500001

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0111500001, com a designação *Maus-tratos em idade pré-escolar: avaliação do impacto sobre o desempenho em tarefas cognitivas e neuropsicológicas*, registado em 16-06-2010, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a). Senhor(a) Dr(a) Ana Filipa da Luz Pedrosa Grade Carrejolo

Venho por este meio informar que o pedido de realização de questionário em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

Isabel Oliveira

Directora de Serviços de Inovação Educativa

DGIDC

Observações:

1 - A realização do questionário é autorizada nas condições referidas pelo parecer da Comissão Nacional de Protecção de Dados constante da autorização n.º 2394/2010.

2 - Apenas podem participar no estudo as crianças dos Jardins-de-infância da rede pública relativamente às quais tenha sido obtido previamente o consentimento expresso dos respectivos pais / encarregados de educação.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Anexo 

Anexo **I**

Anexo **J**

Anexo **K**



FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

No âmbito da elaboração de tese de Doutoramento em Avaliação Psicológica pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, estamos a realizar uma investigação cujo objectivo é caracterizar os níveis de atenção e vigilância bem como outros aspectos do desenvolvimento infantil nos domínios cognitivo e neuropsicológico, em crianças de idade pré-escolar. Como objectivo secundário, este estudo visa aperfeiçoar alguns instrumentos de avaliação psicológica já existentes e adaptar outros, de forma a aumentar os recursos disponíveis no nosso país, nesta área do saber.

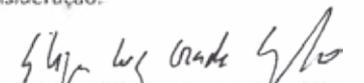
Neste contexto, pretendemos aplicar um conjunto de instrumentos de avaliação psicológica (*Stroop day-night*; WPPSI-R; subteste de *Barragem* da Bateria NEPSY; subteste *Memória de Faces* da Bateria de Coimbra e ECIP-2) a crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e os 5 anos e 11 meses, frequentando jardins-de-infância.

Para que tal seja possível, vimos solicitar-lhe autorização para aplicar os referidos testes ao seu filho(a), o que envolve um total de cerca de 2 horas e meia, subdividido em períodos mais curtos. Estes são, habitualmente, momentos de prazer para as crianças pequenas, uma vez que os materiais são muito variados e atraentes e as tarefas propostas se assemelham aos jogos a que estão habituadas. Caso esteja de acordo, agradecemos que assine o destacável desta folha e o entregue com a maior brevidade possível ao(à) Educador(a) de Infância do seu filho(a). Aproveitamos para esclarecer que será absolutamente garantido o ANONIMATO e a CONFIDENCIALIDADE dos resultados. Para tal, a cada protocolo será atribuído um código, composto por letras e números, e os resultados serão analisados, não individualmente, mas no seu conjunto, em termos estatísticos.

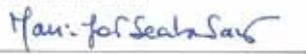
Na expectativa de que este estudo possa contribuir para o progresso no domínio da avaliação psicológica e para a consequente melhoria na prestação de cuidados à comunidade, desde já agradecemos a sua atenção para o nosso pedido. Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-nos através do e-mail: carrejolo@iol.pt.

Sem outro assunto, subscrevemo-nos com a máxima consideração.

Coimbra, 24 de Abril de 2009.


Ana Filipa Luz Grade Carrejolo
(Aluna de Doutoramento)

Orientadoras da Tese:


Maria João Seabra Santos
(Prof. Auxiliar da FPCE-UC)


Isabel Maria Marques Alberto
(Prof. Auxiliar da FPCE-UC)

✕
Declaro que autorizo o meu educando _____
a participar na investigação realizada pela Lic. Ana Filipa Luz Grade Carrejolo no âmbito da elaboração de tese de Doutoramento em Avaliação Psicológica na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

(Encarregado de Educação)

