

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“Maus-tratos infantis: o impacto da negligência no desenvolvimento psicossocial e acadêmico de crianças em fase inicial de escolarização”

MARA SILVIA PASIAN

RIBEIRÃO PRETO

2012

MARA SILVIA PASIAN

“Maus-tratos infantis: o impacto da negligência no desenvolvimento psicossocial e acadêmico de crianças em fase inicial de escolarização”

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências. Área: Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marina Rezende Bazon

RIBEIRÃO PRETO

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pasian, Mara Silvia

Maus-tratos infantis: o impacto da negligência no desenvolvimento psicossocial e acadêmico de crianças em fase inicial de escolarização. Ribeirão Preto, 2012.

144 p. : il.; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Bazon, Marina Rezende.

1. Maus-tratos infantis. 2. Negligência. 3. Desenvolvimento da criança. 4. Relações pais-filhos. 5. Fatores de risco.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Mara, Silvia Pasian

Título: “Maus-tratos infantis: O impacto da negligência no desenvolvimento psicossocial e acadêmico de crianças em fase inicial de escolarização”

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de Concentração: Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a).Dr(a). _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esse trabalho com amor e carinho ao meu filho Gabriel, que sempre mostrou sua força em viver, revelando que com vontade podemos alcançar o possível e ainda mais. Com amor e carinho também ao meu marido Sydney, que sempre me incentivou como pesquisadora. Vocês fazem parte desse trabalho!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Marina Rezende Bazon, pelos ensinamentos e orientações no decorrer de toda a pesquisa, que contribuíram para minha formação e para conclusão deste estudo.

Ao professor Carl Lacharité, que me encaminhou e orientou na linha de pesquisa do desenvolvimento infantil, enquanto pude trabalhar sobre sua orientação em Québec, especificamente no que envolve maus-tratos e negligência para com a criança. Muito obrigada pela dedicação e apoio a toda minha pesquisa de Doutorado.

Às professoras Edna Marturano e Fabiana Cia pelas preciosas sugestões apresentadas na banca de qualificação e que foram muito importantes para melhoria do trabalho final.

À professora e também irmã Sonia Regina Pasian, agradeço pelo apoio e incentivo em todas as etapas para a realização do meu Doutorado, sempre com muita paciência e competência desde o projeto até a finalização.

Aos meus pais Leonardo e Mercedes pelos ensinamentos e cuidados destinados a mim e meu filho.

À professora Ana Raquel Lucato Cianflone, que incentivou meu potencial como pesquisadora e educadora, sempre levantando pontos positivos, e que também me ensinou muito no estágio realizado, obrigada.

À professora Enicéia Gonçalves Mendes e ao seu grupo de pesquisa, principalmente a Aline Aparecida Veltrone e Aline Mayra que contribuíram com ideias e apoio.

A Lilian de Paula Bérghamo pelo apoio e ajuda em diversas etapas da pesquisa e da amizade que me dedicou.

Aos meus amigos Selva Garcia Schulz, Maria Antonia, Gabriel e Gustavo Basaglia Piccin que colaboraram muito no cuidado com meu filho em toda esta etapa e que foram fundamental para a realização deste trabalho.

Ao meu marido Sydney Ferreira Santos pelo incentivo e companheirismo em todos os momentos, principalmente pelo apoio e força para superar as dificuldades no meio desse caminho.

Ao meu filho Gabriel que sempre compreendeu a minha ausência em muitos momentos e que colaborou imensamente, mostrando com sua superação de limites, que tudo podemos conseguir, basta querer, obrigada meu filho querido!

RESUMO

PASIAN, M. S. **Maus-tratos infantis:** o impacto da negligência no desenvolvimento psicossocial e acadêmico de crianças em fase inicial de escolarização. 2012. 123 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Crianças e adolescentes de todo o mundo são vítimas de maus-tratos domésticos, sendo a negligência, a modalidade mais recorrente e que se apresenta associada a inúmeras consequências negativas para o desenvolvimento infantil. O presente trabalho teve como objetivo estudar o fenômeno da negligência infantil e suas consequências no plano do desenvolvimento psicossocial e acadêmico de crianças em fase inicial de escolarização no contexto brasileiro, bem como os fatores de risco associados. Para isso, foram investigadas características dos cuidadores e das crianças com idade variando entre seis e oito anos, organizados em três grupos. O primeiro grupo (GRUPO 1) foi formado por casos notificados por negligência ao Conselho Tutelar; o GRUPO 2 foi formado por casos suspeitos de negligência, porém não notificados, tendo por base observações de professores no contexto escolar; o GRUPO 3 foi formado também a partir de indicações de professores de crianças sem suspeitas de maus-tratos/negligência (grupo de referência). Cada grupo foi constituído por 30 díades de crianças-cuidadores. Realizados os procedimentos relativos às normas éticas, foi efetuado o contato com o Conselho Tutelar, as escolas e as famílias. Obtidas as devidas autorizações, procedeu-se à coleta de dados, utilizando-se os instrumentos: Questionário de Caracterização Sociodemográfica; Inventário de Potencial de Maus-tratos Infantis (CAP); *Child Neglect Index*; Inventário de Comportamentos da Criança e Adolescente - 6 a 18 anos (CBCL); Inventário de Comportamentos da Criança e Adolescente/ Relatório para Professores - 6 a 18 anos (TRF) e Teste de Desempenho Escolar (TDE). Para descrever o perfil da amostra por grupos realizaram-se análises estatísticas. Os resultados mostraram diferença significativa entre os GRUPOS 1 e 2 (similares entre si) com relação ao GRUPO 3 no plano de diversas variáveis de caracterização, concebidas como fatores de risco, destacando-se mais baixo status socioeconômico das famílias, menor nível de escolaridade dos cuidadores, e a menor idade em que as mães teriam tido o primeiro filho. No mais, os cuidadores dos GRUPOS 1 e 2 também apresentaram maior potencial de risco para o abuso/negligência e suas práticas parentais caracterizam-se pela presença de mais indicadores de negligência, em comparação ao GRUPO 3. Com relação aos aspectos do desenvolvimento infantil e do desempenho escolar, as crianças dos GRUPOS 1 e 2 apresentaram, em sua maioria, escores similares que, de modo geral, indicaram déficits em diversos aspectos desenvolvimentais e dificuldades de aprendizagem no início da escolarização. Com base nesses resultados, pode-se concluir que as crianças notificadas por negligência, bem como as suspeitas de viverem essa problemática, manifestam igualmente problemas desenvolvimentais significativos em uma etapa muito sensível, o início da escolarização, o que suscita enorme preocupação, pois a não superação destes aumenta a possibilidade dessas crianças enfrentarem desafios cada vez maiores. O cenário descrito pelo presente estudo impõe a necessidade de investimentos na prevenção da negligência infantil, seja em termos de investigação científica, seja no que se refere às medidas de proteção.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis. Negligência. Desenvolvimento da criança. Relações pais-filhos. Fatores de risco.

