



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Impacto Psicossocial da Negligência Física e Emocional:  
Diferenças entre a Negligência Física e a Negligência  
Emocional**

INÊS MARGARIDA LUSQUINHOS SILVA

**Orientador de Dissertação:**

PROFESSOR DOUTOR MIGUEL BASTO PEREIRA

**Professor de Seminário de Dissertação:**

PROFESSOR DOUTOR MIGUEL BASTO PEREIRA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Miguel Basto Pereira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## AGRADECIMENTOS

Desde o início do meu percurso académico sempre descrevi a faculdade como os piores e os melhores anos da minha vida. Agora que chegou ao fim, só faz sentido dizer que foram os melhores cinco anos de sempre. Obviamente pelo crescimento profissional, mas principalmente pelo crescimento pessoal que foi sentido e vivido de forma sempre intensa. Existiram tantos momentos de aflição, angústia, dúvidas existenciais e até desespero. No entanto, sempre acompanhados das melhores pessoas à minha volta, que me proporcionaram momentos de entretajuda, amor, amizade, compreensão, compaixão e trabalho de equipa.

Apesar de ser um percurso só meu, nunca o fiz sozinha e, como tal, não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que nele participaram e o enriqueceram:

Ao ISPA, por ter sido um poço de dores de cabeça e frustrações, mas principalmente por ter sido quase mais minha casa, do que a minha casa nos últimos cinco anos. Por me ter dado uma família sem ser de sangue e por me ter aberto portas para me reinventar.

A todos os meus Professores que me acompanharam neste percurso e que tanto me ensinaram. Em especial ao Dr. Miguel Basto Pereira, que foi incansável ao longo deste ano letivo e que tantas aprendizagens me trouxe. O meu último ano jamais teria sido o mesmo se não tivesse tido a brilhante orientação que tive. Agradeço mesmo por toda a disponibilidade, atenção e ajuda.

Na mesma linha, é também difícil colocar em palavras o agradecimento que sinto pela Dr.<sup>a</sup> Maria Gouveia, que foi também um pilar nesta minha última fase académica.

Como não poderia deixar de ser, obrigada mãe por todos os esforços que fizeste diariamente durante tantos anos para que eu tenha tido a oportunidade e o privilégio de poder estudar no ISPA. Se devo tudo isto a alguém, é a ti. E a ti pai, que serás sempre uma parte de mim.

Nestes últimos cinco anos, conheci as pessoas da minha vida. Obrigada Catarina Sousa, uma das mulheres mais incríveis que conheço. Obrigada Bárbara Regadas, a Madrinha que só o meu coração escolheu porque não tenho palavras para ti. Obrigada às que iniciaram este percurso comigo (Raquel Rodrigues, Daniela Costa, Bárbara Fernandes, Sara Rathenau, Beatriz Luz e Sara Laranjeira) e às que fizeram parte da fase final (Inês Febrero, Margarida

Porfírio e Filipa Garcia). Cada uma de vocês é mais que essencial para mim. Cris e Meg, ainda bem que isto é um texto, porque se fosse gravação de voz eu ia estar a chorar. Obrigada pelos mais de dez anos de amizade.

Um agradecimento especial à Márcia. Não só por me fazeres crescer profissionalmente, mas pessoalmente em todos os sentidos. Sem ti eu não era a pessoa que sou hoje. Sem ti o ISPA não teria sido o mesmo e sem ti não conseguia terminar esta fase de forma tão traumaticamente bonita. Obrigada por termos dividido a secretária nos últimos meses para terminar esta fase da nossa vida juntas. Obrigada pelos últimos cinco anos e pelos próximos que virão. Estou ansiosa para começar a nossa vida.

Para finalizar, um agradecimento a mim mesma, por nunca ter desistido de mim própria nos últimos cinco anos. O reconhecimento daquilo que foi o meu esforço diário durante cinco anos, contra todas as adversidades que foram surgindo na minha vida, torna-se imprescindível. Pela evolução pessoal, pelo ganho de confiança, autoestima e respeito por mim. Por finalmente ter dado as mãos comigo mesma e ter entrado nesta aventura que tão bem acabou.

Isto tudo é para a Atenas, um amor que nunca foi negligenciado.

## RESUMO

A negligência infantil tem um impacto grave no desenvolvimento psicológico e social do sujeito, no entanto não se sabe quais as diferenças do impacto da negligência emocional e da negligência física. A presente investigação teve como questão de investigação: *qual a relação entre diferentes formas de negligência na infância e adolescência e o ajustamento psicossocial no início da idade adulta*. Para a qual ser respondida elaboraram-se quatro hipóteses de estudo, referentes a cada dimensão avaliada. A amostra deste estudo é composta por 617 jovens adultos da comunidade, com idades entre os 18 e os 20 anos, que preencheram a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, Escala Versatilidade do Comportamento Desviante e Questionário de Experiências de Adversidade na Infância. Noventa e seis jovens foram identificados com tendo sido vítimas de negligência infantil. Os resultados sugerem que a negligência emocional está mais fortemente associada a problemas de saúde mental e comportamento desviante, quando comparado com a que a negligência física. Sugerem também que os participantes que sofreram negligência, reprovam mais vezes em anos escolares. Os nossos resultados sugerem que é crucial continuar a investigar o impacto psicossocial da negligência, e simultaneamente, fazer a distinção entre as consequências dos diferentes tipo de negligência, o que raramente tem acontecido na literatura. Implicações para a literatura e para a prática clínica são sugeridas.

**Palavras-chave:** Negligência Emocional; Negligência Física; Impacto Psicossocial; Saúde Mental; Comportamento Desviante

## **ABSTRACT**

Child neglect has a severe impact on the psychological and social development, but it is not known what are the differences in the impact of emotional neglect and physical neglect. The present research had as main question: what is the relationship between different forms of child neglect and the psychosocial adjustment in early adulthood. To be answered, four study hypotheses were elaborated, referring to each dimension evaluated. The sample of this study is composed of 617 young adults from the community, aged between 18 and 20 years, who completed the Anxiety, Depression and Stress Scale, Deviant Behavior Versatility Scale and Childhood Adversity Experiences Questionnaire. Ninety-six youths were identified as victims of child neglect. The results suggest that emotional neglect is more strongly associated with mental health problems and deviant behavior when compared to physical neglect. They also suggest that participants who have been neglected fail more often in school years. Our results suggest that it is crucial to continue to investigate the psychosocial impact of neglect and, at the same time, to distinguish between the consequences of different types of neglect, which has rarely happened in the literature. Implications for literature and clinical practice are suggested.

**Key-words:** Emotional neglect; Physical neglect; Psychosocial Impact; Mental health; Deviant Behavior

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
1. Negligência: O Problema da Definição .....	3
2. Os diferentes tipos de Negligência .....	5
3. Impacto da Negligência Emocional e da Negligência Física .....	7
4. Contexto da Negligência .....	12
A PRESENTE INVESTIGAÇÃO .....	16
MÉTODO.....	18
1. Participantes .....	18
2. Instrumentos .....	20
3. Procedimentos .....	22
RESULTADOS .....	24
1. Diferenças nos níveis de Ansiedade, Depressão e Stress em função da presença e tipos de negligência.....	24
2. Diferenças nos níveis de Comportamento Desviante em função da presença e tipos de negligência.....	26
3. Diferenças nos níveis de Escolaridade em função da presença e tipos de negligência ....	28
DISCUSSÃO.....	30
1. Negligência e a Saúde Mental .....	30
2. Negligência e o Comportamento Desviante .....	33
3. Negligência e o Sucesso Escolar .....	36
4. Limitações e Estudos Futuros .....	38
5. Recomendações Clínicas e Implicações Políticas e Sociais .....	40
6. Considerações Finais .....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
ANEXOS.....	55
Anexo I – Consentimento Informado .....	55
Anexo II – Questionário Geral sobre a Situação Social e Familiar.....	56
Anexo III - Questionário de Experiências de Adversidade na Infância .....	57
Anexo IV – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS).....	60

Anexo V - Escala Versatilidade do Comportamento Desviante.....	61
--	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos .....	18
Tabela 2. Grupos de negligência .....	18
Tabela 3. Comparação dos níveis médios de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> entre os vários tipos de negligência.....	25
Tabela 4. Comparações múltiplas de médias dos níveis de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> entre os tipos de negligência.....	26
Tabela 5. Comparação dos níveis médios de Comportamento Desviante entre os vários tipos de negligência.....	27
Tabela 6. Comparações múltiplas de médias do Comportamento Desviante entre os tipos de negligência.....	28
Tabela 7. Comparação dos níveis médios de número de anos de escolaridade e número de repetições de anos escolares entre os vários tipos de negligência.....	29
Tabela 8. Comparações múltiplas de médias dos níveis de número de anos de escolaridade e número de repetições de anos escolares entre os vários tipos de negligência.....	29

## INTRODUÇÃO

Globalmente, estima-se que em 1.000 crianças, 163 destas sofram de negligência física e 184 de negligência emocional, sem diferenças aparentes entre os sexos (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2013). Nos Estados Unidos da América, mais de 1500 mortes infantis são atribuídas anualmente ao abuso ou à negligência infantil (U.S. Department of Health and Human Services, 2012). Em 2015, 75.3% das crianças que receberam ajuda e apoio dos serviços de proteção infantil, sofriam de negligência (U.S. Department of Health and Human Services, 2017). A investigação científica sugere que as diferentes formas de negligência infantil têm consequências sérias em várias dimensões do desenvolvimento infantil, tanto com impacto a curto prazo, na vida da criança, como a longo prazo, quando esta já é adulta. Vítimas de negligência infantil apresentam uma elevada probabilidade de problemas de saúde mental, incluindo comportamentos aditivos (Afifi et al., 2008; Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001), psicose (Varese et al., 2012) e comportamentos suicidas (Lipschitz et al., 1999).

Em Portugal, Figueiredo, Paiva, Matos, Maia e Fernandes (2001), numa investigação sobre a prevalência do abuso na infância em pais adultos, recolhidos de 5 escolas públicas, sugerem que quando estes eram crianças, cerca de 4% das mães e 4.7% dos pais nunca tiveram um adulto que se preocupasse com eles durante a infância. Mais de um em cada quatro dos progenitores, mais precisamente 26.7% das mães e 26.3% dos pais, consideram ainda que o seu dia a dia durante a infância era, raramente ou nunca, previsível.

Nos Estados Unidos, de acordo com dados recolhidos pelo *National Child Abuse and Neglect Data System* (NCANDS) em 1999, mais de metade (58%) dos casos de maltrato infantil são classificados como negligência infantil, estando associado a esta negligência mais de um terço (38%) das mortes por maltrato (Wark, Kruczek & Boley, 2003).

Além da sua elevada prevalência, a negligência tem considerável importância psicológica, uma vez que ocorre dentro de relacionamentos próximos e contínuos, que se espera à partida que sejam protetores e promotores de bem-estar para a criança (American Psychological Association, 1996). E apesar dos estudos sugerirem que o abuso e a negligência

têm vindo a diminuir, os dados estatísticos representam apenas os casos investigados e confirmados pelos serviços de proteção infantil (Jones & Finkelhor, 2007). Muitos dos estudos e investigações estão baseados em amostras de casos reportados de negligência (Turner, Vanderminden, Finkelhor, & Hamby, 2019; English, 1997), surgindo o problema da “ponta do *iceberg*”, uma vez que os casos reportados compreendem as formas mais graves de negligência, sendo que casos menos graves raramente são relatados ou investigados (Cohen, Menon, Shorey, Le & Temple, 2017).

Diversos estudos científicos sugerem que o impacto da negligência infantil é tão grave quanto o impacto associado ao abuso físico, abuso sexual e à exposição a violência doméstica (e.g., Hart, Binggeli, & Brassard, 1998; Trickett & McBride-Chang, 1995). Apesar disto, o abuso infantil tem recebido mais atenção em investigações prévias, o que por consequência fez com que a negligência fosse muito ignorada pelos investigadores e pelos serviços de proteção infantil (Snyder & Merritt, 2014; Hildyard & Wolfe, 2002; Kendall-Tackett & Eckenrode, 1996; Wolock & Horowitz, 1984). Um dos motivos pelos quais a negligência parece ter sido ignorada na investigação deve-se ao facto de que muitas das investigações realizadas não fizeram a separação entre outros tipos de maltrato, colocando a negligência, o abuso físico e o abuso emocional na mesma categoria, o que destaca uma grande limitação nos estudos de maltrato infantil, uma vez que se torna difícil fazer a distinção entre as consequências da negligência e as consequências do abuso. Por esta razão, existe ainda hoje, pouca informação sobre as causas e/ou consequências da negligência infantil. (Stoltenborgh, et al, 2013).

A negligência foi definida pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019) como “a *incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades.*” (p.1). Nota-se assim que ao longo de algumas décadas, a negligência por si só foi um conceito tratado como uniforme na investigação, não existindo a separação entre os subtipos de negligência, juntando a falta de fornecer cuidados básicos como higiene, com a falta de fornecer carinho e afeto para o desenvolvimento emocional, assim, muito pouca

investigação se concentrou na negligência infantil enquanto constructo separado, o que faz com que não esteja claro as expectativas das suas consequências (Schneider, Waldfogel, & Brooks-Gunn, 2017).

A negligência física caracteriza-se pela falta de cuidados básicos necessários à criança, e neste grupo dos cuidados básicos encontra-se a alimentação, higiene, cuidados de saúde, casa e conforto, entre outros (Stoltenborgh, et al., 2013). Calcula-se que existam muitas diferenças entre as consequências da negligência física e as consequências da negligência emocional, no entanto na literatura e investigação são muito poucos os estudos que fazem a distinção entre os dois tipos de negligência (Turner et al., 2019). A negligência emocional por outro lado caracteriza-se por uma falta de cuidados afetuosos com a criança, onde não existe investimento emocional dos progenitores/cuidadores, podendo estes ser frios e não empáticos, nem ter qualquer atitude que demonstre amor, carinho ou valorização, e ainda permitir a exposição da criança a violência doméstica, por exemplo. (Stoltenborgh, et al., 2013).

### **1. Negligência: O Problema da Definição**

Um dos maiores desafios na investigação sobre a negligência é a inconsistência na operacionalização e medição da mesma (Dubowitz et al., 2005). Para além disto, ao contrário de outras formas de maltrato infantil, que são conceituados como ações prejudiciais, a negligência infantil representa atos de omissão, que são inerentemente mais difíceis de especificar e medir (Straus & Kaufman Kantor, 2005). Consequentemente, nem sempre os investigadores determinam que a sua amostra é composta por sujeitos que experienciaram apenas uma forma de maltrato (por exemplo, negligência física), ou se foram expostos a múltiplas formas de negligência e abuso, cujas consequências não foram investigadas separadamente (Turner et al., 2019).

Tem existido pouco consenso em relação à definição de negligência com base na ação ou inação dos pais ou, com base na experiência da criança. Grande parte da investigação sobre negligência, baseada em amostras de casos reportados, salientou necessariamente as omissões dos pais no cuidado das crianças (Zuravin, 1999). No entanto, uma visão que é pelo menos implícita ao pensar sobre o maltrato infantil é que o cuidador pretendia prejudicar a criança, tornando as suas inações propositadas. O problema é que a intencionalidade é muito difícil, se

não impossível, de avaliar. Ocasionalmente, os pais deliberadamente negligenciam o cuidado de seus filhos, no entanto isso pode dar-se devido à psicopatologia dos mesmos, ou a outros fatores externos, que podem por de parte a hipótese de ser por malícia. Por exemplo, no estudo de Erickson Egeland e Pianta, (1989), mães negligentes, seja por incompetência ou irresponsabilidade, falharam em promover a saúde necessária, cuidados físicos e proteção em relação aos seus filhos. No entanto, essas mães diversas vezes expressaram interesse pelo bem-estar dos filhos, mas por terem poucos recursos psicológicos, todos os seus esforços para cuidar dos mesmos tornavam-se inconsistentes e inadequados.