Anexo





Código: _____

Grupo Estudo

Grupo Controlo

Questionário das Variáveis Demográficas do Grupo de Estudo

Centro Acolhimento Temporário: _____ Data do Acolhimento: __/__/__

1. Data de nascimento: __/__/____
2. Sexo: __Feminino / __Masculino
3. Prematura: __ Não/ __ Sim. Se sim, de quantos meses? _____
4. É saudável: __ Sim / __ Não. Se não, qual a sua doença? _____
5. Frequenta alguma Consulta de Especialidade Médica e/ou Terapia : __ Sim / __ Não.
Se sim, qual ou quais? _____
6. Tem a Língua Portuguesa como primeira língua: __ Sim / __ Não.
Se não, qual a sua primeira língua? _____
7. Etnia: _____
8. Estado civil dos pais: _____
9. Nível de escolaridade da mãe: _____
Nível de escolaridade do pai: _____
10. Profissão da mãe: _____
Profissão do pai: _____
11. Os pais possuem alguma doença do foro físico e/ou mental: ____ Sim / ____ Não
Se sim, qual ou quais? _____
12. Tem irmãos? _____ Quantos? _____ (idades) Posição na fratria? _____
13. Frequenta algum Jardim-de-Infância ou Pré-Escolar? __ Sim/ __ Não.
Se sim, há quanto tempo? _____
14. Vivia com os pais biológicos: __ Sim / __ Não.
Se não, com quem vivia: _____
15. Foi anteriormente acolhido por outros familiares ou outros Centros de Emergência/CAT's: __ Não / __ Sim
Se sim, quais: _____ de __/__/__ a __/__/__; _____ de __/__/__ a __/__/__;
_____ de __/__/__ a __/__/__; _____ de __/__/__ a __/__/__.
16. Encontra-se acolhida com outros irmãos? __ Sim / __ Não. Se sim, quais: _____
17. Qual o tipo de situações sofridas que motivaram este acolhimento e/ou outros anteriores?

18. Qual a frequência, severidade e duração desta(s) situação(ões) traumática(s)?

19. Recebe visitas de familiares? __ Não/ __ Sim.
Se sim, de quem? _____
20. Encontra-se inserida nalgum projecto de Famílias Amigas? __ Não/ __ Sim.
Se sim, há quanto tempo _____
21. Já tem um Projecto de Vida definido? __ Não/ __ Sim. Se sim, qual? _____

Informações cedidas por: _____ __/__/__

Anexo  M



Código: _____

Grupo Estudo

Grupo Controlo

Questionário das Variáveis Demográficas do Grupo da População Geral

Nome da Criança: _____ Jardim-de-Infância/Pré-Escolar: _____ Data de Entrada: __/__/__

1. Data de nascimento: ____/____/____
2. Sexo: __Feminino / __Masculino
3. Prematura: __ Não/ __ Sim. Se sim, de quantos meses? _____
4. É saudável: __ Sim / __ Não. Se não, qual a sua doença? _____
5. Frequenta alguma Consulta de Especialidade Médica e/ou Terapia: __ Sim / __ Não.
Se sim, qual ou quais? _____
6. Tem a Língua Portuguesa como primeira língua: __ Sim / __ Não.
Se não, qual a sua primeira língua? _____
7. Etnia: _____
8. Estado civil dos pais: _____
9. Nível de escolaridade da mãe: _____
Nível de escolaridade do pai: _____
10. Profissão da mãe: _____
Profissão do pai: _____
11. Os pais possuem alguma doença do foro físico e/ou mental: __ Sim / __ Não.
Se sim, qual ou quais? _____
12. Tem irmãos? _____ Quantos? _____ (idades) Posição na fratria? _____
13. Frequenta Jardim-de-Infância/Pré-escolar.
Há quanto tempo: _____
14. Vive com os pais biológicos: __ Sim / __ Não.
Se não, com quem vive: _____
15. Sofreu ou apresentou algum indicador de situações traumáticas? __ Não/ __ Sim.
Se sim, qual ou quais (Tipo/ Frequência/ Severidade/ Duração)?

Informações cedidas por: _____ __/__/__

Anexo **N**

Anexo **0**

Anexo **P**

Anexo 

Anexo Q.1 – Matriz de Correlações entre os Resultados Obtidos nos Instrumentos de Avaliação – Grupo de Estudo