ABSTRACT

PASIAN, M. S. **Child abuse:** the impact of neglect on academic and psychosocial development of children in early schooling. 2012. 123 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Children and youths around the world are victims of domestic abuse, negligence being the most recurring category, which is associated with several harmful consequences for childhood development. The aims of this thesis were to investigate the phenomenon of childhood neglect and its consequences to the psychosocial and academic development of children in the initial stage of schooling in Brazil as well as the associated risk factors. To accomplish these objectives, the features of the caregivers and children with ages ranging from six to eight, were investigated which was organized in three groups. The first group (group 1) was formed by cases of neglect notified to the Child Protection Council; the second group (group 2) was formed by suspect cases of neglect, but not notified to the Child Protection Council, based on their school teachers' observation; the third group (group 3) was also formed by indications of the school teachers, but by children not suspected to be neglected (reference group). Each group consisted of thirty dyads of child- caretaker. After carrying out all the relative procedures to the ethical issues, the Child Protection Council, schools and children were contacted. After obtaining the necessary authorizations, the data collection was accomplished, through the following instruments: Questionário de Caracterização Sociodemográfica (socio-demographic questionnaire); Child Abuse Potential Inventory - CAP; Child Neglect Index; Child and Youth Behavior Inventory, 6-18 years - CBCL; Child and Youth Behavior Inventory, 6-18 years/Teacher Report Form -TRF and Teste de Desempenho Escolar - TDE (School performance test). To describe the sample's profile of the groups, statistical analyses were performed. The results show similarities between groups 1 and 2, which, in contrast, are quite different from group 3 concerning several characterization variables. They are conceived as risk factors, highlighting families with lower socioeconomic status, lower education level of the caregivers and the lowest age of the mothers when the first child was born. Moreover, the caregivers of groups 1 and 2 also show higher potential risks for abuse than those of group 3. Furthermore, more neglect indicators were found in groups 1 and 2 than in group 3. Concerning the childhood development aspects and academic performances, children of groups 1 and 2, in general, show similar results, having shortfalls in several developmental aspects and learning difficulties at the beginning of the literacy stage. Based on these results, one can conclude that children notified as neglected and those of suspect cases expressed equally significant developmental problems during a sensitive period of their lives, the beginning of the literacy, giving rise to a huge concern since failure at this stage increases the chances of major drawbacks in their future. The scenario revealed by the present study points out the necessity of investments in children negligence prevention, supporting both scientific investigations and protective actions.

Keywords: Child abuse; Neglect; Childhood development; Parent child relations; Risk factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Informações sócio-demográficas das famílias estudadas	51
Tabela 2- Distribuição dos pais/responsáveis segundo o tipo de trabalho exercido	63
Tabela 3- Renda Familiar salarial	66
Tabela 4- Comparação dos GRUPOS quanto à média obtida na escala de Abuso do CAP	56
Tabela 5- Comparação dos GRUPOS no Índice de Negligência	68
Tabela 6- Frequência e percentual de cada GRUPO nas variáveis relativas às dimensões de competência avaliadas pelo CBCL	71
Tabela 7- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis relativas às Competências do questionário CBCL	72
Tabela 8- Frequência e percentual das variáveis relativas às Síndromes avaliadas pelo CBCL	75
Tabela 9- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis relativas aos Síndromes avaliadas pelo CBCL	76
Tabela 10- Frequência e percentual de cada GRUPO nas variáveis Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais do questionário CBCL	79
Tabela 11- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais do CBCL	79
Tabela 12- Frequência e percentual de cada GRUPO nas variáveis que compõem o domínio DSM do questionário CBCL	81
Tabela 13- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis pertencentes Ao domínio do DSM do questionário CBCL	82
Tabela 14- Frequência e percentual por GRUPO das variáveis pertencentes à Função Adaptativa do questionário TRF	85
Tabela 15- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as dimensões relativas às	

Funções adaptativas avaliadas pelo TRF	86
Tabela 16- Frequência e percentual de cada GRUPO nas variáveis que compõem as Síndromes no questionário TRF	89
Tabela 17- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis do questionário TRF - Síndromes.	90
Tabela 18- Distribuição em frequência e porcentagem de crianças, por GRUPO, em função dos escores obtidos para Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas totais	94
Tabela 19- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis do questionário TRF – Problemas	95
Tabela 20- Frequência e percentual de cada grupo nas variáveis que compõem o domínio DSM do questionário TRF	97
Tabela 21- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis DSM do TRF	98
Tabela 22- Distribuição em frequência e porcentagem de crianças classificadas segundo a avaliação do TDE por GRUPO	100
Tabela 23- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis do questionário TDE	101

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1. INTRODUÇÃO	22
1.1 Definições de Negligência	24
1.2 Negligência infantil – caracterização e a relação/diferença com a pobreza	30
1.3 O sistema de proteção à criança e a notificação dos casos de negligência	32
1.4 As consequências da negligência no desenvolvimento infantil	36
1.5 Desafios desenvolvimentais no início da escolarização e fatores de risco associados	44
1.6 Os objetivos do estudo	48
2. MÉTODO	50
2.1 Participantes	50
2.2 Instrumentos	52
2.3 Cuidados Éticos e Procedimentos de coleta de dados	56
2.4 Procedimento de análise de dados	60
3. RESULTADOS	62
3.1 Questionário de Caracterização Sociodemográfica	62
3.2 Inventário de Potencial de Maus-tratos Infantis (CAP)	66
3.3 Índice de Negligência	68
3.4 Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL)	70
3.4.1 Competências segundo o CBCL	70
3.4.2 Perfil das Síndromes	74
3.4.3 Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais	78
3.4.4 Diagnóstico de Transtornos Mentais	80
3.5 O Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência para Professores (TRF)	84
3.5.1 Funções Adaptativas	84

3.5.2 Perfil das Síndromes	88
3.5.3 Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais	94
3.5.4 Diagnóstico de Transtornos Mentais	96
3.6 Teste de Desempenho Escolar – TDE	100
4. DISCUSSÃO	104
4.1 Caracterização das Famílias e dos Cuidadores/Responsáveis Estudados: os fatores de riscos para a negligência	104
4.2 Desenvolvimento Psicossocial e Acadêmico:	
as Consequências da Negligência para as Crianças Estudadas	114
4.2.1 O Desenvolvimento Psicossocial das crianças estudadas	114
4.2.2 O Desenvolvimento Escolar das Crianças Estudadas:	
Desempenho Acadêmico	120
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS	130
ANEXOS	144

APRESENTAÇÃO

O presente estudo faz parte de uma linha de pesquisas sobre os maus-tratos contra crianças e adolescentes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Desenvolvimento e Intervenção Psicossocial (GEPDIP – Departamento de Psicologia / FFCLRP - USP). Nesse contexto, dirige-se atenção especial à modalidade denominada negligência, considerando ser esta a menos focalizada por estudos empíricos, especialmente no Brasil. Assim, no Grupo, algumas pesquisas específicas vêm sendo implementadas, visando contribuir com uma produção de conhecimento para uma melhor compreensão desse complexo fenômeno.

Nesse quadro, a presente investigação, a partir de algumas questões destacadas na literatura internacional e nacional, atém-se ao estudo das consequências da negligência no desenvolvimento infantil, principalmente no que se refere a crianças no início de escolarização/alfabetização. Esse período do desenvolvimento é significativamente importante, sendo que dificuldades nele vivenciadas podem gerar consequências para a história escolar global do aluno e também para sua vida como um todo. De modo específico, a proposta central da pesquisa é a de avaliar o desenvolvimento psicossocial e acadêmico de crianças no início de escolarização em três grupos, comparando-os: um grupo de crianças cujos pais/responsáveis teriam sido notificados por negligência, um segundo formado por crianças suspeitas de viverem negligência em família, sendo essas, porém, não notificadas, e um grupo de referência.