Torna-se questionável se o comportamento negligente relacionado a problemas de saúde mental é realmente intencional, como o comportamento exclusivamente maldoso seria. Ambas as situações podem representar riscos graves para as crianças, e a experiência clínica sugere que a maior parte da negligência não é intencional (Dubowitz, Black, Starr, & Zuravin, 1993), o que faz com que faça sentido uma definição mais ampla da negligência.

Assim, Dubowitz e colaboradores (2005), definiram a negligência conceitualmente em termos de experiências das crianças, sem um interesse específico em atribuir responsabilidades. Essencialmente, a negligência ocorre quando a necessidade básica de uma criança não é adequadamente satisfeita, que vai ao encontro da definição atual da Direção-Geral da Saúde Portuguesa (DGS, 2019), supracitada anteriormente. Deve-se acrescentar, no entanto, que normalmente são os pais os principais responsáveis por atender às necessidades básicas dos seus filhos, como comida, abrigo, roupas e apoio emocional. Consequentemente, apesar do foco nas necessidades de as crianças serem satisfeitas, o papel parental continua a ser central. Dubowitz e colaboradores (1993) acrescentaram, ainda, que para ser considerado negligência, o porquê de as necessidades básicas das crianças não serem atendidas não é relevante, tornando-se então a causa da negligência independente. Para os autores, a negligência é um fenômeno heterogêneo, que varia por tipo, severidade e cronicidade, onde a intencionalidade não parece ser um conceito útil, uma vez que é muito difícil de avaliar e provavelmente não é relevante na maioria das situações de negligência.

Esta última definição tem como interesse primordial a garantia do bem-estar das crianças e da promoção da sua saúde, ao invés de culpabilizar os pais. Ao substituir a culpabilidade parental por uma responsabilidade partilhada, inclui-se também a

responsabilidade às famílias, sistema escolar, comunidades e sociedade. A abordagem também se segue da teoria ecológica, reconhecendo que normalmente existem múltiplos fatores que interagem e que contribuem para a negligência, e não apenas problemas parentais (Belsky, 1993). No entanto, a satisfação das necessidades básicas das crianças cai num espectro que pode ir do ideal ao completamente inadequado. As situações extremas são facilmente identificadas, mas na maioria dos casos, existe uma complexidade de fatores externos que dificultam a clareza dos efeitos ocorridos (Schilling & Christian, 2014).

Para além disto, existem autores que consideram que só existem dois tipos de negligência (e.g. Hildvard & Wolfe, 2002), outros que consideram que existem três tipos (e.g. Stoltenborgh et al., 2013), e outros que consideram ainda existir um quarto tipo (e.g. Cooney, 2003).

## **2. Os diferentes tipos de Negligência**

Para Hildyard e Wolfe (2002) existem apenas dois tipos de negligência: a negligência física, que se define pela incapacidade de satisfazer adequadamente as necessidades físicas das crianças, como por exemplo alimentação, higiene, cuidados de saúde, vestuário adequado, supervisão, e fornecer informações necessárias sobre a criança a outros cuidadores, como professores ou médicos; e a negligência emocional, caracterizada por atos ou omissões do cuidador, relativamente a aspetos emocionais e afetivos, que podem promover na criança o desenvolvimento de distúrbios comportamentais, cognitivos, emocionais ou mentais. A negligência emocional pode ser também mais difícil de classificar do que a negligência física, já que o construto da negligência emocional pode estar mais aberto à interpretação pessoal, e também é mais difícil de ser observada, uma vez que não deixa danos imediatamente visíveis nas crianças. (Stoltenborgh, et al, 2013).

Cohen (2019) afirma que a negligência emocional é a ausência de apoio emocional que se deve fornecer dado o contexto do relacionamento que se tem com o outro. Então, pressupõe-se que um cuidador (pai, mãe ou outro) negligencia emocionalmente uma criança, quando este não demonstra ao filho o nível de afeição e/ou atenção que como cuidador, se espera que demonstre. Crittenden (1999) afirma ainda que a negligência emocional é uma incapacidade dos pais de se conectarem emocionalmente com os seus filhos. Bowlby (1951) descreve a

importância dos vínculos de apego nos relacionamentos, especialmente nas relações criança-cuidador. Nestas relações, a proximidade é procurada pela criança de forma a obter segurança e conforto. É importante salientar que uma criança pode sofrer negligência emocional e não negligência física, ou vice-versa.

Negligência emocional é também distinta do abuso emocional. Abuso emocional (distinto do abuso físico) envolve ações abusivas, isto é, fazer coisas para o outro que podem ser emocionalmente dolorosas ou traumatizantes (e.g. insultar, ofender, importunações ou reclamações constantes); enquanto a negligência emocional envolve omissões negligentes, isto é, a omissão em fazer coisas que tendem a promover o bem-estar emocional, como afeto, atenção, carinho, compreensão, entre outros (Cohen, 2019).

A investigação sugere que o apego das crianças ou a proximidade emocional com os pais é fundamental para o bem-estar psicológico deles (Wark et al., 2003). Psicanalistas como Spitz (1945) e Bowlby (1951), ou mesmo etólogos como Harlow (1961) enfatizaram a importância deste cuidado afetuoso para a promoção de um desenvolvimento saudável da criança. A falta do mesmo mostrou resultar em problemas graves tanto sociais como emocionais, e em casos bastante severos mesmo doença física ou morte, e as consequências psicológicas da negligência emocional persistem mesmo após o diagnóstico e a intervenção (Erickson et al., 1989).

Para alguns autores (e.g. Stoltenborgh et al., 2013), existe ainda um terceiro tipo de negligência: a negligência educacional. A negligência educacional refere-se ao fracasso em fornecer o cuidado e a supervisão necessários para garantir a educação de uma criança. Inclui, por exemplo, não matricular uma criança em idade escolar obrigatória na escola, permitindo a ausência da escola sem atender às necessidades educacionais especiais. Na maioria dos casos, isto refere-se a crianças mais novas que ainda são totalmente dependentes dos pais para comparecer à escola e tomar decisões em relação à mesma. Alguns exemplos de negligência educacional passam por deixar de garantir que a criança receba cuidados e atenção educacionais apropriados, não inscrever a criança na escola, permitir que a criança não compareça na escola ou ausência de supervisão para garantir que a criança está presente na escola, bem como, permitir comportamentos delinquentes na escola, interferir deliberadamente no desenvolvimento educacional da criança, entre outros (LaMance, 2018).

Outros autores (e.g. Coohy, 2003; Korbin & Krugman, 2014) defendem a existência da negligência de supervisão, que se define pela incapacidade de fornecer à criança a supervisão adequada para garantir proteção contra situações ou pessoas perigosas. Em termos práticos, a negligência de supervisão passa por ações prejudiciais para a criança, como deixá-la sozinha em casa, deixá-la ao cuidado de pessoas incapacitadas para cuidar adequadamente da criança, e/ou permitir que adultos, considerados perigosos, tenham fácil acesso à criança.

Parece provável que diferentes tipos de negligência possam afetar as crianças de diferentes maneiras (Dubowitz, Pitts, & Black, 2004; Manly, Kim, Rogosch & Cicchetti, 2001), tornando-se essencial que a investigação inclua e compare o impacto dos diferentes tipos de negligência. A presente dissertação concentra-se nos primeiros dois tipos de negligência, com as definições da mesma linha de Hildyard e Wolfe (2002), e utilizadas também noutras investigações (e.g. Schilling & Christian, 2014).

### **3. Impacto da Negligência Emocional e da Negligência Física**

Nas últimas três décadas, a investigação estabeleceu a associação entre maltrato infantil e consequências a longo prazo relacionadas ao desempenho educacional, saúde física, saúde mental e problemas comportamentais (Gilbert et al., 2009). Ainda que a negligência seja a forma mais disseminada de maltrato infantil (U.S. Department of Health and Human Services, 2017), e cause mortalidade significativa, o foco da atenção pública e profissional é, em grande parte, o abuso físico e sexual.

Para além disto, a negligência é um constructo difícil de definir (Schilling & Christian, 2014), o que provoca que poucos estudos tenham diferenciado aquilo que é consequência específica da negligência. Mesmo assim, os dados existentes sobre negligência sugerem que pode ser tão ou mais prejudicial do que o abuso físico (Smith, Ireland & Thornberry, 2005). Assim, para melhor leitura e compreensão, seguem-se alguns subtópicos do impacto da negligência.

## *Saúde Mental*

A adversidade na infância, como qualquer tipo de maltrato infantil, está associada a problemas relacionados com a saúde mental subsequente e ao risco elevado de psicopatologia, tanto na adolescência, como no início da idade adulta (Afifi et al., 2008; English, Graham Litrownik, Everson & Bangdiwala, 2005; Kaplow & Widom, 2007). Segundo Fanti e Henrich (2010) os problemas de internalização tendem a piorar ao longo do tempo.

Pinto e Maia (2013) na sua investigação, indicam que a negligência está significativamente relacionada com problemas de saúde mental, e que foi utilizada como variável preditora dos mesmos, após o ajuste de variáveis externas como idade, sexo e educação. Ainda encontraram uma prevalência significativa de psicopatologia clínica para crianças que sofreram apenas negligência física. Num estudo realizado por Norman e colaboradores (2012), concluíram que a negligência duplica a probabilidade e o risco de resultados adversos para a saúde mental, e também que, crianças negligenciadas apresentam um maior risco de desenvolver transtornos depressivos. Loos e Alexander (1997) mostraram ainda que jovens adultos, emocionalmente negligenciados quando eram crianças, tinham uma maior probabilidade de sentir solidão e isolamento social em comparação com os seus pares não negligenciados.

A negligência, tanto emocional como física, está associada ao aumento do risco de perturbações de personalidade e com sintomas elevados de ansiedade e depressão (Johnson, Smailes, Cohen, Brown & Bernstein, 2000), bem como transtorno de personalidade antissocial, problemas de adição e comportamentos autodestrutivos (Horwitz et al., 2001), especialmente durante o início da adolescência.

Por exemplo, a investigação conduzida por Lipschitz e colaboradores (1999) confirmam ainda que um número significativo de adolescentes internados com comportamentos de automutilação e ideação suicida, relataram sofrer de negligência emocional. A negligência está também associada ao surgimento de perturbações alimentares (Andrews, Corry, Slade, Issakidis & Swanston, 2004).

Os adultos vítimas de negligência têm também mais eventos stressantes ao longo da vida, uma vez que a vitimização infantil está ligada a uma baixa saúde mental, que por sua vez, aumenta a probabilidade de sofrer eventos stressantes, dado que a pessoa se encontra menos

adaptada para reagir aos mesmos. Então, as pessoas que sofreram abuso e negligência enquanto crianças estão em desvantagem dentro de situações de *stress* (Horwitz et al., 2001).

### *Saúde Física*

Alguns estudos sugerem que problemas de saúde mental também podem contribuir para o agravamento de problemas de saúde física (Batten, Aslan, Maciejewski & Mazure, 2004). Assim, dada a percentagem relativamente alta de depressão e ansiedade encontrada entre aqueles com histórico de maltrato infantil, também é de esperar um agravamento na saúde física dos mesmos (Herrenkohl, Hong, Klika, Herrenkohl & Russo, 2013). A negligência ocorre quando as necessidades básicas de uma criança não são atendidas adequadamente (e.g. alimentação e cuidados higiénicos). A desnutrição tem demonstrado prejudicar o desenvolvimento do cérebro durante o desenvolvimento (Martins et al., 2011), bem como a não estimulação cognitiva, como emocional da criança, podem resultar em problemas neurobiológicos das crianças (Braga, Gonçalves, Basto-Pereira & Maia, 2017).

Como já foi referido anteriormente, as crianças vítimas de maltrato infantil experienciam altos níveis de *stress* no seu ambiente de desenvolvimento (Horwitz et al., 2001), o que provoca que exista maior probabilidade de desenvolver comportamentos prejudiciais à saúde (e.g. consumo de álcool, tabaco, ou outras substâncias ilícitas). Estes comportamentos prejudiciais, colocam estes indivíduos num desenvolvimento menos favorável à saúde física, com um risco maior de surgirem doenças cancerígenas, cardiovasculares, hepáticas e pulmonares (Braga et al., 2017). Por exemplo, na investigação de Batten e colaboradores (2004), foram encontrados dados que mostram uma relação entre o maltrato infantil e o aumento do risco de doenças cardiovasculares.

Os fatores que representam um aumento do risco tanto para a saúde mental, como para a saúde física, nas crianças maltratadas são muito pouco testados na investigação (Herrenkohl et al., 2013), no entanto, as hipóteses centrais focam-se no papel dos altos níveis de *stress* a que estas crianças são submetidas e qual a sua relação com o desenvolvimento cerebral e com o sistema imunológico (Repetti, Taylor & Seeman, 2002). Então, a investigação defende que altos níveis de *stress* experimentados por longos períodos de tempo possam danificar áreas do

cérebro e suprimir a resposta imunológica do corpo, aumentando assim a suscetibilidade de um indivíduo às mais diversas doenças (Middlebrooks & Audage 2008; Repetti et al., 2002).

Embora problemas neurobiológicos possam estar presentes em qualquer vítima de experiências adversas na infância, como por exemplo abuso físico, a investigação sugere que as consequências neurobiológicas da negligência são mais permanentes do que nos diferentes tipos de maltrato infantil, e que cada tipo de maltrato pode resultar em efeitos específicos no desenvolvimento (Watts-English, Fortson, Gibler, Hooper & De Bellis, 2006).

### *Escolaridade*

Relativamente ao desenvolvimento cognitivo, um estudo de acompanhamento, com indivíduos com histórico de abuso ou negligência apresentaram pontuações mais baixas em testes de inteligência e capacidade de leitura do que indivíduos sem histórico de maltrato infantil (Perez & Widom, 1994). As crianças negligenciadas são distinguíveis das crianças que sofreram abuso físico, uma vez que em termos de atrasos e deficiências cognitivas, as crianças negligenciadas apresentam resultados muito mais severos, não só na escolaridade, bem como no retraimento social e aceitação dos colegas (Hildyard & Wolfe, 2002).

Desta forma, será de esperar que as crianças negligenciadas corram o risco de ter maiores dificuldades escolares, que podem ainda ser aumentadas pela ausência à escola, assistência irregular e mau comportamento (Barnard & McKeganey, 2004). Existe uma ligação entre a gravidade da negligência e problemas de comportamento escolar, muitas vezes provocados pelos comportamentos externalizantes, tornando-se provável que, sem intervenção, crianças negligenciadas se encontrem em maior risco de fracasso escolar e desistam em anos escolares posteriores, não só pelas dificuldades escolares, mas também pela dificuldade em relações interpessoais com os colegas de turma (Manly, Oshri, Lynch, Herzog & Wortel, 2013; Rogosch, Oshri & Cicchetti, 2010).