	QI Verbal	QI Reali.	QI Total	TSDN Acerto	TSDN Erros	TSDN Omiss.	NEPSY Acerto	NEPSY Erros	NEPSY Omiss.	NEPSY Tempo	NEPSY Total	BANC RI	BANC RD	PTSD JI Alt/Dep	PTSD JI Reexp/EEem	PTSD JI Qs/IS	PTSD JI Total	PTSD Cuid Alt/Dep	PTSD Cuid Reexp/EEem	PTSD Cuid Qs/IS	PTSD Cuid Total	
QI Verbal																						
QI de Realização	.60**																					
QI Total	.91**	.88**																				
TSDN Acertos	.33**	.39**	.40**																			
TSDN Erros	-.20*	-.28**	-.27**	-.80**																		
TSDN Omissões	-.27**	-.25**	-.29**	-.56**	-.05																	
NEPSY Acertos	.23*	.16	.22*	.08	-.02	-.11	-.26**															
NEPSY Erros	-.23*	-.21*	-.24*	.00	.06	-.07	-1.00**	.28**														
NEPSY Omissões	-.24*	-.16	-.23*	-.09	.02	.12	-.12															
NEPSY Tempo	-.17	-.09	-.15	-.18	.09	.19	-.12	.13	.13													
NEPSY Total	.22*	.14	.20*	.18	-.11	-.16	.39**	-.39**	-.91**													
BANC RI	.18	.22*	.23*	.22*	-.05	-.30**	-.02	.16	.02	-.09	.05	.61**										
BANC RD	.21*	.20*	.23*	.24*	-.12	-.23*	.09	.03	-.09	-.25*	.26**	.19	.00									
PTSD JI Alt/Dep	-.09	-.12	-.12	-.08	.24*	-.22	-.14	.22*	.15	-.04	-.05	.27*	.05	.67**								
PTSD JI Reexp/EEem	-.11	-.02	-.07	-.15	.29*	-.14	-.27*	.17	.27*	-.01	-.08	.04	.00	.40**	.30*							
PTSD JI Qs/IS	.01	.00	.01	.05	.04	-.12	.03	.31**	-.03	-.01	-.07	.00	.00	.49**	.84**	.58**						
PTSD JI Total	-.09	-.07	-.09	-.11	.27*	-.19	-.22	.30*	.22	-.04	-.07	.25*	.03	.93**	.50**	.04	.41**					
PTSD Cuid Alt/Dep	-.44**	-.53**	-.54**	-.23*	.16	.19	-.20	.16	.20	.08	-.14	-.12	-.06	.67**	.31*	.00	.14	.67**				
PTSD Cuid Reexp/EEem	-.25*	-.25*	-.28*	-.14	.11	.09	-.08	.00	.08	.12	-.14	-.12	-.06	.23	.31*	.00	.14	.67**				
PTSD Cuid Qs/IS	-.16	.07	-.13	-.05	.03	.05	.05	-.13	-.06	.26*	-.22*	-.05	-.22	-.09	.07	-.07	-.06	.32**	.90**	.49**		
PTSD Cuid Total	-.38**	-.39**	-.43**	-.16	.11	.12	-.09	.11	.10	.18	-.20	-.03	-.14	.41**	.43**	.12	-.33*	.90**	.89**			
ECIP JI Int.S.	-.38**	.27*	.36**	.26*	-.21*	-.12	.19	-.04	-.10	-.05	.07	.05	.15	-.30**	-.27*	-.01	-.30**	-.30**	.07	-.33*	-.09	
ECIP JI Ind.S.	-.32**	.27*	.33**	.29*	-.27*	-.09	.21	-.13	-.21	-.09	.13	.03	.04	-.51**	-.48**	-.21	-.52**	-.38**	-.07	-.08	-.28	
ECIP JI Coop.S.	.39**	.35**	.41**	.11	-.18	.08	.31**	.00	-.31**	-.10	.12	.09	.11	-.64**	-.34**	-.03	-.53**	-.56**	-.23	-.26*	-.40**	
ECIP JI Ap.Soc. Total	.42**	.34**	.42**	.24*	-.23*	-.06	.28*	-.08	-.28*	-.10	.12	.09	.11	-.55**	-.40**	-.07	-.50**	-.52**	-.18	-.25	-.36*	