Algumas questões nortearam a estruturação do projeto que deu origem à presente pesquisa: haveria diferenças significativas entre esses grupos no que se refere ao desenvolvimento psicossocial das crianças? As crianças assinaladas por viverem negligência apresentariam mais dificuldades dos que as outras no processo de alfabetização e no desempenho psicossocial? Os casos notificados difeririam dos casos suspeitos de negligência no desenvolvimento psicossocial e/ou acadêmico? Os cuidadores das crianças dos grupos difeririam ou assemelhar-se-iam em aspectos psicossociais e sociodemográficos? Qual a relação entre a pobreza e a negligência?

Buscou-se situar essas questões no contexto da produção científica recente. Com a finalidade de mapear os avanços do conhecimento concernindo à negligência, procedeu-se, então, a um levantamento bibliográfico, pautado nas seguintes diretrizes: a) no panorama nacional, recorreu-se às bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da

Saúde), sem restrição de período para o levantamento; b) no panorama internacional, utilizou-se a base de dados WEB OF SCIENCE, no período dos últimos cinco anos. O critério para a seleção dos artigos foi a presença dos descritores “maus-tratos infantis e negligência” ou “maus-tratos e negligência e criança”, alternados com os descritores “consequência”, “impacto”, “desenvolvimento” e “aprendizagem”, sendo que os mesmos podiam estar dispostos em qualquer parte do texto. Identificados os trabalhos, foram selecionados para análise aqueles que se encontravam disponíveis em formato de textos completos, permitindo adequado exame e síntese informativa.

Na base de dados SciELO, foram encontrados apenas dois artigos completos sobre negligência. Na base de dados LILACS, foram encontrados 14 artigos completos, totalizando-se 16 artigos. Em meio a essas 16 referências, verificou-se uma repetição, o que concorreu para a existência de apenas 15 artigos nacionais disponíveis com texto completo nessas bases de dados científicos. Em seguida, foi feita a verificação do conteúdo dessas publicações, buscando-se averiguar o quanto eram compatíveis ao foco do presente estudo (negligência). Desta forma, foram selecionados 12 artigos, sendo que os excluídos não tratavam do tema proposto ou eram específicos em uma modalidade de maus-tratos diferente da negligência.

Na base de dados WEB OF SCIENCE, foram encontrados 90 artigos publicados nos últimos cinco anos. Foram selecionados os trabalhos com texto completo disponível, o que totalizou 54 estudos. Destes artigos completos foram selecionados os que envolviam a temática específica da negligência sendo, dessa forma, retidos 32 artigos internacionais para a análise, os quais foram incorporados na revisão bibliográfica que se apresenta.

De forma complementar, alguns artigos aos quais se teve acesso, publicados em anos anteriores ao recorte feito na base internacional, foram incluídos na revisão, bem como livros da área, destacados por sua relevância técnico-científica. Estes foram acrescentados por contribuírem com informações para a compreensão do tema em foco, sendo alguns extraídos das referências dos próprios textos selecionados na revisão realizada, formando assim o quadro teórico para o desenvolvimento da presente investigação.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO) e a Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e da Negligência Infantil (ISPCAN) o termo “maus-tratos infantis” refere-se à violência praticada contra as crianças, em âmbito doméstico, geralmente pelos cuidadores principais. Ainda segundo tais órgãos, os maus-tratos acontecem sempre no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder, implicando formas diversificadas de abusos físico, emocional e/ou sexual, além da negligência e da exploração, e oferece dano real ou potencial à saúde, à sobrevivência, ao desenvolvimento ou à dignidade da criança (WHO/ ISPCAN, 2006).

Conforme ainda a WHO e a ISPCAN (2006), os maus-tratos constituem-se em uma das formas de violência mais graves, tanto pelo número de vítimas que faz, como pelas sequelas que deixa. O impacto negativo dos maus-tratos para as vítimas diretas são de curto e longo prazo, e estendem-se para a sociedade como um todo devido aos custos gerados pelas consequências produzidas (BARBOSA; PEGORARO, 2008; CORSO; FERTIG, 2010; MATHEWS; BROSS, 2008; O’DONNELL et al., 2008; PIRES; MIYAZAKI, 2005; ZIELINSKI, 2009).

Os maus-tratos são concebidos a partir das modalidades “abuso físico”, “abuso sexual”, “abuso psicológico” e “negligência”. Dentre tais, o presente trabalho toma a negligência infantil como tema central do estudo implementado, destacando que esta é a modalidade de maus-tratos mais recorrente em todo mundo (FALLON et al., 2010; HAHM et al., 2010; LACHARITÉ et al., 2006; MAYER et al., 2007; SLACK et al., 2004; THEODORE et al., 2007; TROCME et al., 2003), incluindo o Brasil (BAZON, 2008; FERREIRA, 2005; PIRES; MIYAZAKI, 2005; ROQUE; FERRIANI, 2007; SILVANY et al. 2011).

Os maus-tratos, de maneira geral, enquanto objeto de investigação, vêm recebendo uma atenção crescente há cerca de quatro décadas, mas a negligência especificamente passou a ser alvo de mais investimento somente nos últimos quinze anos no contexto internacional. Argumenta-se que o tema demorou a se impor, mas devido ao número de casos assinalados aos serviços de proteção tornou-se incontornável (HILDYARD; WOLFE, 2002). Posteriormente, este passou a interessar os cientistas devido às primeiras constatações relativas à gravidade dos danos decorrentes de vivências crônicas de negligência (GLASER, 2000; HILDYARD; WOLFE, 2002).

No contexto brasileiro, também se verifica um aumento nas investigações e publicações científicas sobre os maus-tratos a partir do final da década de 80. Nas publicações científicas, a negligência, todavia, aparece de forma tímida, embora seja uma das alegações mais recorrentemente empregadas nos registros de violação dos direitos de crianças, nos órgãos envolvidos na proteção infantil (BAZON, 2008; MARTINS, 2006, 2010).

1.1 Definições de Negligência

A temática da negligência impõe inúmeros desafios à investigação científica e à análise do problema, a começar pela ausência de uma definição consistente que dê conta de apreender a complexa realidade a que se refere (CALHEIROS; MONTEIRO, 2000; MAYER et al., 2007; SMITH, 2010). Disso decorre uma dificuldade adicional – vivida tanto por pesquisadores como por profissionais – que é a de consubstanciar casos assinalados como “negligência”, devido à heterogeneidade das situações associadas a essa modalidade de maus-tratos (DUBOWITZ, 2007; MAYER et al., 2007; MCSHERRY, 2007; SMITH, 2010).

Essa característica constitui um grande obstáculo para o desenvolvimento de pesquisas e também para o delineamento de programas de prevenção, tratamento e serviços oferecidos para as vítimas (WHO/ISPCAN, 2006). Conforme assinala Martins (2006), é interessante notar que, embora o conceito seja empregado rotineiramente para o registro de situações de violação de direitos de crianças e adolescentes, no âmbito do sistema de proteção, nota-se, por parte dos profissionais que atuam na área, uma grande dificuldade para conceituar negligência, denotando-se a falta de precisão.