### *Comportamento Desviante*

As crianças que sofrem maltrato infantil têm maior probabilidade de desenvolver problemas de comportamento externalizantes, como agressão e comportamento delinvente (Manly et al., 2013), e para além disso, foi demonstrado que a negligência afeta o

comportamento de externalização de forma direta e indireta através da regulação emocional (Kim & Cicchetti, 2010). A investigação sugere que a negligência duplica a probabilidade de distúrbios comportamentais e de conduta na infância (Norman et al., 2012), e ainda que formas específicas de negligência, como viver numa casa com fracas condições, ser educado com uma disciplina agressiva, falta de cuidado pediátrico, falta de comida, estão diretamente associados a uma predição de comportamentos externalizantes e agressivos (English, Thompson, Graham, & Briggs, 2005). O maltrato infantil está, também, associado a comportamentos antissociais gerais e comportamentos antissociais agressivos, sendo que o abuso sexual e físico está mais fortemente associado a comportamentos antissociais agressivos, e a negligência a comportamentos antissociais gerais (Braga et al., 2017).

Pessoas com histórico de negligência demonstraram ter elevado risco de delinquência, comportamento criminal adulto e juvenil e comportamentos criminosos violentos (Maxfield & Widom, 1996; Widom, 2001). Especificamente a negligência física, foi associada a um aumento do risco de violência praticada por adolescentes (Fang & Corso, 2007). Num estudo realizado em prisões, concluiu-se que no grupo de jovens adultos a cumprir pena por crimes violentos, 20% destes tinham sofrido negligência (Maxfield & Widom, 1996).

Uma história de abuso ou negligência na infância também está associada a uma maior probabilidade de fugir de casa quando se é adolescente (Kaufman & Widom, 1999). Greene, Ringwalt e Kelly (1995) realizaram um estudo com quase 600 adolescentes sem abrigo, que revelou que cerca de metade dos mesmos sofreram negligência em casa. Num outro estudo, Widom (2001) analisou um grupo de crianças maltratadas até à idade adulta e comparou o seu envolvimento criminal com o de um grupo não maltratado. Quase 30% das crianças abusadas e negligenciadas foram presas durante a adolescência, com uma percentagem acrescida de 10% de delinquência, em comparação com o grupo de controlo.

### *Comportamentos aditivos*

Crianças vítimas de negligência apresentam, também, maior risco de na idade adulta consumirem substâncias ilícitas e dependência de álcool (Thornberry, Henry, Ireland & Smith, 2010). No quarto *National Incidence Study* (Sedlak et al., 2010), o uso de drogas foi relatado em 15% dos casos de negligência física e existe uma forte associação de que o abuso de

substâncias ilícitas resulta do maltrato infantil (Herrenkohl et al, 2013). Outro estudo revelou que a negligência é também um preditor significativo de prostituição para as mulheres (Widom & Kuhns, 1996), que muitas vezes está associada ao consumo de substâncias ilícitas.

Existem autores que defendem a existência de uma prática de “automedicação” por parte de vítimas de abuso e negligência, que leva a que alguns indivíduos adotem comportamentos não saudáveis, como o uso destas substâncias, como forma de amenizar a sua dor emocional e memórias recorrentes de traumas infantis (Anda et al., 1999). A investigação sugere que a relação entre o maltrato infantil e os problemas subsequentes do consumo de drogas é complexa (Widom, White, Czaja & Marmorstein, 2007), sendo que os fatores contextuais podem influenciar o consumo de drogas ilícitas na idade adulta, como características de vizinhança (Sperry & Widom, 2013). Segundo Chauhan e Widom (2012), vítimas de maltrato infantil tendem a residir em bairros problemáticos na idade adulta, o que pode promover o consumo de substâncias ilícitas.

#### **4. Contexto da Negligência**

Na investigação do *LongScan Project* explicaram que a associação existente entre negligência na primeira infância e subsequente comportamento de externalização, pode estar relacionada em parte à residência das famílias em bairros perigosos (Dubowitz, Pitts, & Black, 2004), bem como, a associação existente, já supracitada, entre residir em bairros problemáticos na idade adulta, que podem promover o consumo de substâncias ilícitas (Chauhan & Widom, 2012). Por outro lado, viver num bairro de classe média/alta, com fatores de vizinhança positivos, pode reduzir o comportamento agressivo e os problemas externalizantes das crianças negligenciadas (Yonas et al., 2010). Horwitz e os seus colaboradores (2001) concluíram na sua investigação, que o maltrato infantil teve pouco impacto direto na saúde mental, depois de controlarem a presença de eventos stressantes e contextuais. Então, existem vários fatores externos que podem contribuir para a ocorrência da negligência, ou dos problemas associados à negligência.

Por exemplo, problemáticas normais inerentes ao desenvolvimento da criança podem tornar-se fatores de risco para alguns pais, como por exemplo, a criança despertar durante o sono, cólicas, choro excessivo, ou problemas relacionados com a dificuldade de controlo dos

esfíncteres podem ser *triggers* para o surgimento de pais com práticas abusivas ou negligentes (Schilling & Christian, 2014). Outros fatores que podem aumentar o risco de prevalência da negligência regem-se pelas próprias características das crianças que podem dificultar o cuidado da mesma, ou que estão em contraste com as expectativas dos pais em relação a esta (Hibbard, Desch & Committee on Child Abuse and Neglect, 2007). Alguns exemplos podem incluir crianças com deficiências físicas ou mentais, crianças com necessidades especiais de saúde, doenças crônicas ou mesmo doenças relativas ao desenvolvimento.

As experiências adversas na infância têm sido descritas como eventos potencialmente traumáticos que podem ter efeitos negativos duradouros sobre a saúde e o bem-estar. Isso inclui não só o maltrato e o abuso, mas também viver num ambiente prejudicial ao desenvolvimento saudável de uma criança (Boullier & Blair, 2018). A concepção de que a vitimização infantil está associada a um evento isolado é errada, porque na verdade, várias investigações (e.g. Turner et al., 2019) sugerem que as experiências ocorridas na infância, não ocorrem isoladas do estatuto socioeconómico, do contexto familiar e do contexto da comunidade. Contextos familiares com altos níveis de *stress* podem aumentar a probabilidade de ocorrência de negligência infantil. A vitimização infantil está muito associada a problemas no ambiente familiar, como pobreza, desemprego, consumo excessivo de álcool e drogas e famílias disfuncionais (Horwitz et al., 2001).

Crianças provenientes de famílias disfuncionais, onde o maltrato infantil é recorrente, têm maior isolamento familiar e desorganização, o que por sua vez, também faz com que exista um fraco suporte para as crianças e uma elevação da vulnerabilidade das mesmas, o que mais tarde, faz com que não estejam tão bem preparadas e também passem por mais eventos stressantes e adversos, dos quais nem sempre estão adaptadas para lidar com os mesmos (Horwitz et al., 2001).

Assim, torna-se difícil compreender a forma como a negligência afeta o desenvolvimento das crianças, se não existir em parte, uma avaliação dos contextos nos quais a criança está inserida (Manly et al., 2013). A Negligência frequentemente ocorre em contextos familiares de risco, incluindo pobreza, isolamento social, violência doméstica, psicopatologia parental, e consumo de álcool e/ou drogas (Cicchetti & Valentino, 2006).

*The Family Stress Model* prevê que, à medida que o estatuto social diminui, e a economia da família piora, os pais aumentam as suas práticas parentais negligentes (Schneider, Waldfogel, & Brooks-Gunn, 2017). Existem investigações que corroboram que a negligência infantil está mais ligada à pobreza e ao contexto social, do que propriamente ao maltrato infantil (Fein & Lee, 2003; Slack, Holl, McDaniel, Yoo & Bolger, 2004). Por exemplo, Knutson e colaboradores sugerem que a negligência desempenha um papel mediador na previsão de comportamentos agressivos e historial de abuso físico para famílias com desvantagens socioeconómicas (Knutson, DeGarmo, & Reid, 2004; Knutson, DeGarmo, Koepl, & Reid, 2005).

Para além do risco aumentado de consequências graves para a saúde psicológica e mental (Gilbert et al., 2009), para a saúde física (Sperry & Widom, 2013), e dificuldades cognitivas e sociais (Hildyard & Wolfe, 2002), as crianças negligenciadas experimentam muitas vezes outros eventos stressantes como por exemplo, o divórcio (muitas vezes não amigável) dos pais, intervenção da assistência social, por vezes internamento em casas de acolhimento, e múltiplas formas de vitimização ao longo da sua vida (Jonson-Reid, Chung, Way & Jolley, 2010; Widom, Czaja & Dutton, 2008). A depressão, ansiedade e o uso de drogas e álcool também podem resultar, em parte, da experiência de relacionamentos inseguros e relacionamentos falhados, que deixam as crianças vulneráveis a falhas contínuas de relacionamento e baixa autoestima (Batten et al. 2004; Herrenkohl et al., 2013).

Então, as consequências provenientes do maltrato infantil relativamente à saúde mental e física não são independentes de todo o contexto familiar, social e económico (Horwitz et al., 2001). As crianças de famílias abusivas e negligentes crescem em ambientes que não proporcionam oportunidades consistentes e apropriadas que promovam o bom desenvolvimento das crianças e o seu bem-estar. Ao invés disso, estas crianças são colocadas em elevados riscos tanto de danos físicos, como de danos emocionais. (Wolfe & Jaffe, 1991). Se a negligência for concetualizada dentro de uma estrutura ecológica, existem fatores sociais que podem comprometer as habilidades do cuidado parental. Estas problemáticas são agravadas por fatores de risco associados, como acesso limitado a cuidados de saúde, nutrição inadequada e oportunidades educacionais limitadas (Dubowitz et al., 1993).

Sendo assim, é evidente que as crianças negligenciadas enfrentam uma multiplicidade de fatores de risco conhecidos por prejudicar o desenvolvimento normal das mesmas (Schumacher, Slep, & Heyman, 2001). No entanto, Pinto e Maia (2013), com os resultados encontrados na sua investigação, defendem que o contexto familiar aumenta o risco de problemas posteriores, mas o efeito das experiências da infância dirigidas contra a criança é, ainda assim, mais perigoso para o desenvolvimento emocional e psicológico da mesma.

Ao contrário de outros autores (*e.g.* Fanti e Henrich, 2010), investigações sugerem que tanto os problemas internalizantes como externalizantes diminuem ao longo do tempo (Godinet & Berg, 2014), o que permite que se desenvolva estratégias para intervir com as crianças maltratadas, de forma a diminuir as consequências das experiências de abuso e negligência, e a proteção de riscos futuros de outros tipos de maltrato (Proctor, Skriner, Roesch, & Litrownik, 2010). No entanto, numa investigação recente de Finkelhor, Turner, Shattuck e Hamby (2013), as estratégias utilizadas para promover a redução do impacto das adversidades infantis tiveram resultados na maioria dos subtipos de maltrato infantil num período de cinco anos (por exemplo, abuso sexual e abuso emocional), à exceção do subtipo da negligência, onde não existiu atenuação das consequências da mesma, o revela uma grande preocupação para este tipo de vítimas. Desta forma, torna-se imperativo explorar as consequências dos diferentes tipos de negligência.

## A PRESENTE INVESTIGAÇÃO

Tanto a negligência física (ou seja, a incapacidade de satisfazer as necessidades físicas básicas de uma criança, como alimentação, vestuário, abrigo, higiene pessoal e assistência médica), como a negligência emocional (ou seja, não satisfazer as necessidades emocionais ou de desenvolvimento da criança, incluindo nutrição ou afeto inadequado) são as formas mais prevalentes de maltrato infantil no mundo inteiro (Proctor & Dubowitz, 2014). Apesar de ser a forma mais prevalente de maltrato infantil, as consequências da negligência são pouco compreendidas e investigadas, particularmente durante o início da idade adulta (Cohen, Menon, Shorey, Le & Temple, 2017). Estima-se que aproximadamente até aos 17 anos de idade, uma em cada cinco crianças sofra de negligência física e/ou emocional (Finkelhor et al., 2013; Stoltenborgh et al., 2013).

Como sugerido nesta revisão de literatura, a negligência, tanto física como emocional, é uma complexa problemática que afeta várias famílias, e que prejudica um enorme número de crianças que ficam marcadas com consequências que podem perdurar para sempre. Outra limitação é o facto da maioria dos estudos não se focar na diferenciação entre as consequências da negligência emocional e da negligência física, bem como qual o impacto psicossocial que este tipo de maltrato infantil pode acarretar à vida das pessoas, já quando estas são adultas. Destaca-se também a importância de estudar as consequências da negligência separadas de outros tipos de adversidade, nomeadamente do abuso físico e do abuso emocional, dado que muitas investigações equiparam estes conceitos.

Esta investigação pretende então, explorar a relação entre negligência física e emocional durante a infância e adolescência no estado psicológico e social no início da idade adulta. Assim, de acordo com o enquadramento teórico e para colmatar as falhas encontradas na literatura, coloca-se a seguinte questão de investigação: *Qual a relação entre diferentes formas de negligência na infância e adolescência e o ajustamento psicossocial no início da idade adulta?* Para responder à questão de investigação colocada, sugerem-se as seguintes hipóteses de investigação:

**Hipótese 1:** A negligência sofrida está relacionada com problemas de saúde mental, esperando-se que os participantes com níveis mais elevados de *stress*, ansiedade e depressão, tenham sofrido qualquer tipo de Negligência na infância.

**Hipótese 1a:** A Negligência Emocional tem um maior impacto negativo na Saúde Mental do que a Negligência Física.

**Hipótese 2:** A Negligência sofrida está relacionada com comportamento desviante, esperando-se que os participantes que foram vítimas de negligência infantojuvenil apresentem níveis mais elevados de comportamento desviante nos últimos 12 meses e ao longo da vida.

**Hipótese 2a:** A Negligência Física tem maior impacto negativo no Comportamento Desviante do que a Negligência Emocional.

**Hipótese 3:** Ter sido exposto a negligência na infância ou adolescência está associado a um nível de escolaridade mais baixo.

## MÉTODO

### 1. Participantes

A presente investigação envolve uma amostra comunitária de 618 jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 20 anos, sendo que 63,05% ( $n = 389$ ) do sexo feminino, 36,95% ( $n = 228$ ) são do sexo masculino e 1 participante com dado omissos quanto ao género, com uma média de idade de 18.87 (DP=0,82). Relativamente ao estatuto socioeconómico dos participantes, 33,83% ( $n = 204$ ) pertencem a um estatuto socioeconómico baixo, 51,58% ( $n = 311$ ) um estatuto socioeconómico médio e 14,59% ( $n = 88$ ) um estatuto socioeconómico alto. A descrição detalhada dos dados sociodemográficos pode ser encontrada na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos

Dados Sociodemográficos		Amostra Total (N = 618)	
		<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade		18.87	.82
Escolaridade		11.40	1.29
		<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo	Masculino	228	36.95
	Feminino	389	63.05
Estatuto Socioeconómico	Baixo	204	33.83
	Médio	311	51.58
	Alto	88	14.59
Ocupação	Trabalha	54	8.75
	Estuda	484	78.44
	Trabalha e estuda	62	10.05
	Não estuda nem trabalha	17	2.76
Grupo Étnico	Português com ascendência portuguesa	521	84.58
	Português com ascendência africana	53	8.60
	Comunidade cigana portuguesa	0	.00
	Português com outra ascendência	28	4.55
	Imigrante	14	2.27

Da amostra supracitada, destaca-se a subamostra identificada de 96 participantes, que sofreram algum tipo de negligência durante a infância ou adolescência. Desta subamostra identificada ainda se realça a existência de outras três subamostras identificadas: uma identificada de 25 participantes que sofreram apenas Negligência Emocional durante a infância

ou adolescência; outra subamostra identificada de 42 participantes, que sofreram apenas Negligência Física; e por último, foi identificado um grupo de 29 participantes que sofreram ambas as formas de negligência. A descrição detalhada dos dados sociodemográficos pode ser encontrada na Tabela 2.