ECIP JI PC.Int.	-.15	.02	-.08	.08	.04	-.19	-.22	.29*	.22	.06	-.16	.23	.01	.68**	.73**	.50**	.79**	.49**	.39**	.23	.56**	
ECIP JI PC.Ext.	-.24*	-.28*	-.28**	-.07	.22	-.20	-.26*	.11	.26*	.01	-.09	.09	-.01	.78**	.54**	.16	.71**	.56**	.39**	.06	.45**	
ECIP JI PC.Total	-.22	-.18	-.22	-.02	.14	-.18	-.34**	.17	.34**	.10	-.19	.11	-.01	.81**	.69**	.28*	.81**	.61**	.43**	.15	.55**	
ECIP JI Op/Exp	-.24*	-.23*	-.26*	.00	.16	-.22*	-.11	.09	.12	.02	-.06	.08	-.02	.77**	.48**	.15	.67**	.54**	.44**	.17	.50**	
ECIP JI ExAct/Des	-.28*	-.31**	-.32**	-.11	.21	-.11	-.32**	.12	.32**	.02	-.11	.05	-.02	.76**	.48**	.18	.69**	.51**	.27*	.00	.35**	
ECIP JI AS/Ag	-.21	-.25*	-.25*	-.06	.23*	-.23*	-.26*	-.09	.26*	.03	-.10	.09	-.02	.69**	.54**	.10	.65**	.49**	.37**	.07	.40**	
ECIP JI Isol.S.	-.19	-.03	-.13	-.07	.19	-.16	-.10	.29**	.10	-.02	-.06	.16	.06	.63**	.63**	.48**	.70**	.40**	.35**	.14	.47**	
ECIP JI Ans/Qs	-.17	-.02	-.11	.08	.01	-.14	-.19	.24*	.19	.11	-.19	.18	-.04	.66**	.72**	.46**	.79**	.47**	.39**	.22	.54**	
ECIP Cuid Int.S.	.26*	.31**	.31**	.26*	-.18	-.21	.06	-.13	-.07	-.12	.12	.29*	.17	-.14	-.10	-.03	-.11	-.28*	-.26*	-.10	-.34**	
ECIP Cuid Ind.S.	.32**	.33**	.36**	.23*	-.16	-.18	.15	-.13	-.15	-.08	.12	.11	.21	-.29*	-.31*	-.05	-.27	-.49**	-.46**	-.27*	-.56**	
ECIP Cuid Coop.S.	.23*	.39**	.36**	.22	-.12	-.22	.11	-.08	-.12	-.13	.14	.15	.21	-.37**	-.26	-.04	-.28	-.61**	-.30*	-.05	-.50**	
ECIP Cuid Ap.Soc. Total	.36**	.40**	.41**	.29*	-.19	-.25*	.15	-.15	-.16	-.10	.13	.21	.23*	-.32*	-.27	-.04	-.27	-.56**	-.39**	-.17	-.54**	
ECIP Cuid PC.Int.	-.26*	-.38**	-.35**	-.17	.16	.05	-.06	.03	.06	.12	-.14	-.10	-.02	.15	.14	-.08	.00	.64**	.75**	.58**	.76**	
ECIP Cuid PC.Ext.	-.25*	-.44**	-.37**	-.17	.15	.08	-.11	-.03	.11	-.01	.02	-.10	-.15	.41**	.30*	-.09	.23	.76**	.42**	.15	.61**	
ECIP Cuid PC.Total	-.25*	-.45**	-.38**	-.19	.20*	.02	-.06	-.02	.06	.00	.00	-.12	-.19	.37**	.27*	-.08	.18	.78**	.55**	.29*	.71**	
ECIP Cuid Op/Exp	-.26*	-.39**	-.36**	-.23	.20	.09	-.09	-.01	.09	-.01	.01	-.11	-.20	.36**	.26	-.16	.17	.78**	.50**	.25*	.68**	
ECIP Cuid ASAcv/Des	-.26*	-.49**	-.39**	-.15	.10	.12	-.11	-.03	.12	-.01	.01	-.11	-.16	.38**	.26	-.05	.25	.68**	.33**	.07	.52**	
ECIP Cuid AS/Ag	-.22*	-.40**	-.34**	-.13	.09	.10	-.15	-.06	.15	-.01	.00	-.06	-.09	.41**	.28	-.04	.23	.70**	.40**	.13	.56**	
ECIP Cuid Isol.S.	-.19	-.36**	-.30**	-.13	.17	-.03	-.04	-.07	.04	.09	-.09	-.08	-.16	.58**	.24	-.09	.11	.58**	.63**	.48**	.66**	
ECIP Cuid Ans/Qs	-.30**	-.34**	-.35**	-.18	.13	.13	-.08	-.12	.09	-.13	-.17	-.09	-.21	.59**	-.01	-.05	-.12	.59**	.71**	.58**	.70**	