Na literatura científica nacional, as primeiras indicações relativas à negligência apareciam sob a insígnia de vitimização psicológica (AZEVEDO & GUERRA, 1998), ou seja, como uma de suas modalidades, não sendo tomada como um dos tipos de maus-tratos em si. Porém, pouco tempo depois, pesquisadores ligados ao mesmo grupo de pesquisa dos referidos autores passaram a argumentar sobre a necessidade de a negligência merecer investigações acuradas que permitissem caracterizar a sua especificidade em nosso meio, frisando que o fenômeno, no Brasil, ainda não tinha recebido o devido investimento, no sentido de ser estudado profundamente. Posicionamento que já vinha sendo defendido por outros autores (DAVOLI; OGIDO, 1992).

Cumprе frisar que, nos poucos trabalhos científicos, as definições propostas eram geralmente baseadas nas de autores internacionais. Marmo, Davoli e Ogido (1995) tentam avançar na direção dos determinantes da negligência, apontando que ela nem sempre seria causada pelo simples descaso dos adultos, mas, muitas vezes, pelo desconhecimento das necessidades e dos cuidados normais a serem dispensados às crianças em cada grupo etário.

Backes (1999) integra aspectos conceituais e operacionais, definindo a negligência como atos de omissão de cuidados e de proteção à criança contra agravos evitáveis, envolvendo ou não recursos materiais-financeiros, que incluiriam atitudes desde não educar, não impor limites, não mandar uma criança à escola, logo, privá-la cognitivamente, até não alimentá-la adequadamente, não medicá-la quando necessário, não protegê-la de inclemências climáticas, ou simplesmente não mantê-la com a mínima higiene. Nessa exposição, já se percebe uma ampliação do conceito no sentido de referir-se não somente a aspectos físicos e psicológicos, mas às necessidades educacionais das crianças.

Guerra (2001) afirma que a negligência se configura “quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos, etc., e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além de seu controle” (p.33), formalizando a preocupação concernente à necessidade de discriminar negligência e pobreza, na medida em que, na prática, num país com uma estrutura socioeconômica como a do Brasil, as duas problemáticas frequentemente se confundem.

Na sequência, novas incursões nesse campo buscam integrar na definição o comportamento do adulto cuidador com os associados às consequências vividas pelas crianças, seguindo as discussões travadas em nível internacional. Benetti (2002, p.135), por exemplo, afirma que:

A negligência consiste de atos ou omissões que causem danos psicológicos, cognitivos e físicos a criança, resultado da falha em prover as condições mínimas de sobrevivência e atenção às necessidades básicas da criança, de afeto, alimentação, educação, supervisão e cuidado. Nessa categoria também são considerados os casos de exposição da criança a episódios de violência familiar, uso de drogas, prostituição e os casos de abandono da criança por período de tempo significativo sem supervisão adequada, seja em casa ou na rua.

Nessa definição também já se nota a progressiva sistematização que foi se operando no sentido de colocar o problema no plano da falta de respostas às necessidades físicas, sociais e/ou emocionais, rompendo definitivamente com uma definição restrita, atrelada tão somente às necessidades físicas. Dentro disso, destaca-se a proposição de Reppold et al. (2002, p.38), que enfatizam sobremaneira as dimensões afetivas e sociais do desenvolvimento afetadas pela negligência, colocando que:

O padrão negligente é aquele cujos pais são fracos tanto em controlar o comportamento dos filhos quanto em atender as suas necessidades e

demonstrar afeto. São pais pouco envolvidos com a criação dos filhos, não se mostrando interessados em suas atividades e sentimentos. Pais negligentes centram-se em seus próprios interesses, tornando-se indisponíveis enquanto agentes socializadores.

A ênfase nas várias dimensões desenvolvimentais afetadas pela negligência parece inclusive concorrer para que alguns autores sugiram que a problemática seja pensada a partir da descrição de subtipos: a negligência física, a emocional e a educacional, na mesma linha de algumas publicações internacionais. Pires e Miyazaki (2005), por exemplo, explanam que:

a) A Negligência física referir-se-ia a situações em que a criança se apresenta quase sempre suja, e sua alimentação e vestimenta são insuficientes e inadequadas; ela passa longos períodos sozinha, sem cuidado ou supervisão de um adulto responsável; está mais suscetível a sofrer acidentes devido à falta de supervisão; tem problemas físicos ou necessidades médicas não atendidas ou padece da ausência de um seguimento médico periódico. Segundo os autores, devem-se considerar os casos nos quais a situação é crônica e habitual, não decorrendo de uma situação familiar momentânea, como uma crise, ou as situações decorrentes de condições socioeconômicas adversas mais amplas, que atingem todos os membros da família (pobreza/miséria). A negligência, de acordo com os indicadores acima descritos, referir-se-ia àqueles casos nos quais a criança poderia ser mais bem cuidada, mas não o é por problemas familiares, porque não há uma disposição para o exercício do cuidado, para o exercício do papel parental ou, ainda, porque há conflitos entre os adultos responsáveis e a criança.

b) A Negligência psicológica, em seu turno, referir-se-ia às situações em que, de modo repetitivo, expressões emocionais e comportamentos da criança visando à proximidade e interação com os pais/adultos responsáveis não recebem atenção; em alguns casos, a criança pode necessitar de cuidados psicológicos, mas há recusa ou atraso em buscar/oferecer esse tipo de acompanhamento a ela; ela é exposta a situações de uso abusivo de álcool e outras drogas, e/ou ao tabagismo (uso do cigarro), com a permissão para que também façam uso deste; e também é exposta frequentemente a brigas entre os adultos da família e/ou à violência conjugal. Nesse subtipo, notar-se-ia uma ausência de iniciativa de interação e contato por parte de alguma figura adulta responsável/estável com a criança. Haveria descaso por parte dos adultos da família em perceber as necessidades da criança e tentar atendê-las.

c) Quanto ao subtipo Educativo, este se referiria às situações em que seria notável o desengajamento, por parte de adultos responsáveis, demonstrando-se despreocupação com relação à promoção de comportamentos sociais positivos na criança, com relação à sua sociabilidade, falhando em supervisionar sua conduta, por exemplo, permitindo-lhe faltas crônicas à escola, deixando de acompanhar seu processo educacional por falta de atenção específica às suas necessidades escolares, ou permitindo-lhe acompanhar pares (amigos) com comportamento antissocial e/ou delinquente.

Em paralelo, algumas outras proposições são encontradas (ALIGERI; SOUZA, 2005; CRUZ, 2004), mas estas retomam fundamentalmente as definições iniciais, sem acrescentar elementos novos, ou insistem sobre a importância de levar em consideração as condições de vida das famílias denominadas negligentes de modo a distinguir tal fenômeno da pobreza.

No plano internacional, a discussão concernindo à definição do fenômeno logo destacou a necessidade de frisar a diferença fundamental entre a negligência e os outros tipos de maus-tratos: enquanto estes se manifestam a partir de ações (comportamentos) dos responsáveis sobre as crianças, a negligência se dá pela omissão (ausência de comportamento); quando algo que deveria ser feito, não o é; quando os cuidadores que deveriam dar respostas apropriadas às necessidades dos filhos, não o fazem. Assim, salientou-se o fato de que estudar a ausência de um comportamento e intervir para que ele seja emitido impõe mais dificuldades do que estudar a presença de um comportamento e intervir para que ele cesse (ZURAVIN, 1999).