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos grupos de diferentes tipos de negligência

		Tipos de Negligência							
		Sem Negligência (n = 512)		Negligência Emocional (n = 25)		Negligência Física (n = 42)		Ambas formas de Negligência (n = 29)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	173	33.86	15	60.00	26	61.90	11	37.93
	Feminino	338	66.14	10	40.00	16	38.10	18	62.07
Estatuto Socioeconómico	Baixo	156	31.14	11	47.83	14	34.15	19	65.52
	Médio	270	53.89	11	47.83	21	51.22	6	20.69
	Alto	75	14.97	1	4.35	6	14.63	4	13.79
Ocupação	Trabalha	35	6.85	4	16.00	7	16.67	7	24.14
	Estuda	421	82.39	15	60.00	25	59.52	15	51.72
	Trabalha e Estuda	47	9.20	2	8.00	7	16.67	6	20.69
	Não Trabalha nem Estuda	8	1.57	4	16.00	3	7.14	1	3.45

A recolha da amostra ocorreu em vários locais, como escolas secundárias, escolas profissionais, universidades, bairros sociais, organizações sociais, desportivas e de lazer em Portugal Continental e Regiões Autónomas. Salienta-se ainda que 4.48% ( $n = 29$ ) dos participantes da amostra descrita, no momento do preenchimento dos questionários, desistiram ou recusaram-se a preencher, obtendo no final um nível de aceitação de participação no estudo muito elevado, superior a 95%. Relativamente a critérios de exclusão, foram tidos em conta fatores que limitariam a realização do atual estudo, especialmente a incompreensão da língua portuguesa ou ausência de habilitações literárias necessárias para o preenchimento do questionário.

## 2. Instrumentos

### *Questionário Geral sobre a Situação Social e Familiar*

Este questionário foi utilizado com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos dos participantes, especialmente idade, sexo, habilitações literárias, ocupação e outras informações pertinentes.

### *Questionário de Experiências de Adversidade na Infância (Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2007)*

O objetivo principal deste questionário é a avaliação da ocorrência de experiências de adversidade durante a infância e/ou adolescência através de três dimensões gerais: abuso, negligência e disfunção familiar (Felitti et al., 1998; Silva & Maia, 2008). Para tal, o questionário é desenvolvido para adultos, através de autorrelato, onde as três dimensões gerais foram divididas em 10 dimensões específicas: negligência física (cinco itens) e emocional (três itens), abuso de substâncias no ambiente familiar (dois itens), abuso emocional (três itens), o físico (quatro itens) e sexual (quatro itens), encarceramento no meio de justiça de um membro da família (um item), doença mental ou suicídio (três itens), exposição a violência doméstica (quatro itens) e divórcio ou separação parental (um item) (Pinto, Correia & Maia, 2014; Silva & Maia, 2008).

As experiências de negligência, abuso e exposição a violência doméstica são avaliadas através da sua frequência, de acordo com uma escala de *Likert* de 5 pontos (Pinto et al., 2014; Silva & Maia, 2008), sendo que as opções de resposta variam entre “*Nunca*” e “*Muitíssimas Vezes*”. Por exemplo, no que se refere à negligência, a negligência física é avaliada através de questões diretas e invertidas, em que a dimensão averigua a frequência deste tipo de experiências (e.g. “*Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.*”, e invertidos “*Havia quem lavasse a roupa.*”, “*Havia quem me levasse ao médico caso necessitasse.*”). A negligência emocional está presente quando não existe uma resposta às necessidades emocionais da criança (e.g. “*Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante.*” Invertido, “*Senti-me amado*”). As restantes experiências são

avaliadas de acordo com uma escala dicotômica de “*Sim*” ou “*Não*” (Pinto et al., 2014; Silva & Maia, 2008).

De acordo com a versão original e os estudos de adaptação para a população portuguesa, o instrumento detém propriedades psicométricas adequadas (Felitti & Anda, 1998; Silva & Maia, 2007).

*Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995; Versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)*

Esta escala é formada por 21 itens, onde o objetivo é de medir e diferenciar através do autorrelato, os sintomas associados à ansiedade, depressão e *stress* em indivíduos com idade superior a 17 anos (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). É um instrumento organizado em três escalas: a escala da ansiedade (sete itens), que avalia as dimensões excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade; a escala do stress (sete itens), que avalia as dimensões dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado/chateado, irritável/reacção exagerada e impaciência e por fim, a escala da depressão (sete itens), que avalia dimensões como disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto depreciação, falta de interesse ou envolvimento, anedonia e inércia (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Existem quatro opções de resposta para cada item, organizadas numa escala de Likert, que varia entre “0 – *não se aplicou nada a mim*” e “3 – *aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”. Como cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas de valência emocional negativa para o sujeito, as pontuações mais elevadas remetem para estados afetivos com valência emocional mais negativa (Pais-Ribeiro et al., 2004).

O instrumento apresenta capacidades psicométricas apropriadas, tanto na população portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004) como no estudo original (Lovibond & Lovibond, 1995). No presente estudo, a subescalas Depressão, Ansiedade e *Stress*, demonstraram bons valores de consistência interna ( $\alpha = .86$ ,  $\alpha = .83$  e  $\alpha = .89$ , respetivamente), sendo que a escala total apresentou um excelente nível de consistência interna ( $\alpha = .94$ ).

*Escala Versatilidade do Comportamento Desviante (DBVS; Sanches, Gouveia-Pereira, Marôco, Gomes & Roncon, 2016)*

É uma escala através de autorrelato, composta por 19 itens, com o principal objetivo de avaliar o envolvimento dos adolescentes em comportamentos desviantes (Sanches et al., 2016). Cada um dos 19 itens remete para um comportamento desviante específico, em que através de uma escala nominal dicotômica, de “Sim” *versus* “Não”, o indivíduo responde se já o praticou ou não (Sanches et al., 2016). No final do questionário foi adicionada ainda uma questão extra que pede ao indivíduo que identifiquem quantos dos comportamentos enumerados na escala foram realizados ao longo da vida. O instrumento apresenta capacidades psicométricas apropriadas (Sanches et al., 2016), e na presente amostra demonstrou uma consistência interna considerada apropriada ( $KR = .79$ ).

### **3. Procedimentos**

O presente estudo enquadra-se no projeto de investigação científica “*Estudo Internacional sobre comportamentos pró(anti)sociais no início da idade adulta*” (SOCIALDEVIANCE1820), com o objetivo principal de explorar fatores relacionados com o ajustamento psicossocial e comportamento pro/antissocial no início da idade adulta, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética do ISPA- Instituto Universitário. A descrição detalhada deste projeto de investigação pode ser consultada em Basto-Pereira, Garcia-Queiroz, Maciel, Leal e Gouveia-Pereira (2019). A aluna desta dissertação participou na segunda fase de recolha de dados do projeto.

Inicialmente, procedeu-se à recolha de dados, que ocorreu de forma presencial em grupo ou em contexto de sala de aula. Foram explicados os objetivos da investigação e todo o processo de preenchimento aos participantes, sendo que foi evidenciado que estes poderiam interromper o processo caso tivessem alguma dúvida. Foi também salientando que a participação é voluntária e a confidencialidade é garantida, podendo os participantes desistir a qualquer momento. Foi então assinado o consentimento informado, e realizada a aplicação dos diversos instrumentos de avaliação psicológica. Em média, os participantes demoraram cerca de 25 minutos para responder a todos os itens do protocolo.

Após a conclusão da recolha de dados, elaborou-se uma base de dados no programa *IBM SPSS Statistics* versão 25.0 (Chicago IL, USA). A análise de dados realizou-se através do programa estatístico acima referido. Relativamente aos procedimentos estatísticos, inicialmente procedeu-se aos testes de normalidade e medidas de forma. Segundo Marôco (2018), quando o pressuposto de homogeneidade de variâncias não é cumprido, mas as variáveis apresentam distribuição aproximadamente normal, devemos utilizar um teste paramétrico com correção de Welsh, para uma maior fiabilidade. Por último, elaborou-se testes de *Post-Hoc* de Tuckey, com o objetivo de perceber em que grupos existem diferenças. Uma vez que este estudo inclui apenas fatores de risco, logo, as hipóteses colocadas são unilaterais, tendo sido as estatísticas adaptadas a esse fim.

## RESULTADOS

A secção dos resultados está organizada em três partes. Na primeira parte consta a relação existente entre os diferentes tipos de negligência e as variáveis da ansiedade, da depressão e do *stress*. Na segunda parte encontram-se a relação existente entre os diferentes tipos de negligência e o comportamento desviante, não só nos últimos 12 meses, mas também ao longo da vida. A terceira e última parte tem como foco a relação existente entre os diferentes tipos de negligência e a escolaridade, pelo número de anos em que estudou, bem como, pelo número de repetições de anos escolares.

### **1. Diferenças nos níveis de Ansiedade, Depressão e Stress em função da presença e tipos de negligência**

Tendo como objetivo verificar se existem diferenças significativas nos níveis médios de ansiedade, de depressão e de *stress* na presença e tipos de negligência (emocional, física, ambas ou sem negligência), foi realizada uma ANOVA com correção de *Welsh* (Marôco, 2018), uma vez que as variâncias não são homogêneas, mas as variáveis apresentam distribuição aproximadamente normal, o que permite a utilização de um teste paramétrico com maior fiabilidade.

A tabela 3 permite-nos concluir que existem diferenças significativas entre a presença e tipos de negligência, tanto em relação ao *stress*, como à ansiedade e à depressão. Verifica-se ainda que na variável do *stress*, os participantes que sofreram algum tipo de negligência, revelam níveis médios de *stress* superiores, comparativamente ao grupo que não sofreu qualquer tipo de negligência. Relativamente à variável da ansiedade, os participantes que sofreram algum tipo de negligência, revelam, também, níveis médios de ansiedade superiores, comparativamente ao grupo que não sofreu qualquer tipo de negligência. Por último, confirma-se que também os participantes com níveis médios de depressão superiores, sofreram algum tipo de negligência na infância.

Tabela 3. Resultados da ANOVA para sintomas psicopatológicos usando a negligência como critério

DASS	Tipo de Negligência	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
<i>Stress</i>	Sem Negligência	503	.98	.70	3.20	.031*
	Negligência Emocional	25	1.34	.79		
	Negligência Física	42	1.05	.87		
	Ambas	28	1.33	.78		
<i>Ansiedade</i>	Sem Negligência	504	.64	.60	4.91	.004**
	Negligência Emocional	25	.89	.69		
	Negligência Física	39	.76	.72		
	Ambas	29	1.12	.75		
<i>Depressão</i>	Sem Negligência	510	.68	.67	9.32	<0.001***
	Negligência Emocional	25	1.27	.70		
	Negligência Física	40	.86	.89		
	Ambas	28	1.27	.78		

Nota: \*a diferença média é significativa ao nível  $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; DASS – *Depression, Anxiety and Stress Scale*.

Posteriormente, foi realizado um teste *Post-Hoc* de *Tuckey* a fim de averiguar entre que grupos existem as diferenças. A tabela 4 resume os resultados obtidos e permite-nos concluir que existem diferenças no *Stress* entre “Sem negligência” e “Negligência Emocional” ( $p < 0,05$ ), sendo a última mais prejudicial, e entre “Sem negligência” e “Ambas as formas de Negligência” ( $p < 0,05$ ), sendo também a última mais prejudicial, tendo sido os resultados marginalmente significativos.

Em relação à ansiedade foram encontradas diferenças significativas entre “Sem negligência” e “Ambas as formas de Negligência” ( $p < 0,001$ ) e diferenças entre “Negligência Física” e “Ambas as formas de Negligência” ( $p < 0,001$ ), tendo sido em ambos os casos, encontrados valores superiores de ansiedade no grupo que sofreu ambas as formas de negligência. Foi ainda encontrada uma diferença marginalmente significativa ( $p < 0,10$ ) entre “Sem Negligência” e “Negligência Emocional”, onde a negligência emocional parece ser mais prejudicial, com valores superiores de ansiedade. Já em relação à depressão foram encontradas diferenças significativas entre “Sem negligência” e “Negligência Emocional” ( $p < 0,001$ ) e entre

a “Negligência Emocional” e “Negligência Física” ( $p < 0,05$ ), tendo sido a negligência emocional mais prejudicial com valores superiores de depressão em ambos os grupos com diferenças. Foram ainda encontradas diferenças ( $p < 0,05$ ) entre “Negligência Física” e “Ambas as formas de Negligência” e entre “Sem negligência” e “Ambas as formas de Negligência” ( $p < 0,001$ ), tendo sido o grupo que sofrer ambas as formas de negligência com valores superiores de depressão.

Tabela 4. Testes post-hoc com comparações múltiplas de médias dos níveis de *Stress*, Ansiedade e Depressão entre os tipos de negligência

DASS	(I) Negligências	(J) Negligências	Diferença média (I-J)	Sig.
Stress	Sem Negligência	Negligência Emocional	-.36	.037*
		Negligência Física	-.074	.459
		Ambas formas de Negligência	-.35	.031*
	Negligência Emocional	Negligência Física	.28	.201
		Ambas formas de Negligência	.01	.500
		Negligência Física	-.27	.202
Ansiedade	Sem Negligência	Negligência Emocional	-.25	.099 <sup>†</sup>
		Negligência Física	-.12	.328
		Ambas formas de Negligência	-.49	<.001***
	Negligência Emocional	Negligência Física	.13	.420
		Ambas formas de Negligência	-.23	.264
		Negligência Física	-.36	.041*
Depressão	Sem Negligência	Negligência Emocional	-.59	<.001***
		Negligência Física	-.18	.197
		Ambas formas de Negligência	-.59	<.001***
	Negligência Emocional	Negligência Física	.41	.046*
		Ambas formas de Negligência	.00	.500
		Negligência Física	-.41	.040*

Nota: <sup>†</sup> a diferença média é marginalmente significativa ao nível  $p < 0,10$ ; \* a diferença média é significativa ao nível  $p < 0,05$ ; \*\*\* a diferença média é significativa ao nível  $p < 0,001$ ; DASS – *Depression, Anxiety and Stress Scale*.

## 2. Diferenças nos níveis de Comportamento Desviante em função da presença e tipos de negligência

Para analisar o efeito do tipo de Negligência nos níveis médios de comportamento desviante nos últimos 12 meses e no comportamento desviante ao longo da vida, foi realizada uma ANOVA com correção de *Welsh* (Marôco, 2018), tal como anteriormente, uma vez que as variâncias não são homogêneas, mas as variáveis apresentam distribuição aproximadamente normal, o que permite a utilização de um teste paramétrico com maior fiabilidade.

A tabela 5 permite-nos concluir que existem diferenças significativas entre pelo menos dois tipos de negligência, tanto em relação ao comportamento desviante nos últimos 12 meses, como no comportamento desviante ao longo da vida. Permite-nos também concluir que tanto a versatilidade do comportamento desviante nos últimos 12 anos, como ao longo da vida, é superior nos grupos que sofreram algum (ou ambos) tipos de negligência.