Continuação

Anexo Q.1 – Matriz de Correlações entre os Resultados Obtidos nos Testes – Grupo de Estudo

	ECIP JI Int.S.	ECIP JI Ind.S.	ECIP JI Coop.S.	ECIP JI Ap.Soc. Total	ECIP JI PC.Int.	ECIP JI PC.Ext.	ECIP JI PC. Total	ECIP JI Op/Exp	ECIP JI Des	ECIP JI AS/Ag	ECIP JI Isol. S.	ECIP JI Ans/ Qs	ECIP Cuid Int.S.	ECIP Cuid Int.S.	ECIP Cuid ExAct/ Des	ECIP Cuid Op/Exp	ECIP Cuid PC. Total	ECIP Cuid PC. Ext.	ECIP Cuid Ap.Soc. Total	ECIP Cuid Coop. S.	ECIP Cuid Ind.S.	ECIP Cuid Int.S.	ECIP Cuid Int.S.	ECIP Cuid Ans/ Qs					
QI Verbal																													
QI de Realização																													
QI Total																													
TSDN Acertos																													
TSDN Erros																													
TSDN Omissões																													
NEPSY Acertos																													
NEPSY Erros																													
NEPSY Omissões																													
NEPSY Tempo																													
NEPSY Total																													
BANC RD																													
BANC RI																													
PTSD JI Alt/Dep																													
PTSD JI Reexp/Elem																													
PTSD JI Qs/IS																													
PTSD JI Total																													
PTSD Cuid Alt/Dep																													
PTSD Cuid Reexp/Elem																													
PTSD Cuid Qs/IS																													
PTSD Cuid Total																													
ECIP JI Int.S.	.70**																												
ECIP JI Ind.S.	.59**	.62**																											
ECIP JI Coop.S.	.87**	.90**	.84**																										
ECIP JI Ap.Soc. Total	-.21	-.56**	-.44**	-.48**																									
ECIP JI PC.Int.	-.28*	-.45**	-.73**	-.58**	.60**																								
ECIP JI PC.Ext.	-.30*	-.63**	-.71**	-.66**	.79**	.97**																							
ECIP JI PC. Total	-.21	-.36**	-.70**	-.50**	.65**	.95**	.94**																						
ECIP JI Op/Exp	-.42**	-.55**	-.75**	-.68**	.54**	.93**	.89**	.82**																					
ECIP JI ExAct/Des	-.22	-.38**	-.65**	-.49**	.53**	.96**	.91**	.88**	.84**																				
ECIP JI ASI/Ag	-.32**	-.57**	-.42**	-.49**	.93**	.55**	.71**	.57**	.51**	.48**																			
ECIP JI Isol.S.	-.14	-.48**	-.43**	-.42**	.95**	.60**	.77**	.66**	.52**	.52**	.76**																		
ECIP JI Ans/Qs	.23*	.20	.27*	.23	-.13	-.26*	-.21	-.24	-.29*	-.20	-.22	-.12																	
ECIP Cuid Int.S.	.21	.25	.35**	.31*	-.35**	-.27*	-.33*	-.33*	-.25*	-.21	-.33*	-.37**	.61**																
ECIP Cuid Ind.S.	.34**	.36**	.37**	.42**	-.24	-.44**	-.42**	-.38**	-.51**	-.38**	-.24	-.20	.69**	.60**															
ECIP Cuid Coop.S.	.29*	.30*	.39**	.37**	-.29*	-.39**	-.39**	-.38**	-.42**	-.31*	-.32*	-.28*	.89**	.85**	.88**														
ECIP Cuid Ap.Soc. Total	-.26	-.15	-.27*	-.26	.23	.23	.26	.27*	.15	.22	.25	.16	-.27*	-.42**	-.47**														
ECIP Cuid PC.Int.	-.22	-.39**	-.45**	-.43**	.31*	.57**	.56**	.51**	.55**	.31*	.31*	.21	-.35**	-.44**	-.59**	.61**													
ECIP Cuid PC.Ext.	-.28*	-.38**	-.40**	-.42**	.30*	.49**	.49**	.45**	.46**	.47**	.33*	.19	-.35**	-.48**	-.68**	-.59**	.80**	.97**											
ECIP Cuid PC. Total	-.22	-.36**	-.44**	-.40**	.27*	.49**	.48**	.48**	.46**	.45**	.29*	.19	-.30**	-.42**	-.65**	-.56**	.68**	.94**	.94**										
ECIP Cuid Op/Exp	-.21	-.32*	-.39**	-.39**	.28*	.57**	.55**	.49**	.57**	.53**	.23*	.22	-.35**	-.39**	-.73**	-.58**	.49**	.93**	.87**	.80**									
ECIP Cuid ExAct/Des	-.21	-.40**	-.44**	-.44**	.31*	.55**	.54**	.48**	.53**	.55**	.33*	.21	-.35**	-.45**	-.69**	-.58**	.59**	.97**	.93**	.87**	.85**								
ECIP Cuid ASI/Ag	-.29*	-.22	-.31*	-.31*	.24	.29*	.29*	.31**	.23	.28*	.30*	.16	-.33**	-.57**	-.49**	-.53**	.91**	.64**	.79**	.67**	.85**	.85**							
ECIP Cuid Isol.S.	-.16	-.04	-.19	-.16	.19	.12	.19	.18	.06	.13	.16	.15	-.17	-.39**	-.28*	-.33**	.92**	.48**	.67**	.58**	.51**	.63**							
ECIP Cuid Ans/Qs																													