Outro desafio para o estabelecimento de uma definição única e suficientemente abrangente do fenômeno da negligência, sublinhado na literatura internacional, é o de que, mais que as outras formas de maus-tratos, as concepções concernindo à negligência são fortemente perpassadas por elementos da cultura e permanecem sem consenso entre pesquisadores, estando em debate ainda atualmente (DUBOWITZ; PITTS; BLACK, 2004; DUBOWITZ, 2007; GLASER, 2002; MCSHERRY, 2007; ZURAVIN, 1999).

Já o aspecto da não intencionalidade em causar danos parece ser uma variável de maior consenso, visto que a maioria dos pesquisadores conclui que a intencionalidade não é um elemento inerente à negligência (DUBOWITZ et al., 1993; GLASER, 2002; ZURAVIN, 1999). É interessante ressaltar, aqui, que dois trabalhos brasileiros (MARTINS, 2006; MATIAS; BAZON, 2005) apontam que as famílias notificadas ao sistema de proteção por negligência, em geral, nem mesmo apreendem as razões pelas quais estão sendo acompanhadas, não reconhecem suas práticas como negligentes e não

associam as medidas de proteção, incluindo o abrigo de seus filhos, à avaliação negativa que é feita dos cuidados que dispensam a eles.

De todo modo, a reflexão sobre quais omissões ou comportamentos devem ser considerados como negligência, implicando procedimentos de responsabilização dos cuidadores, é complexa, pois demanda a consideração de um amplo espectro de variáveis de contexto (idade da criança, nível de desenvolvimento, estado físico e mental como também o entendimento dos pais sobre a situação, seus esforços e a existência e qualidade de programas e serviços na comunidade), além de fatores sociológicos, psicológicos e econômicos, que contribuem para a produção da problemática (DUBOWITZ, 2007; MCSHERRY, 2007). Grosso modo, converge-se em relação ao pressuposto de que a negligência resulta de uma dinâmica estabelecida entre vários fatores econômicos, sociais e comunitários, bem como pessoais.

Uma definição integradora é a proposta por Lacharité et al. (2005, p.20), os autores colocam que a negligência consiste em:

uma carência significativa ou mesmo uma ausência de respostas às necessidades de uma criança, reconhecidas como fundamentais sobre a base de conhecimentos científicos atuais, ou, na ausência destes, de consenso pautado em valores sociais adotados pela coletividade da qual faz parte.

Sendo que para identificar uma situação concreta de negligência, segundo os referidos autores (p, 22), é preciso verificar a concomitância de dois mecanismos:

- Um relativo a uma perturbação da relação entre as figuras parentais (cuidadores) e a criança, caracterizada pela presença de pouquíssimas interações, sendo que, nos momentos em que há interação entre as figuras parentais e a criança, as condutas recíprocas são principalmente negativas.
- Um relativo a uma perturbação da relação entre a família e a coletividade a qual ela pertence (seu entorno), caracterizada, principalmente, pelo isolamento funcional das figuras parentais (cuidadores) e da criança.

Pode-se considerar que a negligência se configura quando os pais, geralmente de um modo crônico, não têm vontade/disposição ou capacidades psicológicas requeridas para cuidar da criança e, dessa forma, acabam respondendo inadequadamente às necessidades de seus filhos e não demandam ou não conseguem aproveitar da ajuda de outras pessoas que poderiam/deveriam ajudar.

Mais recentemente, a WHO e ISPCAN (2006), buscando congregiar parâmetros relativos à conceituação e ao manejo dos maus-tratos infantis, sugeriram como definição geral que a negligência incluiria tanto eventos isolados como um padrão de cuidado estável no tempo por parte dos pais e/ou outros membros da família, pelos quais esses deixariam de prover o desenvolvimento e o bem-estar da criança/adolescente (considerando que poderiam fazer isso), em uma das seguintes áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições seguras. Considerando que tais órgãos desempenham papel relevante e normatizador na área, no presente estudo adota-se essa definição.

1.2 Negligência infantil – caracterização e a relação/diferença com a pobreza

Conforme anteriormente mencionado, entre os tipos de maus-tratos, a negligência aparece como o mais frequente, informação averiguada em pesquisas de diversos países: Austrália (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 1999); Inglaterra (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002); Argentina (BRINGIOTTI, 2000); Estados Unidos (FALLON et al., 2010; HAHM et al., 2010; SLACK et al., 2004; THEODORE et al., 2007); Canadá (LACHARITÉ et al., 2006, MAYER et al., 2007; TROCME et al., 2003;), bem como no Brasil (BAZON, 2004, 2008; FERREIRA, 2005; LACRI, 2004; MIYAZAKI, 2005; PIRES, 2005; ROQUE; SILVA; FERRIANI, 2007; FERRIANI, 2007; SILVANY et al. 2011).

Um estudo realizado por Roque e Ferriani (2007) quantificou e analisou processos da Vara da Infância e Juventude na Comarca de Jardinópolis (SP), no período de 2000 a 2005, relativos a situações de crianças e adolescentes que haviam sofrido violência na família. Os autores mostraram que a violência física e a negligência eram as modalidades de maus-tratos com maior incidência. O estudo apontou ainda aumento significativo nas porcentagens de ocorrência de maus-tratos nas modalidades negligência e violência sexual, quando comparados com dados relativos aos anos de 1995 a 1999. A porcentagem da negligência passou de 20,8% para 42,1%, e a modalidade abuso sexual passou de 9,7% para 13,8% no período referido.

De acordo com Smith (2010), a negligência representa em média 65% do total de casos assinalados nos sistemas de proteção dos Estados Unidos. Contudo, ela é considerada a mais difícil para definir e frequentemente não é bem compreendida. Um dos cuidados necessários a tomar é a distinção entre pobreza e negligência. Situações econômico-sociais adversas causadas pela pobreza podem confundir-se com negligência, mas não constituem necessariamente um quadro de negligência. É necessário separar negligência da impossibilidade concreta de despender cuidados apropriados aos filhos, devido à falta de recursos financeiros.

Para alguns autores, como Dubowitz et al. (1993), uma criança que não tem suas necessidades atendidas pela condição de pobreza de sua família estaria vivendo “negligência estatal”. Esses autores ressaltam que se deve tomar muito cuidado, nesses casos, para não responsabilizar “as próprias vítimas”. Nesse sentido, ressalta-se que, não raro, a concepção de negligência é usada de forma equivocada para descrever quadros

extremos de pobreza, não havendo negligência por parte dos pais, mas da sociedade e do Estado, considerando as condições adversas vividas por determinadas famílias (DUBOWITZ, 2007; MARTINS, 2006).