Tabela 5. Comparação dos níveis médios de Comportamento Desviante entre os vários tipos de negligência

DBVS	Tipo de Negligência	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
12 meses	Sem Negligência	485	.19	.14	6.98	<.001***
	Negligência Emocional	22	.33	.16		
	Negligência Física	40	.24	.19		
	Ambas	25	.29	.21		
Ao longo da vida	Sem Negligência	572	.20	.156	6.90	<.001***
	Negligência Emocional	492	4.38	3.60		
	Negligência Física	23	7.43	4.50		
	Ambas	38	5.61	4.08		

Nota: \*\*\* a diferença média é significativa ao nível  $p < 0.001$ ; DBVS - Escala de Variedade do Comportamento Desviante

Posteriormente realizou-se um teste *Post-Hoc* de *Tuckey* a fim de averiguar entre que grupos existem as diferenças. A tabela 6 resume os resultados obtidos e podemos concluir que existem diferenças no comportamento desviante nos últimos 12 meses entre “Sem negligência” e “Negligência Emocional” ( $p < 0.001$ ) e entre “Negligência Emocional” e “Negligência Física” ( $p < 0.10$ ), tendo sido encontrada a maior versatilidade do comportamento desviante nos últimos 12 anos no grupo que sofreu negligência emocional. Existem ainda diferenças significativas ( $p < 0.01$ ) entre “Sem negligência” e “Ambas as formas de Negligência” ( $p < 0.01$ ), onde foi no último grupo que se verificaram maiores valores de versatilidade do comportamento desviante.

Em relação ao Comportamento Desviante ao longo da vida, também foram encontradas diferenças significativas entre “Sem negligência” e “Negligência Emocional” ( $p < 0.001$ ), e entre “Sem negligência” e “Ambas as formas de Negligência” ( $p < 0.001$ ). Tanto o grupo que sofreu negligência emocional, como o que sofreu ambas as formas de negligência, apresentavam valores superiores de versatilidade de comportamento desviante ao longo da vida.

Tabela 6. Comparações múltiplas de médias do Comportamento Desviante entre os tipos de negligência

DBVS	(I) Negligências	(J) Negligências	Diferença média (I-J)	Sig.
12 meses	Sem Negligência	Negligência Emocional	-.13*	<.001***
		Negligência Física	-.05	.101
		Ambas formas de Negligência	-.10*	.005*
	Negligência Emocional	Negligência Física	.08	.079 <sup>†</sup>
		Ambas formas de Negligência	.03	.432
		Negligência Física	Ambas formas de Negligência	-.05
Ao longo da vida	Sem Negligência	Negligência Emocional	-3.05*	<.001***
		Negligência Física	-1.23	.207
		Ambas formas de Negligência	-2.77*	.001***
	Negligência Emocional	Negligência Física	1.83	.124
		Ambas formas de Negligência	.29	.497
		Negligência Física	Ambas formas de Negligência	-1.54

Nota: <sup>†</sup> a diferença média é marginalmente significativa ao nível  $p < 0,10$ ; \* a diferença média é significativa ao nível  $p < 0,05$ ; \*\*\* a diferença média é significativa ao nível  $p < 0,001$ ; DBVS - *Escala de Variedade do Comportamento Desviante*

### 3. Diferenças nos níveis de Escolaridade em função da presença e tipos de negligência

Para analisar o efeito do tipo de Negligência nos níveis médios de Escolaridade, tendo em conta o número de anos em que estudou, e o número de repetições de anos, foi realizada uma Anova com correção de *Welsh* (Marôco, 2018), tal como anteriormente, uma vez que, apesar de as variáveis apresentarem distribuição normal, as variâncias são heterogéneas.

A tabela 7 permite-nos concluir que existem diferenças marginalmente significativas entre pelo menos dois tipos de Negligência, em relação ao número de repetições de anos escolares. Não se verifica que os participantes que sofreram algum tipo de negligência tenham menos anos de escolaridade. No entanto, verifica-se que o grupo que não sofreu nenhum tipo de negligência, tem menos repetições de anos escolares, comparativamente a qualquer grupo vítima de negligência, o que nos dá indicações de que os participantes que sofreram qualquer tipo de negligência, reprovaram mais vezes no seu percurso escolar.

Tabela 7. Comparação dos níveis médios de número de anos de escolaridade e número de repetições de anos escolares entre os vários tipos de negligência

Escolaridade	Tipo de Negligência	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Números de anos de escolaridade	Sem Negligência	510	11.41	1.29	1.75	.168
	Negligência Emocional	25	11	1.44		
	Negligência Física	42	11.64	1.12		
	Ambas	29	11.10	1.32		
Número de Repetições de Anos Escolares	Sem Negligência	510	.74	1.10	2.21	.098 <sup>†</sup>
	Negligência Emocional	25	.75	.99		
	Negligência Física	42	.98	1.81		
	Ambas	29	1.31	1.20		

Nota: <sup>†</sup> a diferença média é marginalmente significativa ao nível  $p < 0,10$

Posteriormente realizou-se um teste *Post-Hoc* de *Tuckey* a fim de averiguar entre que grupos existem as diferenças. A tabela 8 resume os resultados obtidos e podemos concluir que existem não existem diferenças significativas no número total de anos escolares. Em relação ao número de repetições de anos escolares, foram encontradas diferenças significativas entre “Sem Negligência” e “Ambas as formas de Negligência” ( $p < 0.05$ ), onde o grupo que sofreu ambas as formas de negligência apresenta mais repetições de anos escolares, ou seja, reprovou mais vezes na escola.

Tabela 8. Comparações múltiplas de médias dos níveis de número de anos de escolaridade e número de repetições de anos escolares entre os vários tipos de negligência

Escolaridade	(I) Negligências	(J) Negligências	Diferença média (I-J)	<i>Sig.</i>
Números de anos de escolaridade	Sem Negligência	Negligência Emocional	.41	.203
		Negligência Física	-.23	.336
		Ambas formas de Negligência	.30	.299
	Negligência Emocional	Negligência Física	-.64	.099
		Ambas formas de Negligência	-.10	.496
		Ambas formas de Negligência	.53	.153
Número de Repetições de Anos Escolares	Sem Negligência	Negligência Emocional	-.00	.500
		Negligência Física	-.23	.296
		Ambas formas de Negligência	-.56	.026*
	Negligência Emocional	Negligência Física	-.22	.437
		Ambas formas de Negligência	-.56	.151
		Ambas formas de Negligência	-.33	.318

Nota: \* a diferença média é significativa ao nível  $p < 0.05$

## DISCUSSÃO

A secção da discussão está organizada em cinco partes, de modo a facilitar a leitura e compreensão dos resultados e conclusões. Na presente investigação o principal objetivo foi de compreender e explorar as diferenças do impacto da Negligência Física e da Negligência Emocional, no estado psicológico e social de jovens adultos entre os 18 e os 20 anos.

Assim, as primeiras três partes do presente capítulo terão como foco a discussão de resultados das hipóteses inicialmente colocadas e analisadas na secção imediatamente anterior. Portanto, de seguida serão abordadas as hipóteses de investigação, articulando as mesmas com a literatura revista, bem como com os resultados já apresentados, de forma a compreender se as hipóteses foram confirmadas e que conclusões se pode retirar. Por fim, os dois últimos segmentos destinam-se às principais considerações sobre o estudo, bem como as limitações reconhecidas, as sugestões para estudos futuros e eventuais implicações clínicas deste estudo.

### 1. Negligência e a Saúde Mental

Para analisar o impacto do tipo de Negligência no estado psicológico dos jovens adultos, foi elaborada a primeira hipótese (1) de estudo “*A negligência sofrida está relacionada com problemas de saúde mental, esperando-se que os participantes com níveis mais elevados de stress, ansiedade e depressão, tenham sofrido qualquer tipo de Negligência na infância.*”.

Assim, a primeira hipótese colocada foi corroborada pelos resultados encontrados na presente investigação, uma vez que os participantes com níveis mais elevados de *stress*, ansiedade e depressão, sofreram algum tipo de negligência na infância. Estes resultados vão de encontro à literatura, uma vez que a negligência está associada ao aumento de problemas específicos para a saúde mental (Cecil, Viding, Fearon, Glaser & McCrory, 2017), tanto com níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Johnson et al., 2000), como níveis mais elevados de *Stress* (Jonson-Reid, et al., 2010).

Horwitz e colaboradores (2001) explicam que as consequências da vitimização infantil na saúde mental, podem estar relacionadas com a maior vivência de eventos stressantes ao longo da vida, uma vez que estas crianças devido ao maltrato infantil, estão menos aptas para lidar adequadamente com adversidades que podem vir a surgir. Para além disto, existe também

evidência empírica (e.g. Middlebrooks & Audage 2008; Repetti et al., 2002) que defende que a exposição a qualquer tipo de maltrato infantil e uma maior vivência de eventos stressantes ao longo da vida, afeta diretamente as respostas fisiológicas do nosso corpo, nomeadamente, as respostas fisiológicas relativas a situações de *stress* (Shonkoff et al., 2012), e que por esse motivo, a saúde mental é substancialmente mais baixa em casos de vitimização infantil. Watts-English e colaboradores (2006), sugerem que comparado a qualquer outra experiência de adversidade infantil, as consequências neurobiológicas da negligência são mais permanentes e prejudiciais que as restantes.

Portado, pode-se analisar os resultados obtidos através das teorias centradas na importância da regulação emocional, uma vez que estes sugerem que a ocorrência de negligência afeta diretamente a regulação emocional (e.g. Tottenham et al., 2011), o que prejudica o desenvolvimento de competências adequadas e adaptativas da mesma, dificultando a capacidade para regular e gerir emoções, o que pode levar então aos problemas de saúde mental, bem como à implementação de comportamentos de risco como forma de amenizar a sua dor emocional e memórias recorrentes de traumas infantis (Anda et al., 1999), ou seja, mecanismos de *coping* mal adaptativos.

Elevados sintomas de ansiedade, depressão e *stress* podem também levar os sujeitos a outro tipo de comportamentos como mecanismos de *coping* mal adaptativos, neste caso, comportamentos de automutilação e ideação suicida (Lipschitz e tal., 1999) e ao surgimento de perturbações alimentares (Andrews et al., 2004). É de elevada importância, referir que estes sintomas podem conduzir a que os sujeitos se isolem socialmente (Loos e Alexander, 1997), o que por sua vez pode levar a transtornos de personalidade antissocial, problemas de adição e comportamentos autodestrutivos (Horwitz et al., 2001).

No entanto, ficámos ainda por explorar que tipo de negligência teria um maior impacto negativo na saúde mental, de forma que foi elaborada uma segunda hipótese relacionada com a primeira (1a) “*A Negligência Emocional tem um maior impacto negativo na Saúde Mental do que a Negligência Física*”. Os resultados do presente estudo sugerem que a negligência emocional aparenta ter um maior impacto negativo na ansiedade, na depressão e no *stress* na vida adulta na população do presente estudo, suportando assim a hipótese (1a) imediatamente supracitada.

Esta hipótese foi elaborada com base em vários estudos (e.g. White et al., 2012; Tottenham et al., 2011) que defendem que a negligência emocional tem impacto direto na regulação emocional, o que pode levar a uma maior reatividade da amígdala e a uma maior sensibilidade à ameaça ambiental, fazendo com que estes sujeitos estejam mais suscetíveis ao risco de *stress* e psicopatologia, como também já foi explicado anteriormente. O problema da investigação sobre a negligência é a inconsistência na operacionalização e medição da mesma (Dubowitz et al., 2005).

O maltrato emocional, seja ele negligência emocional, abuso emocional ou maltrato psicológico (Glaser, 2011) é, ainda, bastante mais difícil de medir, estudar e analisar que qualquer outro tipo de maltrato infantil (Stoltenborgh, et al, 2013). Consequentemente, a investigação não dá o foco e a atenção necessária ao maltrato emocional, uma vez que não existe consistência nos instrumentos/ferramentas utilizados para o medir, dado que ao contrário de outros tipos de maltrato, o maltrato emocional não deixa marcas visíveis e pode ser suscetível à opinião pessoal de cada indivíduo. Assim, torna-se imprescindível realçar a importância de perceber e investigar cada vez mais o maltrato emocional e as suas consequências, nomeadamente a negligência emocional, que por sua vez aparenta ser mais prejudicial que a negligência física na saúde mental, de forma a poder-se estar atento e intervir-se mais rapidamente e de forma adequada com estes jovens.

Psicanalistas como Spitz (1945) e Bowlby (1951), ou mesmo etólogos como Harlow (1961) enfatizaram a importância do cuidado afetivo para a promoção de um desenvolvimento saudável da criança. A falta do mesmo mostrou resultar em problemas graves tanto sociais como emocionais. Assim, sendo a negligência emocional caracterizada por atos ou omissões do cuidador, relativamente a aspetos emocionais e afetivos, pode instruir na criança baixa autoestima e autodesvalorização (English, Thompson, White, & Wilson, 2015), que por sua vez contribuem para o surgimento de sintomas de ansiedade, depressão e *stress*.

A baixa autoestima, bem como os sentimentos de autodesvalorização, podem aumentar a probabilidade de ocorrerem comportamentos de automutilação, ideação suicida, comportamentos sexuais de risco, ou problemas de adição, bem como comportamentos de risco externalizantes, prejudiciais para os próprios, mas também para outros (English et al, 2015). Segundo Erickson e colaboradores (1989), as consequências psicológicas da negligência

emocional persistem mesmo após o diagnóstico e a intervenção, tornando-se essencial que existam planos de prevenção da negligência emocional, bem como, a necessidade de transmissão de informação e conhecimentos básicos sobre o tema aos cuidadores e entidades públicas.

## **2. Negligência e o Comportamento Desviante**

Para analisar o impacto do tipo de negligência no comportamento desviante dos jovens adultos, foi elaborada a hipótese (2) de estudo “*A Negligência sofrida está relacionada com comportamento desviante, esperando-se que os participantes que foram vítimas de negligência infantojuvenil apresentem níveis mais elevados de comportamento desviante nos últimos 12 meses e ao longo da vida.*”. Como hipotetizado na presente investigação, tanto a versatilidade do comportamento desviante nos últimos 12 anos, como ao longo da vida, é superior nos grupos que sofreram algum tipo de negligência, ou ambas em simultâneo. Estes resultados vão ao encontro da literatura, dado que a negligência infantil está associada a comportamento externalizantes, como agressão e comportamento desviante (Manly et al., 2013), tanto na adolescência como na vida adulta (Widom, 2001). Segundo Norman e colaboradores (2012), a negligência chega mesmo a duplicar a probabilidade de distúrbios comportamentais e de conduta.

Ainda assim, foi importante perceber que tipo de negligência teria um maior impacto negativo no comportamento desviante, pelo que foi criada outra hipótese (2a) referente a esta dimensão “*A Negligência Física tem maior impacto negativo no Comportamento Desviante do que a Negligência Emocional*”. Esta hipótese foi elaborada com base na evidência empírica existente. Por exemplo, os indivíduos com estatuto socioeconómico baixo estão mais suscetíveis a sofrer algum tipo de negligência, especialmente física (Schneider et al., 2017; Knutson, DeGarmo, Koepl, & Reid, 2005), o que por sua vez, se for muito grave, pode aumentar a probabilidade dos jovens serem retirados à família (Eamon & Kopels, 2004), e ser retirado à família tem sido associado a uma maior probabilidade de comportamentos desviantes (Ryan & Testa, 2005). Para além disso, existem autores que sugerem que comunidades com menos posses económicas podem expor os jovens a mais violência (pela residência em bairros perigosos), o que pode contribuir para a delinquência (Maughan & Moore, 2010).