*p < .05. **p < .01 (two-tailed)

Anexo Q.2 – Matriz de Correlações entre os Resultados Obtidos nos Instrumentos de Avaliação – Grupo de Controle

QI Ver.	QI Reali.	QI Total	TSDN Acerto	TSDN Erros	TSDN Omiss.	NEPSY Acerto	NEPSY Erros	NEPSY Omiss.	NEPSY Tempo	NEPSY Total	BANC RI	BANC RD	PTSD.JI Alt/Dep	PTSD.JI Reexp/EEm	PTSD.JI Qs/IS	PTSD.JI Total	PTSD.Cuid Alt/Dep	PTSD.Cuid Reexp/EEm	PTSD.Cuid Qs/IS	PTSD.Total
46**																				
.85**																				
.39**	.37**																			
-.35**	-.32**	-.95**																		
-.27*	-.29*	-.59**	.30*																	
.15	.27*	.26*	.12	-.15	-.03															
-.03	-.08	-.08	.11	-.10	-.06	-.48**														
-.20	-.28*	-.29*	-.16	.19	.00	-.97**	.32**													
-.13	-.22	-.21	-.16	.11	.20	-.16	.17													
.16	.27*	.26*	.17	-.13	-.19	.49**	-.42**													
.09	.08	.10	.31*	-.31*	-.13	-.11	.26*	.07												
.06	.14	.12	.33**	-.34**	-.12	-.06	.26*	.02												
-.15	.06	-.06	.03	-.10	.17	-.06	-.11	.10												
-.10	-.10	-.12	-.08	.00	.25	-.25	.22	.29*	-.03	-.09	-.04	-.03	.51**							
.08	.01	.04	.19	-.22	-.03	.11	-.11	-.10	-.11	.13	.01	.06	.09	.13						
-.08	.01	-.05	.10	-.16	.11	-.21	-.02	.27	-.18	.09	.02	.04	.93**	.76**	.21					
.09	.20	.16	.22	-.18	-.19	.26	-.12	-.22	-.20	.28*	-.14	-.15	.38**	.08	-.05	.27				
.16	.14	.15	.04	.03	-.18	.19	-.02	-.20	-.14	.24	-.13	-.16	-.17	.13	-.10	-.04	.46**			
.07	.02	.04	.20	-.18	-.13	.29*	-.05	-.28*	-.02	.16	-.09	-.09	-.09	-.04	.28*	.28*				
.10	.20	.15	.19	-.13	-.21	.22	-.08	-.18	-.18	.26	-.12	-.14	.23	.12	-.03	.21	.93**	.69**		
.13	.03	.09	.23	-.20	-.20	.03	.02	-.05	-.09	.11	.18	.10	-.34**	-.38**	-.24	-.38**	-.23	.07	-.09	-.18
-.14	-.09	-.12	-.10	.20	-.22	-.11	.15	.10	.02	-.05	.09	.04	-.11	-.18	-.55**	-.20	-.12	-.25	-.25	-.25
.12	-.08	.03	.03	.01	-.13	.01	.24	-.06	.20	-.17	.03	.00	-.57**	-.28*	.02	-.45**	.10	.13	-.16	-.16
.03	-.08	-.02	.08	.00	-.22	-.02	.17	-.02	.06	-.04	.12	.04	-.45**	-.38**	-.32*	-.43**	.02	-.09	-.26	-.26
.05	.07	.06	-.21	.12	.30*	-.02	-.23	.08	-.22	.23	-.27*	-.27*	.33*	.54**	.36**	.48**	.24	.13	.36**	.36**