Ademais, apesar da vivência na pobreza gerar diversos fatores de risco para a negligência, uma problemática não deve ser compreendida como sinônimo da outra. Mesmo sendo um dos fatores de risco, a pobreza por si só não garante que a negligência se instale nas relações entre cuidadores-crianças, valendo frisar que a mesma pode ocorrer em famílias pertencentes a todas as classes sociais (BAZON, 2005; CAVALCANTE; GOLDSON, 2009; FALEIROS; BAZON, 2008; MARTINS, 2010; MATIAS; VAGOSTELLO, 2006). Conforme escrevem Cavalcante e Goldson (2009):

Sabemos que muitas pessoas pobres não têm problemas de desenvolvimento, não respondem com violência ao estresse e frustração, porque elas têm boas habilidades de enfrentamento ou estratégias de resiliência para lidar com a pobreza e a deficiência. Ao mesmo tempo, temos de nos concentrar nas causas estruturais (exclusão social, recursos limitados, baixas expectativas, isolamento social, falta de apoio) que interagem com as causas pessoais e imediatas (nível de saúde, educação, habilidades, capacidades, autoestima) que produzem múltiplas privações. Diferentes dimensões da pobreza, relacionada à educação, moradia, saúde, meio ambiente, infraestrutura, condições de emprego, renda, bem-estar emocional, entre outros, interagem produzindo diferentes privações que afetam negativamente as pessoas de forma intergeracional. A falta de recursos materiais e as más condições sociais estão associadas a atitudes negativas, modos de agir e refletir a cultura da pobreza (p 16).

Em outras palavras, é certo que as condições vividas pelas famílias pobres produzem diversos fatores de risco facilitadores de maus-tratos, como a exclusão social, baixo nível educativo dos pais e depressão materna, frequentemente associada a um quadro de monoparentalidade (MARTINS, 2010; MAYER et al., 2007; SILVANY et al. 2011). Ser pobre significa estar exposto a um conjunto de condições adversas à realização da pessoa, tornando-a incapaz, muitas vezes, de fazer frente aos desafios de sua situação social e econômica. Com frequência, membros de famílias que vivem em situação de pobreza demonstram falta de autoestima, internalizando uma imagem negativa que dificulta o desenvolvimento de suas potencialidades, e sentimentos de apatia e fracasso associados às dificuldades em prover as necessidades dos filhos (LACHARITÉ; ETHIER, 2002; MANSO, 2002; PIRES; MYAZAKI, 2005; MERRIT, 2009). A pobreza propicia também o isolamento social das famílias, a falta de

interações sociais e comunitárias apoiadoras. Por serem excluídos socialmente, os membros de famílias pobres têm mais dificuldade para perceber a possibilidade de construir vínculos afetivos e sociais para ajudá-las a superar suas dificuldades, o que pode gerar comportamentos negligentes (LACHARITÉ; ETHIER, 2002).

Assim, para além da pobreza, pode-se considerar que a negligência ocorre em decorrência do isolamento da família e da sobrecarga imposta pelas situações às capacidades desenvolvimentais dos pais/responsáveis, sendo que estes muitas vezes não têm as informações básicas necessárias e qualquer apoio social que propicie ajuda e orientação. Um estudo realizado por Theodore et al. (2007), utilizando os resultados de uma pesquisa telefônica anônima realizada junto a mães de crianças de 0 a 17 anos, nos Estados Unidos, revelou que crianças que foram consideradas "em risco de abandono" viviam a experiência de falta de comida, dificuldade de acesso a cuidados médicos e supervisão inadequada, estando essas variáveis atreladas a fatores demográficos relacionados à pobreza, incluindo menor renda familiar.

Ao contrário desse quadro, é possível reconhecer que haja famílias que, mesmo encontrando-se em situações de pobreza e enfrentando a falta de políticas públicas adequadas, não são negligentes em relação às crianças (CAVALCANTE; GOLDSON, 2009; SLACK et al., 2004). A negligência pode ocorrer independentemente da condição de pobreza, sendo esta, resultado de déficits de habilidades parentais. Isso explicaria, por exemplo, a ocorrência de muitas situações de negligência em famílias que não têm dificuldades econômicas.

1.3 O sistema de proteção à criança e a notificação dos casos de negligência

O reconhecimento e o enfrentamento do problema dos maus-tratos infantis, e dentre estes, da negligência, é um desafio que implica outros: o da identificação e o da notificação dos casos nas instâncias oficiais que integram o sistema de proteção.

Numa primeira instância, enfrenta-se em maior ou menor medida o desafio de incrementar a sensibilidade em algumas sociedades para que haja o devido reconhecimento de situações de maus-tratos infantis, já que muitas vezes estas não são reconhecidas, fazendo com que muitas crianças que sofrem abuso ou negligência não sejam identificadas por qualquer pessoa (LAVERGNE; TOURIGNY, 2000).

Numa segunda instância, o desafio é fomentar a notificação dos casos às agências de proteção. Mesmo havendo dispositivos legais que impõem a notificação como uma ação obrigatória, a experiência de muitas crianças passa despercebida segundo Mathews e Bross (2008). Apenas uma pequena parte dos casos reconhecidos pela comunidade em que a criança vive e pelos profissionais dos setores da saúde e da educação é notificada aos serviços oficiais de proteção (FALEIROS; MATIAS; BAZON, 2009; LAVERGNE; TOURIGNY, 2000).

Estima-se que a problemática dos maus-tratos seja bastante significativa em todas as sociedades, gerando consequências negativas para o desenvolvimento de inúmeras crianças, dispondo-se de evidências de que o número de casos conhecidos oficialmente é bem menor que o real (BRINGIOTTI, 2000; GONÇALVES; FERREIRA; MARQUES, 2002, SANTOS et al., 2009; SMITH, 2010). As estatísticas de maus-tratos são escassas, referindo-se, em geral, somente aos casos registrados nas instâncias oficiais de proteção infantil (GONÇALVES; FERREIRA; MARQUES, 2002; MARTINS, 2010; MATIAS; BAZON, 2005).

Provavelmente, chegam aos serviços de proteção, majoritariamente, os casos mais graves, crônicos e, geralmente, oriundos das classes populares. Assim, constitui-se um viés no conhecimento a respeito do fenômeno, sabendo que, na realidade, ocorre significativa subnotificação de casos de maus-tratos para com as crianças e os adolescentes (FERREIRA, 2005; MATHEWS; BROSS, 2008; MARTINS 2010; THEODORE et al., 2007).

Mathews e Bross (2008) alertam que, embora sistema de notificação obrigatória não seja totalmente eficaz, face à ausência de uma alternativa comprovadamente melhor, esse sistema deve ser mantido, aperfeiçoado e reforçado, pois, com isso, milhares de situações assinaladas, envolvendo crianças, poderiam não o ser e, conseqüentemente, estas não seriam assistidas, gerando futuramente, mais problemas de saúde e maiores custos econômicos às sociedades.

No contexto brasileiro, os maus-tratos contra a criança passaram a merecer maior atenção no final dos anos 80. Do ponto de vista de políticas públicas, o problema foi abordado na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), que tornaram obrigatória a notificação de casos de maus-tratos conhecidos, suspeitos ou confirmados (art. 13 do ECA), prevendo sanções para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de Saúde e de Educação que deixassem de fazê-lo (art. 245 do ECA). Vale frisar que, no estado de São

Paulo, em janeiro de 2000, foi promulgada a Lei nº 10.498, que também dispõe sobre a obrigatoriedade de notificar casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos de crianças e adolescentes aos órgãos públicos das áreas de Saúde, Educação e Segurança Pública, incumbindo dessa ação, diretamente, médicos, professores e outros profissionais responsáveis por estabelecimentos de saúde, de ensino fundamental, pré-escola ou creche e delegacias de polícia. No entanto, persiste uma significativa taxa de subnotificação em nossa realidade.