Knutson, DeGarmo e Reid (2004) descobriram ainda que a negligência física está diretamente associada com a probabilidade de desenvolver perturbações de comportamento antissocial, tanto no momento em que o maltrato acontece, como durante os seguintes cinco anos. Chapple, Tyler e Bersani (2005) sugerem que vítimas de negligência física têm um risco acrescido de comportamento desviante na adolescência, uma vez que os jovens podem ser rejeitados pelos seus pares na escola e comunidade, o que leva a que os jovens se associem com pares desviantes, o que por sua vez aumenta as práticas desviantes.

No entanto, com os resultados obtidos rejeita-se a hipótese (2a) de estudo elaborada, uma vez que a negligência emocional aparenta ser mais prejudicial no comportamento desviante. O especial impacto lesivo da negligência emocional pode dever-se à importância dos vínculos de apego nos relacionamentos durante a infância, especialmente nas relações criança-cuidador (Bowlby, 1951). A negligência emocional é caracterizada pela ausência de afeto e carinho, promotores de sentimentos de segurança e conforto, por parte dos cuidadores para com a criança. Se a criança não consegue estabelecer relações de qualidade afetiva com os pais, perde a percepção daquilo que seria uma relação afetiva saudável. Nesta linha de pensamento, Loos e Alexander (1997) indicam que jovens adultos, emocionalmente negligenciados quando eram crianças, tinham uma maior probabilidade de sentir solidão e isolamento social em comparação com os seus pares não negligenciados, o que explica a necessidade de se começarem a relacionar com pares com condutas desviantes, levando-os a adotar os mesmos comportamentos. Também Hildyard e Wolfe (2002) corroboram que a negligência emocional promove diretamente na criança o desenvolvimento de distúrbios comportamentais.

Existe ainda outra abordagem que pode explicar o aumento de comportamento desviante em vítimas de negligência. A Teoria Geral do Crime (Gottfredson & Hirschi, 1990) coloca o autocontrolo como a primeira causa do comportamento delinvente, sendo que os autores indicam que a principal causa da falta de autocontrolo provém de práticas parentais ineficazes e desadequadas. Os cuidadores deveriam ser capazes de reconhecer atempadamente e corrigir as manifestações de falta de autocontrolo, suprimindo progressivamente o seu comportamento impulsivo. Dois dos pressupostos que os autores defendem que devem ser satisfeitas para promover as capacidades de autocontrolo nos jovens são: (1) vinculação entre os pais e a criança, dado que é este laço afetivo que faz com que o cuidador se preocupe com o

desenvolvimento saudável da criança; (2) supervisão parental, através da qual os cuidadores antecipam práticas desviantes da mesma forma que fazem a ligação entre o controlo externo e interno.

No entanto, a negligência, por si só, envolve a falta de supervisão parental (Hildyard & Wolfe, 2002), e a negligência emocional é ainda caracterizada pela ausência de vínculo afetivo entre os pais e a criança (Stoltenborgh, et al, 2013), sendo ambos, fatores de risco para o desenvolvimento de práticas delinquentes, o que pode explicar que a versatilidade de comportamento desviante seja maior em jovens negligenciados, e ainda, que a negligência emocional tenha maior impacto.

Por último, surge novamente a importância da abordagem da regulação emocional, sendo que Kim e Cicchetti (2010), afirmam que a negligência é um fator de risco para comportamentos de externalização futuros, de forma direta e indireta, através da regulação emocional. A negligência pode ser considerada como um evento traumático (English et al., 2015), o que faz com que os indivíduos tenham maior probabilidade de problemas na saúde mental, como já foi visto anteriormente. Estes sintomas, remetem, por exemplo, para uma baixa autoestima, falta de aceitação, desvalorização por si próprio e pelo meio envolvente, o que provoca a que exista maior probabilidade de rejeição pelos pares não negligenciados (Loos e Alexander, 1997), que fortalecerá a estigmatização social, ou seja, os sujeitos começam a relacionar-se com pares desviantes, dado que estes são percebidos como mais idênticos com o *self* do indivíduo (Basto-Pereira & Maia, 2017).

Perceber a relação da negligência, e nomeadamente do tipo específico de negligência, no comportamento desviante torna-se fundamental para poder intervir-se com os jovens adequadamente e atempadamente, de forma a tentar minimizar o máximo possível as consequências que estes comportamentos trazem na vida dos indivíduos. Em especial, é preciso estar mais atento e ter uma abordagem mais compreensiva com populações mais suscetíveis a praticarem comportamentos desviantes. Sempre que possível, deve existir uma abordagem por parte de entidades públicas, que seja explicativa e orientada para os cuidadores desenvolverem aptidões para lidar com as adversidades que podem surgir, de forma a trabalhar na prevenção da negligência e das suas consequências.

### 3. Negligência e o Sucesso Escolar

Para analisar o efeito do tipo de negligência nos níveis médios de escolaridade, foram utilizadas duas variáveis: número total de anos em que estudou e o número total de repetições de anos escolares. Para tal, foi criada a hipótese (3) de estudo “*Ter sido exposto a negligência na infância ou adolescência está associado a um nível de escolaridade mais baixo.*”. Os resultados do presente estudo sugerem que os participantes que sofreram qualquer tipo de negligência, reprovaram mais vezes no seu percurso escolar. No entanto, não se verifica que os participantes que sofreram algum tipo de negligência tenham menos anos de escolaridade, sendo assim a hipótese (3) é parcialmente suportada.

Uma das razões que pode justificar que o facto de não existir relação entre o número de anos escolares e a vitimização de qualquer tipo de negligência, pode dar-se devido ao facto de a amostra ter um intervalo de idades pequeno (18 aos 20 anos), e de em Portugal existir obrigatoriedade de estudar até aos 18 anos, ou até ao último ano do 3º ciclo (12º anos), o que significa que apenas os participantes com mais de 18 anos poderiam ter desistido ou terminado o percurso escolar. Uma vez que o intervalo de idades da presente amostra termina aos 20 anos, a margem é bastante pequena para a possibilidade de diferenças ao nível da escolaridade.

Face à repetição de anos escolares, os participantes que sofreram qualquer tipo de negligência, reprovaram mais vezes no seu percurso escolar comparativamente aos participantes que não sofreram qualquer tipo de negligência. Estes resultados estão de acordo com a literatura, uma vez que as crianças e/ou adolescentes que vivenciaram qualquer tipo de negligência, têm mais dificuldades na adaptação da escola e são mais propensos a ter notas cada vez mais baixas à medida que passam de ano escolar (Manly et al., 2013). Assim, crianças negligenciadas, à partida, têm mais dificuldade em realizar tarefas, cumprir horários, controlar as suas emoções, impulsos e comportamentos (Pianta, Egeland & Erickson, 1989; Kendall-Tackett & Eckenrode, 1996).

O maltrato infantil tem sido associado a inúmeros problemas escolares, maus resultados académicos e desempenho escolar problemático (Cicchetti & Valentino, 2006; Hildyard & Wolfe, 2002; Barnard e McKeganey, 2004). No entanto, as crianças que sofreram qualquer tipo de negligência, ou ambos os tipos de negligência, parecem estar em maior risco de problemas escolares, comparativamente às crianças vítimas de outro tipo de maltrato infantil (Cicchetti &

Valentino, 2006). Num estudo que acompanhou crianças negligenciadas no seu percurso escolar por Egeland (1991), as dificuldades acadêmicas sentidas pelas crianças negligenciadas aumentavam no primeiro ciclo cada vez que transitavam para o ano seguinte, e conseqüentemente, no segundo ciclo, já todas as crianças negligenciadas teriam sido encaminhadas para serviços de educação especial. O estudo imediatamente supracitado (Egeland, 1991) é congruente com a literatura existente, uma vez que as crianças negligenciadas são distinguíveis das crianças que sofreram outros tipos de maltrato infantil, dado que em termos de atrasos e deficiências cognitivas, as crianças negligenciadas apresentam resultados muito mais severos no sucesso escolar (Hildyard & Wolfe, 2002). As crianças negligenciadas mostraram elevados atrasos no desenvolvimento (Scarborough, Lloyd & Barth, 2009; Scarborough & McCrae, 2010), o que também é justificado pela demonstração de maus hábitos de trabalho e falta de autonomia. As dificuldades escolares das crianças negligenciadas podem ainda ser aumentadas pela ausência à escola, assistência irregular e mau comportamento (Barnard & McKeganey, 2004). Hildvard e Wolfe (2002), defendem ainda que as crianças negligenciadas apresentam resultados muito mais severos, não só no sucesso escolar, mas também no retraimento social e aceitação dos colegas.

Como já foi referido anteriormente, a rejeição dos pares não negligenciados, pode promover a relação com pares desviantes, dado que estes mesmos são compreendidos como mais idênticos com o *self* do sujeito (Basto-Pereira & Maia, 2017). Existe uma ligação entre a gravidade da negligência e problemas de comportamento escolar, muitas vezes provocados pelos comportamentos externalizantes, como agressão e comportamento desviante (Manly et al., 2013), tornando-se provável que, sem intervenção, crianças negligenciadas se encontrem em maior risco de fracasso escolar e desistam em anos escolares posteriores, não só pelas dificuldades escolares, mas também pela dificuldade em relações interpessoais com os colegas de turma (Manly, Oshri, Lynch, Herzog & Wortel, 2013; Rogosch, Oshri & Cicchetti, 2010).

Ainda assim, seria importante perceber que tipo de negligência estaria mais associada a um nível de escolaridade mais baixo. Os resultados da presente dissertação não mostraram diferenças entre a negligência emocional e a negligência física, impossibilitando afirmar que uma está mais associada à escolaridade em detrimento da outra. Como já foi referido ao longo da presente investigação, um dos maiores desafios na investigação sobre a negligência é a

inconsistência na operacionalização e medição da mesma (Dubowitz et al., 2005). Enquanto que para alguns autores (e.g. Hildyard & Wolfe, 2002) existem apenas dois tipos de negligência (física e emocional), para outros (e.g. Stoltenborgh et al., 2013), existe um terceiro tipo de negligência: a negligência educacional.

Segundo LaMance (2010), a negligência educacional passa por deixar de garantir que a criança receba cuidados e atenção educacionais apropriados, não inscrever a criança na escola, permitir que a criança não compareça na escola ou ausência de supervisão para garantir que a criança está presente na mesma, bem como, permitir comportamentos delinquentes no recinto escolar e interferir deliberadamente no desenvolvimento educacional da criança.

Uma das hipóteses que pode ser colocada devido ao facto de não terem existido resultados que demonstrem diferenças na relação com o sucesso escolar entre a negligência física e a negligência emocional, pode dar-se devido ao facto dos constructos terem sido medidos através do *Questionário de Experiências de Adversidade na Infância* (Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2007), onde não existe uma dimensão que relacione a negligência com a escolaridade, ou seja, não existe a dimensão da negligência educacional. Talvez não existam diferenças entre os restantes tipos de negligência, por existir um tipo de negligência específico que abrange todas as dimensões e questões escolares.

Assim, torna-se crucial que existam investigações futuras que estudem todos os tipos de negligência existentes e reconhecidos na literatura, bem como, consistência na operacionalização e medição dos mesmos. No entanto, é importante salientar a importância dos resultados obtidos, no sentido em que se possa alertar os professores e educadores para estarem mais atentos a crianças com maus desempenhos e mau comportamento escolar, no sentido de existir a possibilidade de que estas crianças estejam a ser vítimas de negligência infantil. Ainda mais, sendo que a negligência emocional não tem sinais físicos, os resultados académicos podem ser um indicador de risco de vitimização de negligência.

#### **4. Limitações e Estudos Futuros**

Os resultados obtidos nesta investigação devem ser considerados conforme as diversas limitações metodológicas. Apesar da presente amostra de jovens adultos vítimas de negligência infantil ( $n = 96$ ), a atual investigação expõe um intervalo de idades limitado (entre os 18 e os

20 anos), o que por um lado é uma vantagem, no que se refere ao estudo da relação entre adversidades na infância e posteriores consequências, por outro é uma limitação, dado que a generalização dos resultados para outras faixas etárias poderá ser complexa e extrapolativa.

Tendo ainda em conta a utilização de uma metodologia transversal e retrospectiva, existe discussão na literatura relativamente à memória precisa de recordações que em alguns casos poderão ser traumáticas. Deste modo, os participantes relembram aspetos do seu passado e, por isso, estão expostos a fatores mnésicos, que podem manipular a forma como avaliam as suas próprias experiências. Evidências empíricas sugerem que a recordação retrospectiva de eventos adversos ocorridos na infância/adolescência fornece dados com um bom grau de confiança (Pinho, Oliveira & Fonseca, 2016). No entanto, futuros estudos deverão adotar um desenho longitudinal prospetivo, não só como forma de colmatar esta limitação, mas também por ser crucial para esclarecer se com o avançar da idade, ocorrem alterações das consequências da negligência.

Uma vez que se utilizou autorrelatos de vitimização infantil, é importante que se saiba o nível de confiabilidade dos autorrelatos relativamente às experiências de adversidade na infância (Dube, Williamson, Thompson, Felitti & Anda, 2004). Newbury e os seus colaboradores (2018), na sua investigação sobre qual seria a melhor forma de recolher dados para correlacionar as experiências de adversidade na infância com a psicopatologia, chamaram à atenção também à questão do humor, onde dependendo do humor da pessoa no dia em que se recolhe os dados, a mesma pode se lembrar mais de experiências negativas, ou positivas, conforme o estado em que se encontra naquele momento.

Newbury e os seus colaboradores (2018), concluíram então que, a recolha de dados em autorrelato é uma medida confiável e apta para correlacionar as experiências de adversidade na infância, com psicopatologia. Nesta linha, devem-se incluir diagnósticos concretos de perturbações psicopatológicas (e.g., perturbações de personalidade), ao invés de somente analisar sintomas psicopatológicos (ansiedade, *stress* e depressão). Estudos futuros deverão focar-se nas diversas perturbações psicopatológicas associadas a distintas particularidades específicas dos diferentes tipos de negligência, sendo este dado essencial para a intervenção nesta área.

## **5. Recomendações Clínicas e Implicações Políticas e Sociais**

Os resultados da presente investigação indicam que os jovens-adultos que vivenciaram experiências de negligência infantil, são mais propensos a apresentar ansiedade, *stress*, depressão, comportamentos delinquentes e a reprovar mais em anos escolares. A partir destes resultados várias recomendações são sugeridas, como a importância dos serviços de proteção de crianças e jovens criarem e adotarem ferramentas eficazes para detetar experiências de negligência, incluindo negligência emocional, regularmente subavaliada, promovendo intervenções parentais.

É importante evidenciar que a negligência emocional, segundo os resultados da presente dissertação, é mais prejudicial na saúde mental e no comportamento desviante, do que a negligência física. No entanto, a negligência já é um constructo difícil de definir por si só (Schilling & Christian, 2014), sendo mesmo assim mais fácil identificar uma vítima de negligência física do que uma vítima de negligência emocional, uma vez que a negligência física pode ser mais facilmente detetada, por exemplo por educadores e professores, através da falta de cuidados higiénicos, cuidados médicos, falta de supervisão, entre outros. No entanto, a negligência emocional não deixa marcas visíveis. Assim, esforços por parte da escola e entidades públicas são de extrema importância para a identificação precoce de vítimas de negligência, de forma a que se consiga uma intervenção eficaz.