-.15	.05	-.06	-.11	.09	.10	-.12	-.21	.17	-.09	.08	-.16	-.08	.72**	.44**	-.18	.69**	-.02	-.19	.30*	.30*
-.09	.10	-.01	-.15	.11	.17	-.10	-.23	.16	-.17	.15	-.25	-.16	.69**	.52**	-.03	.70**	.08	-.10	.37*	.37*
-.05	.09	.02	.04	-.06	.03	-.10	-.13	.14	-.21	.19	-.05	.01	.73**	.46**	-.10	.72**	.10	-.16	.35*	.35*
-.18	-.05	-.13	-.12	.10	.11	-.06	-.12	.11	-.05	.00	-.17	-.07	.63**	.40**	-.10	.56**	-.09	-.15	.23	.23
-.18	.03	-.10	-.15	.15	.06	-.19	-.16	.23	-.05	.02	-.15	-.10	.66**	.48**	-.20	.65**	.05	-.17	.29*	.29*
.07	-.02	.03	-.19	.15	.19	-.13	-.09	.17	-.09	.09	-.16	-.20	.17	.49**	.32*	.30*	.23	.14	.37**	.37**
-.02	.09	.04	-.14	.06	.29*	.07	-.26*	-.02	-.28*	-.27*	-.28*	-.27*	.43**	.49**	.32*	.55**	.18	.05	.36**	.36**
-.19	-.06	-.13	-.01	-.01	.05	.06	-.17	-.02	.00	.04	.23	.19	.22	-.20	.10	.17	-.35*	-.15	-.32*	-.32*
-.06	-.08	-.07	.02	.00	-.03	-.14	-.09	.18	.03	-.03	.10	.05	.13	-.07	-.09	.03	-.27*	-.45**	-.27*	-.27*
-.01	.06	.05	.11	-.11	-.04	.06	.18	-.11	.12	-.13	.24	.30*	-.28*	-.08	.17	-.21	-.63**	-.09	-.60**	-.60**
-.17	-.04	-.10	.05	-.04	-.03	-.09	-.02	.11	.06	-.06	.18	.17	.05	-.13	.07	.00	-.46**	-.23	-.53**	-.53**
.02	.25	.13	.08	-.05	-.11	.27	.04	-.25	-.27	.32*	-.12	-.12	-.07	.07	-.15	-.09	.53**	.60**	.72**	.72**
.02	.06	.03	.00	-.01	.02	.25	-.06	-.19	-.01	.10	-.26	-.18	.30*	.20	-.07	.11	.67**	.31*	.25	.65**
.05	.16	.09	.02	-.03	.01	.28	-.02	-.23	-.10	.17	-.27	-.19	.16	.17	-.18	.01	.69**	.46**	.35*	.75**
.09	.07	.08	.07	-.04	-.11	.21	-.14	-.16	-.07	.19	-.21	-.21	.27	.16	-.09	.12	.65**	.42**	.19	.66**
-.05	-.08	-.10	-.08	.06	.10	.11	-.08	-.03	.08	-.04	-.24	-.19	.21	.08	-.16	-.01	.60**	.24	.15	.54**
.09	.19	.15	-.01	.02	.00	.31*	-.02	-.29*	-.05	.13	-.19	-.07	.34*	.24	-.05	.17	.58**	.23	.19	.54**
.11	.31*	.23	.03	-.01	-.07	.27*	.00	-.25	-.36**	.37**	-.09	-.07	-.16	.05	-.09	-.14	.45**	.45**	.48**	.50**
.03	.17	.09	.18	-.13	-.21	.27*	-.02	-.27*	-.12	.22	-.18	-.16	.00	-.04	.04	-.08	.61**	.54**	.54**	.77**

Continuação

Anexo Q.2 – Matriz de Correlações entre os Resultados Obtidos nos Testes – Grupo de Controle