Martins (2010) aponta que, além do problema da subnotificação por parte de profissionais e da sociedade, os serviços para a averiguação das situações e para o atendimento às vítimas são em pequeno número e desarticulados entre si. Com isso, pode-se afirmar que a apreensão do fenômeno dos maus-tratos é falha, tanto no que se refere à magnitude, como no que concerne à sua caracterização, pois o conhecimento que se produz sobre os mesmos tende a basear-se tão somente em dados dos serviços de proteção e de órgãos públicos, visto que dados de base populacional são escassos. Diante disso, parece importante empreender pesquisas que tentem lidar com casos suspeitos de maus-tratos na comunidade, mesmo que estes não tenham sido notificados, de modo a compreender o fenômeno para além dos vieses que os estudos realizados com base em informações oficiais podem gerar.

Nesse quadro, a escola (o setor educacional) é um contexto favorável para a detecção de casos suspeitos de maus-tratos, porque abrange um grande percentual da população infantil. Nas escolas, as crianças passam muitas horas por dia e muitos dias por ano, convivendo com professores e outros profissionais, o que facilita a apreensão de sinais/indicadores de maus-tratos, incluindo os de negligência, que serve de alerta à identificação de casos (BAZON, 2006; LAVERGNE; TOURIGNY, 2000).

Ademais, sabe-se que os casos suspeitos de maus-tratos, na educação, tendem a ser confirmados. Smith (2010) realizou um estudo sobre as percepções de educadores sobre a criança maltratada e/ou negligenciada e mostrou que os casos suspeitos de educadores/professores são duas vezes mais pertinentes que os apontados por profissionais de outras áreas.

No entanto, a subnotificação na educação também é significativa (SMITH, 2010), incluindo o Brasil, estimando-se que a cifra dessa problemática seja ainda maior nas séries iniciais da escolarização (VAGOSTELLO et al., 2003; BAZON, 2006; SILVA; FERRIANI, 2007). Muitos professores são capazes de identificar algumas modalidades de maus-tratos para com a criança, mas não há uma conduta padrão

relativa às atitudes que são tomadas, sendo que muitos preferem contatar os pais achando que o diálogo com estes será a melhor forma de resolução do problema, fazendo com que a criança corra um risco ainda maior. Um estudo realizado na Austrália, por Walsh et al. (2008), mostra, entre outras coisas, que professores levam em conta a qualidade do relacionamento com os pais para decidir se fazem ou não a notificação de casos suspeitos de maus-tratos aos meios competentes. Os autores colocam ainda a necessidade de mais estudos que envolvam professores e a temática de maus-tratos infantis. Outro fator importante, indicado na literatura, que influi na tomada de decisão sobre notificar ou não um caso suspeito de maus-tratos às autoridades, no âmbito do setor educacional, é o medo de se envolver com a problemática, temendo que ocorram represálias por parte dos envolvidos (GRANVILLE-GARCIA, 2009; SILVIA; FERRIANI, 2007).

Sabe-se que uma proporção dos casos que não são notificados deve-se também ao fato de não serem considerados “tão graves”. Essa percepção de “pouca gravidade”, em geral, refere-se a modalidades de maus-tratos que não deixam marcas físicas no corpo da criança ou qualquer outro tipo de seqüela dessa natureza, o que abarca sobremaneira os casos de negligência. Nesse sentido, é importante sublinhar o estudo de Gracia (1995), cujo objetivo decorreu da questão feita sobre os casos considerados “não tão graves”, se estes seriam efetivamente constituídos por crianças apresentando menos consequências negativas em seu desenvolvimento, se comparadas a crianças envolvidas em casos considerados “muito graves”. Os resultados dessa investigação demonstraram que os prejuízos para o desenvolvimento infantil, em ambos os grupos (o formado por casos “muito graves” e os “não muito graves”) eram equiparáveis, ou seja, igualmente preocupantes no tocante ao número e à natureza dos problemas associados aos maus-tratos.

Esse panorama sugere que investigações sejam feitas envolvendo os casos suspeitos de maus-tratos e, especialmente os de negligência, identificados no contexto do setor educacional, porém não notificados ao sistema de proteção com vistas a conhecer e caracterizar mais profundamente o fenômeno em questão.

1.4 As consequências da negligência no desenvolvimento infantil

Grande parte dos estudos apresenta as consequências dos maus-tratos se referindo às diferentes modalidades de forma conjunta, ou indistintamente. Portanto, descrevem-se, em primeiro lugar, as consequências apontadas pela literatura relacionada aos maus-tratos infantis, desde que o estudo contemple entre os tipos de maus-tratos abordados a negligência. Na sequência, são apresentados os apontamentos da literatura quanto às consequências da negligência, tendo por base investigações específicas.

Vale destacar que todas as formas de maus-tratos infantis podem causar danos ao desenvolvimento físico e psicossocial, que podem se manifestar a curto, médio e longo prazo (BARBOSA; PERGORARO, 2008; DUKE et al., 2010; FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002; MELLO et al., 2009; VAN DER VEGT., 2009; WRIGHT et al., 2009), podendo ocasionar consequências psicológicas em crianças e adolescentes, aumentando o risco de problemas de comportamento e de depressão na adolescência e na vida adulta (FORMOSINHO; ARAÚJO 2002; MELLO et al., 2009; IGARASHI et al., 2010; BENNETT; SULLIVAN; LEWIS, 2005; THORNBERRY et al., 2010; WRIGHT et al., 2009; ZIELINSKI, 2009).

Lacharité (2003) aponta que o apego seguro na infância é um dos melhores preditores de adaptação pessoal durante as fases posteriores de desenvolvimento, e indica que o apego chamado de desorganizado/desorientado tem sido observado em muitos casos de amostras clínicas de crianças abusadas e/ou negligenciadas e em crianças de mães deprimidas. Vários estudos mostram que os maus-tratos podem conduzir a um apego inseguro da criança para com a pessoa que lhe cuida, podendo gerar sequelas socioafetivas negativas dentro de diversos domínios do desenvolvimento (ETHIER; LEMELIN; LACHARITÉ, 2004; GLASER, 2002; LACHARITÉ, 2003; LETARTE et al., 2010; WRIGHT et al, 2009; DE BELLIS, 2005; TOTH; CICCETTI, 2005). De Bellis (2005) especifica que, na negligência infantil, a privação materna precoce é um extremo estressor, com consequências negativas para o desenvolvimento da criança.

Ademais, crianças abusadas e negligenciadas podem ter comprometimento no desenvolvimento neurológico, ficando suscetíveis a algum tipo de psicopatologia como estresse pós-traumático, transtornos de personalidade, abuso de substâncias e depressão; e no desenvolvimento neuropsicológico, apresentando dificuldades de atenção e memória e comprometimento das habilidades de aprendizagem (ARAÚJO, 2002; DE

BELLIS et al., 2009; FORMOSINHO, 2002; PEARS et al., 2008; GRASSI et al., 2008; MELLO et al., 2009; WILSON; WIDOM, 2008; ZIELINSKI, 2009).

O estudo de revisão bibliográfica sobre maus-tratos na infância e consequências psicobiológicas realizada por Grassi et al. (2008) relata um conjunto de evidências em três itens:

- 1) Importantes consequências estruturais dos maus-tratos na infância incluem anormalidades no desenvolvimento do corpo caloso, no córtex esquerdo, hipocampo e amígdala.
- 2) As principais consequências funcionais de maus-tratos na infância incluem aumento da irritabilidade nas áreas límbicas, disfunções do lobo frontal e redução da atividade funcional do vermis cerebelar.
- 3) A principal consequência neuro-humoral é a ocorrência do estresse.