Torna-se então fundamental que existam métodos de prevenção na área comunitária, bem como, intervenções direcionadas para as escolas e para as famílias em risco, especificamente no núcleo de suporte da criança. É crucial que exista comunicação segura entre a escola e a família com intuito de deteção de sinais de disfunção familiar antes mesmo de existir vitimação da criança, para que se possa intervir precocemente. É importante sensibilizar os educadores acerca do impacto dos comportamentos dos adultos no desenvolvimento da criança. É relevante também ao nível dos serviços públicos de proteção de crianças e jovens, os centros de saúde e hospitais e, mesmo a escola, serem feitos esforços e trabalhos com as famílias para melhorar os seus recursos psicoeducacionais, através da educação parental. A importância da educação para o afeto, carinho, e outras questões afetivas e emocionais deve ser sublinhada, uma vez que muitas vezes é dado o foco a questões mais relativas à doença física e cuidados básicos, e as questões emocionais são subvalorizadas.

Para finalizar, sistemas escolares, comissões de proteção de crianças e jovens, bem como, o sistema tutelar educativo, quando existir necessidade e possibilidade, devem sempre cooperar para melhorar a educação parental, através de informações e recursos disponíveis, com o objetivo de alcançar uma intervenção psicossocial eficaz. Programas de educação parental devem conter informação clara e concisa, com pontos-chave, para a criação de um ambiente estável e seguro, onde a criança se possa desenvolver de forma adequada. É importante referir exercícios de redução de *stress*, aumento de autocontrolo, e estratégias de adaptação emocional.

## **6. Considerações Finais**

Durante os últimos 30 anos, investigadores referem-se à falta de estudos sobre a negligência com a expressão, “*neglect of neglect*” (Snyder & Merritt, 2014; Hildyard & Wolfe, 2002). Apesar de ser a forma mais prevalente de maltrato infantil, as consequências da negligência são pouco compreendidas e investigadas, particularmente durante o início da idade adulta (Cohen et al., 2017), no entanto, a investigação sugere que o impacto da negligência infantil é tão grave quanto o impacto associado ao abuso físico, abuso sexual e à exposição a violência doméstica (Hart, Binggeli, & Brassard, 1998; Trickett & McBride-Chang, 1995).

Assim, tornou-se crucial investigar o impacto psicossocial da negligência, e ainda, fazer a distinção entre as consequências da negligência física e da negligência emocional, uma vez que dentro da linha da negligência, tanto quanto se sabe, muito poucos estudos fizeram esta distinção. Na mesma linha, consoante os resultados obtidos, torna-se possível ter uma visão um pouco mais amplificada dos possíveis riscos da negligência, bem como de que forma o impacto difere entre os tipos de negligência.

Tanto quanto se sabe, foi a primeira investigação a relacionar os diferentes tipos de negligência com saúde mental, comportamento delinvente e escolaridade em jovens adultos. À luz dos resultados obtidos, a negligência emocional parece ser mais prejudicial que a negligência física para a saúde mental e comportamento desviante, o que pode ser explicado pelo facto da negligência física, sendo mais visível, poderá ser mais facilmente corrigida. Por outro lado, este trabalho de investigação evidencia a importância de continuar a explorar continuamente a relação entre os diferentes tipos de negligência e as consequências a longo

prazo, de forma a permitir cada vez mais conhecimento e consciência sobre as problemáticas do tema, para que se possa intervir de forma rápida e eficaz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afifi, T.O., Enns, M.W., Cox, B.J., Asmundson, J.G., Stein, M.B., & Sareen, J. (2008). Population attributable risk fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health, 98*, 946–952.
- American Psychological Association. (1996). Violence and the family. (*Report of The American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family*). Washington, DC: Author.
- Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovano, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association, 282*, 1652–1658.
- Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H (2004) Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. *Geneva: World Health Organization*. pp. 1851– 1940.
- Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: What is the problem and what can be done to help? *Addiction, 99*, 552–559.
- Basto-Pereira, M., Miranda, A., Ribeiro, S. & Maia, A. (2016). Growing up with adversity: From juvenile justice involvement to criminal persistence and psychosocial problems in young adulthood. *Child Abuse & Neglect, 62*, 63-75. DOI: 10.1016/j.chiabu.2016.10.011
- Basto-Pereira, M., Queiroz-Garcia, I., Maciel, L., Leal, I., & Gouveia-Pereira, M. (2019). An International Study of Pro/Antisocial Behavior in Young Adults. *Cross-Cultural Research*. doi: 10.1177/1069397119850741
- Batten, S. V., Aslan, M., Maciejewski, P. K., & Mazure, C. M. (2004). Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *The Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 249–254
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin, 114*(93), 413-434.

- Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Pediatrics and Child Health*, 28(3), 132-137.
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 31, 355-533.
- Braga, T., Gonçalves, L. C., Basto-Pereira, M., & Maia, Â. (2017). Unraveling the link between maltreatment and juvenile antisocial behavior: a meta-analysis of prospective longitudinal studies. *Aggression and violent behavior*, 33, 37-50.
- Cecil, C. A., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D., & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 63, 106-119.
- Chapple, C. L., Tyler, K. A., & Bersani, B. E. (2005). Child neglect and adolescent violence: Examining the effects of self-control and peer rejection. *Violence and Victims*, 20(1), 39–53, <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.2005.20.1.39>.
- Chauhan, P., & Widom, C. S. (2012). Childhood maltreatment and illicit drug use in middle adulthood: The role of neighborhood characteristics. *Development and Psychopathology*, 24, 723–738.
- 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. Cohen (Eds.), *Development and Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., Vol. 3, pp. 129–201). New York, NY: John Wiley.
- Cohen, E. (2019). [online] Psychology Today. Available at: <https://www.psychologytoday.com/us/experts/elliott-d-cohen-phd> [Accessed 11 Feb. 2019].
- Cohen, J. R., Menon, S. V., Shorey, R. C., Le, V. D., & Temple, J. R. (2017). The distal consequences of physical and emotional neglect in emerging adults: A person-centered, multi-wave, longitudinal study. *Child abuse & neglect*, 63, 151-161.
- Coohey, C. (2003). Defining and classifying supervisory neglect. *Child Maltreatment*, 8, 145–156. doi:10.1177/1077559502250786

- Crittenden, P. M. (1999). Child neglect: Causes and contributors. In H. Dubowitz (Ed.), *Neglected children* (pp. 47–68). London: Sage Publications.
- Dgs (2019). Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco. [online] Available at: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/tipologia.aspx> [Accessed 17 Sep. 2019].
- Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28, 729–737. doi:[10.1016/j.chiabu.2003.08.009](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.009).
- Dubowitz, H., Black, M., Starr, R., & Zuravin, S. (1993). A conceptual definition of child neglect. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 8-26.
- Dubowitz, H., Newton, R. R., Litrownik, A. J., Lewis, T., Briggs, E. C., Thompson, R., ... & Feerick, M. M. (2005). Examination of a conceptual model of child neglect. *Child maltreatment*, 10(2), 173-189.
- Dubowitz, H., Pitts, S., & Black, M. (2004). Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreatment*, 9(4), 344-356.
- Eamon, M. K., & Kopels, S. (2004). ‘For reasons of poverty’: Court challenges to child welfare practices and mandated programs. *Children and Youth Services Review*, 26(9), 821–836, <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.02.023>.
- Egeland, B. (1991). A longitudinal study of high-risk families: Issues and findings. In R. H. Starr & D. A. Wolfe (Eds.), *The effects of child abuse and neglect: Issues and research* (pp. 33–56). New York: Guilford Press.
- English, D. J. (1997). Current knowledge about CPS decision-making. In T. D. Morton & W. Holder (Eds.), *Decision-making in children’s protective services: Advancing the state of the art* (pp. 56-74). Atlanta, GA: Child Welfare Institute.
- English, D. J., Graham, C., Litrownik, A. J., Everson, M., & Bangdiwala, S. I. (2005). Defining maltreatment chronicity: Are there differences. *Child Abuse & Neglect*, 29, 575–595.
- English, D. J., Thompson, R., Graham, J. C., & Briggs, E. C. (2005). Toward a definition of neglect in young children. *Child Maltreatment*, 10, 190–206.

- Erickson, M. F., Egeland, B., & Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children.
- Fang, X., & Corso, P. S. (2007). Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence: Developmental relationships. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, 281–290
- Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the National Institute of Child Health and Human Development study of early child care. *Developmental Psychology*, 46, 1159–1175.
- Fein, D. J., & Lee, W. S. (2003). The impacts of welfare reform on child maltreatment in Delaware. *Children and Youth Services Review*, 25(1/2), 83–111.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. DOI: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Figueiredo, B., Paiva, C., Matos, R., Maia, A., & Fernandes, E. (2001). História de abuso durante a infância. *Análise Psicológica*, 19(3), 365-387.
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatrics*, 167(7), 614–621. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.42>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *Lancet*, 373, 68–81
- Glaser, D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect—Further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child Abuse & Neglect*, 35, 866–875.
- Godinet, M. T., Li, F., & Berg, T. (2014). Early childhood maltreatment and trajectories of behavioral problems: Exploring gender and racial differences. *Child Abuse & Neglect*, 38(3), 544-556.
- Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford University Press.

- Greene, J. M., Ringwalt, C. L., & Kelly, J. E. (1995). Youth with runaway, throwaway, and homeless experience: prevalence, drug use and other at-risk behaviors, Vol. 1. Final report. Washington, DC: *US Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families*.
- Harlow, H. F. (1961). The development of affectional patterns in infant monkeys. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour* (Vol. 1). New York: Wiley.
- Hart, S. N., Binggeli, N. J., & Brassard, M. R. (1998). Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, 1, 27–58.
- Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2013). Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *Journal of family violence*, 28(2), 191-199.
- Hibbard, R. A., Desch, L. W., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2007). Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, 119(5), 1018-1025.
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child abuse & neglect*, 26(6-7), 679-695.
- Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., & White, H. R. (2001). The Impact of Childhood Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Prospective Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 184. doi:10.2307/3090177
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, 14, 171–187.
- Jones, L. M., & Finkelhor, D. (2007). Updated trends in child maltreatment. Crimes Against Children Research Center. Durham, NH: Retrieved from <http://www.unh.edu/ccrc/Trends/index.html>.
- Jonson-Reid, M., Chung, S., Way, I., & Jolley, J. (2010). Understanding service use and victim patterns associated with re-reports of alleged maltreatment perpetrators. *Child & Youth Services Review*, 32, 790–797.
- Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes, *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 176–187.

- Kaufman, J. G., & Widom, C. S. (1999). Childhood victimization, running away, and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 36, 347–370.
- Kendall-Tackett, K. A., & Eckenrode, J. (1996). The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child Abuse & Neglect*, 20(3), 161–169, [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(95\)00139-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(95)00139-5).
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 706–716.
- Knutson, J. F., DeGarmo, D. S., & Reid, J. B. (2004). Social disadvantage and neglectful parenting as precursors to the development of antisocial and aggressive child behavior: Testing a theoretical model. *Aggressive Behavior*, 30(3), 187–205, <http://dx.doi.org/10.1002/ab.20016>.
- Knutson, J. F., DeGarmo, D., Koepl, G., & Reid, J. B. (2005). Care neglect, supervisory neglect, and harsh parenting in the development of children's aggression: A replication and extension. *Child Maltreatment*, 10, 92–107.
- Korbin, J. E., & Krugman, R. D. (2014). Handbook of child maltreatment: Child Maltreatment 2. Dordrecht, the Netherlands: *Springer Science & Business Media Dordrecht*.
- LaMance, K. (2018). Educational Neglect. [online] *LegalMatch Law Library*. Available at: <https://www.legalmatch.com/law-library/article/educational-neglect.html> [Accessed 12 Feb. 2019]
- Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Nicolaou, A. L., Hartnick, E., Wolfson, M., & Southwick, S. M. (1999). Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 32–39.
- Loos, M. E., & Alexander, P. C. (1997). Differential effects associated with self-reported histories of abuse and neglect in a college sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 340–360.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, 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.

- Manly, J. T., Oshri, A., Lynch, M., Herzog, M., & Wortel, S. (2013). Child neglect and the development of externalizing behavior problems: associations with maternal drug dependence and neighborhood crime. *Child maltreatment*, 18(1), 17-29.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o spss statistics 25*. (7ª ed.). Pêro Pinheiro: ReporNumber.
- Martins, V. J. B., Toledo Florêncio, T. M. M., Grillo, L. P., do Carmo, P., Franco, M., Martins, P. A., Clemente, A. P. G., ... Sawaya, A. L. (2011). Long-lasting effects of undernutrition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(6), 1817–1846. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph8061817>.
- Maughan, D., & Moore, S. C. (2010). Dimensions of child neglect: an exploration of parental neglect and its relationship with delinquency. *Child Welfare*, 89(4).
- Maxfield, M. G., & Widom, C. S. (1996). The cycle of violence: revisited six years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150, 390–395.
- Middlebrooks, J. S., & Audage, N. C. (2008). The effects of childhood stress on health across the lifespan. Atlanta, GA: *Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control*.
- Newbury, J. B., Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Danese, A., Baldwin, J. R., & Fisher, H. L. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of psychiatric research*, 96, 57-64.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349.[doi:10.1371/journal.pmed.1001349](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349)
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229-239
- Perez, C. M., & Widom, C. S. (1994). Childhood victimization and long term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 18, 617–633.

- Pianta, R., Egeland, B., & Erickson, M. (1989). The antecedents of child maltreatment: Results of the mother child interaction research project. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 203–252). New York, NY: Cambridge University Press.
- Pinho, M. S., Oliveira, M. & Fonseca, A. C. (2016). A Consistência das Memórias da Infância. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3), 1-9. DOI: 10.1590/0102-3772e32328
- Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. C. (2014). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adolescents with documented childhood maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29, 431–438.
- Pinto, Ricardo J; Maia, Ângela C. (2013). "Psychopathology among Youths who were Victims of Documented Childhood Maltreatment.", *Child and Adolescent Mental Health*, 1: 1 - 9.
- Proctor, L. J., & Dubowitz, H. (2014). Child neglect: Challenges and controversies. In J. E. Korbin, & R. D. Krugman (Eds.), *Handbook of child maltreatment* (pp. 27–61). Dordrecht: Springer.
- Proctor, L. J., Skriner, L. C., Roesch, S., & Litrownik, A. J. (2010). Trajectories of behavioral adjustment following early placement in foster care: Predicting stability and change over 8 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 464-473.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330–366.
- Rogosch, F. A., Oshri, A., & Cicchetti, D. (2010). From child maltreatment to adolescent cannabis abuse and dependence: A developmental cascade model. *Development and Psychopathology*, 22, 883–897.
- Ryan, J. P., & Testa, M. F. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review*, 27(3), 227–249, <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.05.007>.
- Sanches, C., Gouveia-Pereira, M., Marôco, J., Gomes, H. & Roncon, F. (2016). Deviant behavior variety scale: development and validation with a sample of Portuguese

- adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29 (31), 1-8. DOI: 10.1186/s41155-0160035-7
- Scarborough, A. A., & McCrae, J. S. (2010). School-age special education outcomes of infants and toddlers investigated for maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 32, 80–88.
- Scarborough, A. A., Lloyd, C. E., & Barth, R. P. (2009). Maltreated infants and toddlers: Predictors of developmental delay. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30, 489–498.
- Schilling, S., & Christian, C. W. (2014). Child physical abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 309-319.
- Schneider, W., Waldfogel, J., & Brooks-Gunn, J. (2017). The Great Recession and risk for child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 72, 71–81. doi:10.1016/j.childyouth.2016.10.016
- Schumacher, J. A., Slep, A. M. S., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 231–254.
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS–4): Report to congress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., . . . & Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246.
- Slack, K. S., Holl, J. L., McDaniel, M., Yoo, J., & Bolger, K. (2004). Understanding the risks of child neglect: An exploration of poverty and parenting characteristics. *Child maltreatment*, 9(4), 395-408.
- Smith, C. A., Ireland, T. O., & Thornberry, T. P. (2005). Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), 1099–1119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.02.011>.
- Snyder, S. M., & Merritt, D. H. (2014). Do childhood experiences of neglect affect delinquency among child welfare involved-youth?. *Children and Youth Services Review*, 46, 64-71.