	ECIP JI Int.S.	ECIP JI Ind.S.	ECIP JI Coop. S.	ECIP JI PC. Int.	ECIP JI PC. Ext.	ECIP JI PC. Total	ECIP JI Op/ Exp	ECIP JI Des ExAct/	ECIP JI Ag	ECIP JI Isol. S.	ECIP JI Ans/Q	ECIP Cuid Int.S.	ECIP Cuid Ind.S.	ECIP Cuid Coop. S.	ECIP Cuid Ap.Soc. Total	ECIP Cuid PC. Int.	ECIP Cuid PC. Ext.	ECIP Cuid PC. Total	ECIP Cuid Op/ Exp	ECIP Cuid Des ExAct/	ECIP Cuid AS/Ag	ECIP Cuid Isol.S.	ECIP Cuid Ans/ Qs		
Q1 Verbal																									
Q1 de Realização																									
Q1 Total																									
TSDN Acertos																									
TSDN Erros																									
TSDN Omissões																									
NEPSY Acertos																									
NEPSY Erros																									
NEPSY Omissões																									
NEPSY Tempo																									
NEPSY Total																									
BANC RI																									
BANC RD																									
PTSD JI Alt/Dep																									
PTSD JI Reexp/Em																									
PTSD JI Qs/IS																									
PTSD JI Total																									
PTSD Cuid Alt/Dep																									
PTSD Cuid Reexp/Em																									
PTSD Cuid Qs/IS																									
PTSD Cuid Total																									
ECIP JI Int.S.	.49**																								
ECIP JI Ind.S.	.40**	.30*																							
ECIP JI Coop.S.	.83**	.75**	.74**																						
ECIP JI Ap.Soc. Total	-.43**	-.51**	-.36**	-.55**																					
ECIP JI PC.Int.	-.34*	-.01	-.73**	-.48**	.49**																				
ECIP JI PC.Ext.	-.42**	-.17	-.70**	-.57**	.70**	.96**																			
ECIP JI PC. Total	-.17	-.07	-.65**	-.39**	.57**	.92**	.93**																		
ECIP JI Op/Exp	-.42**	-.07	-.76**	-.55**	.35**	.90**	.84**	.72**																	
ECIP JI ExAct/Des	-.35**	.04	-.65**	-.43**	.45**	.96**	.92**	.85**	.82**																
ECIP JI AS/Ag	-.48**	-.50**	-.26*	-.52**	.90**	.36**	.57**	.40**	.38**	.68**															
ECIP JI Isol.S.	-.32*	-.43**	-.39**	-.48**	.93**	.53**	.72**	.66**	.45**	.28*															
ECIP JI Ans/Qs	.17	.23	.06	.21	-.13	-.01	-.08	-.04	-.10	-.22	-.05														
ECIP Cuid Int.S.	.23	.23	-.06	.19	-.16	.05	-.03	.07	.03	-.20	-.10	.77**													
ECIP Cuid Ind.S.	.17	.19	.27*	.29*	-.25	-.37**	-.39**	-.35*	-.34*	-.23	-.26	.46**	.46**												
ECIP Cuid Coop.S.	.21	.26	.12	.29	-.24	-.14	-.22	-.14	-.15	-.26	-.20	.88**	-.89**	.77**											
ECIP Cuid Ap.Soc. Total	-.16	-.20	.01	-.16	.11	-.02	.08	.01	.03	.02	.18	.04	-.57**	-.62**	-.44**										
ECIP Cuid PC.Int.	-.42**	-.33*	-.35*	-.49**	.18	.36*	.39*	.27	.48**	.36*	.25	-.46**	-.35*	-.62**	.60**										
ECIP Cuid PC.Ext.	-.35*	-.28	-.24	-.39**	.15	.28	.34*	.22	.37*	.27	.21	-.55**	-.48**	-.63**	.82**	.95**									
ECIP Cuid PC. Total	-.28*	-.33*	-.22	-.37**	.25	.23	.30*	.25	.30*	.26	.29*	-.46**	-.29	-.65**	.58**	.92**	.88**								
ECIP Cuid Op/Exp	-.37**	-.26	-.33*	-.41**	.02	.28	.26	.17	.46**	.12	-.04	-.40**	-.28	-.52**	.45**	.91**	.83**	.81**							
ECIP Cuid ExAct/Des	-.42**	-.20	-.33*	-.44**	.17	.37**	.39**	.31*	.46**	.37**	.18	-.45**	-.38**	-.56**	.55**	.90**	.87**	.68**	.69**						
ECIP Cuid AS/Ag	-.18	-.16	-.04	-.18	.17	-.04	.06	-.04	.05	-.01	.22	.05	-.61**	-.65**	.86**	.49**	.69**	.41**	.51**						
ECIP Cuid Isol.S.	-.12	-.30*	.07	-.15	-.10	-.04	-.03	-.03	-.08	-.07	.12	-.02	-.44**	-.48**	.90**	.59**	.76**	.62**	.47**	.55**					

*p < .05, **p .01 (two-tailed)