- Sperry, D. M., & Widom, C. S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child abuse & neglect*, 37(6), 415-425.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions of early childhood. *Psychoanalytic study of the child*, 1, 53-74.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(3), 345-355.
- Straus, M. A., & Kaufman Kantor, G. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: Some general principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, 29, 19– 29. doi:10.1016/j.chiabu.2004.08.005
- Thornberry, T. P., Henry, K. L., Ireland, T., & Smith, C. (2010). The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 49, 359–365.
- Tottenham, N., Hare, T.A., Millner, A., Gilhooly, T., Zevin, J.D. & Casey, B.J. (2011) Elevated amygdala response to faces following early deprivation. *Dev Sci* 14, 190– 204.
- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15, 311–337.
- Turner, H. A., Vanderminden, J., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2019). Child Neglect and the Broader Context of Child Victimization. *Child Maltreatment*, 107755951882531. doi:10.1177/1077559518825312
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. 2012. *Child maltreatment 2011*.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth, and Families, & Children's Bureau. (2017). *Child Maltreatment 2015*. Retrieved from <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>

- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., Bentall, R.P., (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr. Bull.* 38 (4), 661e671.
- Wark, M. J., Kruczek, T., & Boley, A. (2003). Emotional neglect and family structure: impact on student functioning. *Child Abuse & Neglect*, 27(9), 1033–1043. doi:10.1016/s0145-2134(03)00162-5
- Watts-English, T., Fortson, B. L., Gibler, N., Hooper, S. R., & De Bellis, M. D. (2006). The psychobiology of maltreatment in childhood. *Journal of Social Issues*, 62(4), 717–736. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.2006.00484.x>.
- White, M. G., Bogdan, R., Fisher, P. M., Munoz, K. E., Williamson, D. E., & Hariri, A. R. (2012). FKBP5 and emotional neglect interact to predict individual differences in amygdala reactivity. *Genes, Brain and Behavior*, 11(7), 869-878.
- Widom, C. S. (2001). Child abuse and neglect. In S. O. White (Ed.), *Handbook of youth and justice* (pp. 31–47). New York: Plenum.
- Widom, C. S., & Kuhns, J. B. (1996). Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: a prospective study. *American Journal of Public Health*, 86, 1607–1612.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785–796.
- Widom, C. S., White, H. R., Czaja, S. J., & Marmorstein, N. R. (2007). Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(3), 317-326.
- Wolfe, D. A., & Jaffe, P. (1991). Child abuse and family violence as determinants of child psychopathology. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 23, 282–299.
- Wolock, I., & Horowitz, B. (1984). Child maltreatment as a social problem: The neglect of neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54(4), 530–543, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1984.tb01524.x>.

- Yonas, M. A., Lewis, T., Hussey, J. M., Thompson, R., Newton, R., English, D., & Dubowitz, H. (2010). Perceptions of neighborhood collective efficacy moderate the impact of maltreatment on aggression. *Child Maltreatment*, 15, 37–47.
- Zuravin, S. J. (1999). Child neglect: A review of definitions and measurement research. In H. Dubowitz (Ed.), *Neglected children: Research, practice and policy* (pp. 24-46). Thousand Oaks, CA: Sage.

## ANEXOS

### Anexo I – Consentimento Informado



#### CONSENTIMENTO INFORMADO

O projeto de investigação científica “*Estudo Internacional sobre comportamentos pro(anti)sociais no início da idade adulta*” (SOCIALDEVIANCE1820), é conduzido por uma equipa de investigadores do Instituto de Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) – Instituto Universitário, englobando só em 2017/2018, cinco dissertações de mestrado.

Preende-se estudar os fatores de risco e de proteção para o comportamento pró/anti-social, bem como para a integração social em jovens adultos da comunidade. Um dos fatores de risco estudados é o impacto das histórias de adversidade na infância e adolescência no início da idade adulta, nesse sentido, a participação de jovens adultos (entre os 18 e os 20 anos), com e sem experiências de adversidade, é essencial para o sucesso deste projeto.

Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética e por isso é de sublinhar que a sua participação não lhe trará risco ou despesa e pode a qualquer momento recusar a continuidade da sua participação no estudo. A aplicação do questionário é realizada a várias pessoas e o consentimento informado é, desde início, separado das suas respostas, tornando impossível associar as suas respostas à sua identificação, **garantindo-lhe por isso, o máximo de confidencialidade**. Os resultados deste projeto poderão ajudar a moldar políticas públicas mais eficazes. **A sua participação é voluntária e os dados fornecidos são absolutamente confidenciais e usados somente para fins científicos. Nesse sentido, por favor seja sincero.**

Caso aceite participar, pedimos de seguida o seu consentimento informado. Os investigadores disponibilizam-se para esclarecer quaisquer dúvidas, informações adicionais poderão ser obtidas através do e-mail: [projetoispaprosocial@gmail.com](mailto:projetoispaprosocial@gmail.com). Muito Obrigado!

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), li e compreendi este documento e aceito participar no projeto científico: “*Estudo Internacional sobre comportamentos pro(anti)sociais no início da idade adulta*” (SOCIALDEVIANCE1820), dando o meu consentimento informado e tendo a garantia que todos os meus dados permanecerão confidenciais.

O/A participante

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

## Anexo II – Questionário Geral sobre a Situação Social e Familiar

Questionário de História na Infância  
(Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2007)

Em seguida são apresentadas um conjunto de questões/afirmações que se referem a experiências da infância. Responda a todas as questões com a maior sinceridade. O anonimato e confidencialidade estão garantidos.

	Sim	Não			
1. Havia alguém em sua casa deprimido ou com alguma doença mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Alguém em sua casa tentou suicidar-se ou suicidou-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Alguém em sua casa esteve na prisão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Os seus pais eram divorciados ou separados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Havia alguém em casa que usasse drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Viveu com alguém que tivesse um problema com o álcool ou fosse alcoólico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Com que frequência é que o seu pai (ou padrasto) ou o namorado da sua mãe fez alguma destas coisas à sua mãe (ou madrasta):	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
7. Puxar, agarrar ou atirar-lhe com alguma coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pontapear, morder, bater com a mão, ou bater com alguma coisa forte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bateu-lhe repetidamente durante alguns minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ameaçou-a com uma faca ou uma arma, ou usou uma faca ou uma arma para a magoar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante a minha infância...					
11. Não tinha o suficiente para comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sabia que existia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas da sua família chamavam-lhe coisas como “feio” ou “preguiçoso”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Anexo III - Questionário de Experiências de Adversidade na Infância

**Questionário de História na Infância**  
(Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2007)

Em seguida são apresentadas um conjunto de questões/afirmações que se referem a experiências da infância. Responda a todas as questões com a maior sinceridade. O anonimato e confidencialidade estão garantidos.

	Sim	Não			
1. Havia alguém em sua casa deprimido ou com alguma doença mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Alguém em sua casa tentou suicidar-se ou suicidou-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Alguém em sua casa esteve na prisão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Os seus pais eram divorciados ou separados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Havia alguém em casa que usasse drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Viveu com alguém que tivesse um problema com o álcool ou fosse alcoólico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Com que frequência é que o seu pai (ou padrasto) ou o namorado da sua mãe fez alguma destas coisas à sua mãe (ou madrasta):	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
7. Puxar, agarrar ou atirar-lhe com alguma coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pontapear, morder, bater com a mão, ou bater com alguma coisa forte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bateu-lhe repetidamente durante alguns minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ameaçou-a com uma faca ou uma arma, ou usou uma faca ou uma arma para a magoar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante a minha infância...					
11. Não tinha o suficiente para comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sabia que existia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas da sua família chamavam-lhe coisas como “feio” ou “preguiçoso”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
14. Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Havia alguém na família que me ajudava a sentir especial ou importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Havia quem lavasse a roupa suja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Senti-me amada (o).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Pensei que os meus pais desejaram que eu nunca tivesse nascido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. As pessoas da minha família tomavam conta uns dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Senti que alguém da família me odiava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. As pessoas da família disseram coisas que me magoaram ou insultaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. As pessoas da família sentiam-se próximas umas das outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Acredito que fui emocionalmente abusado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Havia alguém que me levasse ao médico caso necessitasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. A família foi fonte de força e suporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Eu tinha de usar roupas sujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alguém...</b>					
27. O insultou ou lhe disse palavrões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ameaçou bater-me ou atirar-me com alguma coisa mas não o fez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Agiu de uma forma que me deixou com medo que me magoasse fisicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão adicional. Se respondeu **sim a uma das últimas três perguntas**, indique se estas experiências aconteceram com alguém que...**Note: Se aconteceu com mais que uma pessoa, assinale todas as opções que forem verdadeiras**

Não vivia comigo nem era da minha família  Vivia na mesma casa mas não era meu família   
Um familiar que vivia na mesma casa que eu  Um familiar que não vivia na mesma casa que eu

30. Bateu-me com tanta força que deixou marcas ou feriu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Puxou-me, agarrou-me ou atirou-me com alguma coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Com que frequência lhe bateram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não forte	Pouco forte	Médio	Um pouco forte	Muito forte
33. Com que severidade lhe bateram? (com que força?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão adicional. Se respondeu **sim a uma das últimas quatro perguntas**, indique se estas experiências aconteceram com alguém que...**Note: Se aconteceu com mais que uma pessoa, assinale todas as opções que forem verdadeiras**

Não vivia comigo nem era da minha família  Vivia na mesma casa mas não era meu família   
Um familiar que vivia na mesma casa que eu  Um familiar que não vivia na mesma casa que eu

Algumas pessoas, durante os primeiros 18 anos de vida, tiveram experiências sexuais com um adulto pelo menos 5 anos mais velho. Estas experiências podem envolver pessoas da família ou estranhos. Durante esse período, algum adulto familiar, amigo da família ou estranho, pelo menos 5 anos mais velho:

34. Tocou ou acariciou o seu corpo de uma forma sexualizada? Sim  Não

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? \_\_\_\_\_

E da última? \_\_\_\_\_

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim  Não  Quantas

vezes aconteceu? \_\_\_\_\_ Quantas pessoas diferentes o fizeram? \_\_\_\_\_

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino  Feminino

35. Tocou o corpo delas (dessas pessoas) de forma sexualizada? Sim  Não

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? \_\_\_\_\_

E da última? \_\_\_\_\_

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim  Não

Quantas vezes aconteceu? \_\_\_\_\_ Quantas pessoas diferentes o fizeram? \_\_\_\_\_

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino  Feminino

36. Tentaram ter algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo? Sim  Não

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? \_\_\_\_\_

E da última? \_\_\_\_\_

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim  Não

Quantas vezes aconteceu? \_\_\_\_\_ Quantas pessoas diferentes o fizeram? \_\_\_\_\_

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino  Feminino

37. Tiveram algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo? Sim  Não

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? \_\_\_\_\_

E da última? \_\_\_\_\_

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim  Não

Quantas vezes aconteceu? \_\_\_\_\_ Quantas pessoas diferentes o fizeram? \_\_\_\_\_

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino  Feminino

Questão adicional. Se respondeu **sim a uma das últimas quatro perguntas**, indique se estas experiências aconteceram com alguém que... **Note: Se aconteceu com mais que uma pessoa, assinale todas as opções que forem verdadeiras.**

Não vivia comigo nem era da minha família  Vivia na mesma casa mas não era meu família   
Um familiar que vivia na mesma casa que eu  Um familiar que não vivia na mesma casa que eu

## Anexo IV – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

### Escala DBV

(Sanches, Gouveia-Pereira, Marôco, Gomes, & Roncon, 2016)

Agora apresentamos-te alguns comportamentos que podem ser realizados por jovens da tua idade. Indica por favor se, durante o último ano, tiveste algum destes comportamentos. Lembra-te que o questionário é ANÓNIMO e CONFIDENCIAL. Ninguém que te conheça terá acesso às tuas respostas. Por favor responde com sinceridade!

Vê o exemplo e assinala a resposta que melhor corresponde aos teus comportamentos.

DURANTE O ÚLTIMO ANO, ALGUMA VEZ...	SIM	NÃO
1. Foste para a escola ou para as aulas depois de teres bebido bebidas alcoólicas?		
2. Mentiste a adultos (ex: familiares, professores, etc.)?		
3. Consumiste cocaína ou heroína?		
4. Usaste uma moto ou um carro para ir dar uma volta sem a autorização do dono ou proprietário?		
5. Bateste a um adulto (ex: professor, familiar, agente de segurança, etc.)?		
6. Andaste em transportes públicos sem pagar bilhete?		
7. Estragaste ou destruístes bens públicos ou privados (ex: parquímetros, sinais de trânsito, máquinas de distribuição de produtos, carros, etc.)?		
8. Consumiste haxixe ("ganzas") ou marijuana ("erva")?		
9. Roubaste alguma coisa que valia mais de que 50 euros (ex.: em lojas, na escola, a uma pessoa, etc.)?		
10. Faltaste vários dias à escola sem os teus pais saberem?		
11. Vendeste droga (ex: haxixe, marijuana, cocaína, ecstasy, anfetaminas, etc...)?		
12. Roubaste alguma coisa que valia entre 5 e 50 euros (ex: em lojas, na escola, a uma pessoa, etc.)?		
13. Faltaste às aulas porque não te apeteceu ir, para ficar com colegas ou para ir dar uma volta?		
14. Conduziste uma mota ou um carro sem ter carta de condução?		
15. Consumiste LSD ("ácidos"), ecstasy ("pastilhas") ou anfetaminas ("speeds")?		
16. Transportaste uma arma (ex.: navalha, pistola, etc.)?		
17. Roubaste alguma coisa que valia menos de 5 euros (ex: em lojas, na escola, a uma pessoa, etc.)?		
18. Fizeste grafitis em edifícios ou noutros locais (ex: escola, transportes, muros, etc.)?		
19. Assaltaste um carro, uma casa loja, escola ou outro edifício?		

**Questão adicional** - Acima foram enumerados 19 comportamentos que poderás ter realizado no último ano, **por favor indica quantos destes comportamentos já realizaste ao longo de toda a tua vida? \_\_\_\_ (0-19)**

Anexo V - Escala Versatilidade do Comportamento Desviante

<b>EADS-21 - Nome</b>		Data ___/___/___			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i></p> <p>0- não se aplicou nada a mim            1- aplicou-se a mim algumas vezes            2- aplicou-se a mim de muitas vezes            3- aplicou-se a mim a maior arte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO**

Referência: Pais-Ribeiro, J., Hornado, A., & Leal, L. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (rudo) de 21 itens de levibond e levibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 3*(2), 229-239