Corroborando esses aspectos aos consequentes danos desenvolvimentais da criança abusada e/ou negligenciada, Braquehais et al. (2010) relatam que há fortes evidências de que os traumas infantis causam efeitos negativos no funcionamento cerebral da criança e do adolescente, sendo que um deles é o aumento da impulsividade, dificultando o cérebro a inibir ações negativas. Os autores ressaltam que isso pode resultar em inabilidade crônica para modular emoções e gerar dificuldades de relacionamento.

Outro estudo realizado por Fisher et al. (2010) mostra que características específicas de adversidade na infância, como maus-tratos, podem ter relação com quadros psicóticos. As crianças abusadas sexualmente e fisicamente, negligenciadas e/ou emocionalmente maltratadas apresentam maiores níveis de sintomas dissociativos do que as crianças não maltratadas (CICCHETTI et al., 2010; WRIGHT et al., 2009), sendo importante ressaltar que as consequências se tornam piores quando ocorre a cronicidade dos maus-tratos, como relatado nos resultados do estudo realizado por Grahm et al. (2010) com professores de crianças vítimas de maus-tratos, que revela que a cronicidade dos maus-tratos prejudica significativamente a adaptação social e o relacionamento com seus pares.

Mills et al. (2011) colocam que essas crianças correm um risco maior de desenvolver problemas cognitivos, emocionais, sociais e comportamentais, que podem se agravar durante seu crescimento até a vida adulta.

Na revisão bibliográfica realiza por Pesce (2009) sobre a violência familiar e o comportamento transgressor na infância mostrou que práticas parentais inadequadas,

como disciplina ineficiente, negligência, punição inconsistente podem desencadear comportamentos agressivos. Ethier, Lemelin e Lacharité (2004) verificaram que crianças que sofreram maus-tratos ao longo dos anos apresentavam mais problemas comportamentais do que as crianças que sofreram maus-tratos de forma transitória, assim como o estudo de Stewart et al. (2008), no qual se observou que crianças cuja trajetória de maus-tratos havia se prolongado até a adolescência estavam mais propensas a ser um ofensor juvenil do que as crianças cujos maus-tratos ocorreram antes, mas não durante a adolescência.

Experiências adversas na infância devem ser consideradas como fatores de risco para vários resultados relacionados à emissão de comportamentos violentos durante a adolescência, sendo que os maus-tratos dirigidos à criança podem levar à ocorrência de delinquência e à manifestação de violência na adolescência (DUKE et al., 2010; PESCE, 2009). Um estudo de grande porte, transversal, com amostra de 136.549 escolares adolescentes, realizado em 2007 nos Estados Unidos, por Duke et al. (2010), verificou a associação entre adversidades na infância e violência na adolescência, confirmando estudos anteriores que indicaram que tipos de experiências adversas na infância estão associados com maior risco de suicídio na adolescência, diversos atos de violência e comportamentos agressivos. Ainda com relação ao impacto dos maus-tratos na adolescência, o estudo de Mills et al. (2011) denotou que estes estão fortemente associados a um menor funcionamento cognitivo nesse período.

As consequências perpassam o tempo e afetam também a fase adulta, como mostra o estudo de Hahm et al. (2010), que investigou o impacto dos diferentes tipos de maus-tratos nos comportamentos de risco em mulheres, na transição da adolescência para a fase adulta, mostrando que independentemente e conjuntamente estes causam comportamentos de risco, em três domínios: comportamentos sexuais de risco, delinquência e ideias suicidas. O estudo revelou consistentes evidências de que a vivência de um maior número de tipos de maus-tratos durante a infância leva a uma gama maior de comportamentos de risco, que incluem internalizações, comportamentos autodestrutivos, exteriorizações e sintomas depressivos, o que também foi associado a uma maior chance de comportamentos sexuais de risco, se comparada às chances do grupo que padecia de um único tipo de maus-tratos.

O estudo de Van der Vegt et al. (2009) mostra que o impacto dos maus-tratos na infância aumenta a probabilidade de transtornos psiquiátricos em adultos. Além disso,

observaram que transtornos de ansiedade, de humor e abuso de substâncias que causam dependência na idade adulta podem se relacionar aos maus-tratos infantis.

O estudo de Zielinski (2009) analisou o impacto que os maus-tratos infantis podem ter sobre o bem-estar socioeconômico das vítimas, a longo prazo, explorando a relação das experiências de abuso e negligência, na infância, com indicadores de bem-estar socioeconômico na idade adulta. Os resultados mostraram que os adultos com história de maus-tratos diferiram significativamente dos adultos não maltratados, apresentando maior taxa de desemprego (duas vezes mais), e pobreza (considerados abaixo do nível de pobreza federal). O pesquisador alerta ainda para o custo gerado pelos maus-tratos para a sociedade, devido à perda da capacidade produtiva à economia, das receitas fiscais e aumento dos gastos sociais. Alerta que o baixo nível socioeconômico dos pais também tem sido identificado como fator de risco importante para a prática de maus-tratos e, como tal, estes resultados indicam um potencial mecanismo de transmissão intergeracional.

Felizmente, é preciso salientar que algumas crianças que foram maltratadas se recuperam, apresentam resiliência, em decorrência de fatores protetores como características pessoais, temperamento, apoio dos pais e da rede social. No entanto, é fator de grande preocupação que um número significativo dessas crianças desenvolva transtornos psiquiátricos quando adultos (ABRAMOVICH, 2008; BRAQUEHAIS et al., 2010; FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002;).

Mais recentemente, encontram-se relatadas investigações mais específicas, no sentido de terem buscado, de modo separado, informações relativas às consequências produzidas por cada uma das modalidades de maus-tratos, oferecendo, portanto, um conhecimento mais refinado. Assim, estudos focados na negligência, em diferentes países, revelaram que os efeitos negativos desta, no desenvolvimento da criança, são graves e merecem uma atenção especial, revelando que, em equiparação aos outros tipos de maus-tratos, a negligência apresenta-se associada a maiores danos ao desenvolvimento da criança, sobretudo se vivenciada precocemente e de forma crônica (GLASER, 2002; LACHARITÉ; ÉTHIER; NOLIN 2006; NOLIN; TURGEON, 2004; ZIELINSKI, 2009).

Numa importante publicação de Lacharité, Éthier e Nolin, em 2006, reúne-se de forma sintética e sistematizada o conhecimento que havia sido produzido até então, relativo, especificamente, às consequências da negligência, colocando que as mesmas se manifestam em quatro planos:

1) O primeiro refere-se ao plano físico, que pode causar a mortalidade das crianças. São gerados pela desnutrição, envenenamento, sufocação e quedas, se a criança é deixada sem supervisão.

2) O segundo plano das consequências da negligência refere-se ao incremento de sua exposição a outras formas de maus-tratos. As situações de negligências tornam-se propícias à aparição de outras formas de maus-tratos, como os abusos físicos, psicológicos e sexuais (dentro e fora da família).

3) O terceiro plano diz respeito à restrição de relações propiciadas à criança, na família e no meio social. A criança precisa viver em um ambiente caracterizado por uma rica interação social, com experiências positivas que proporcionem a oportunidade de desenvolver suas potencialidades, condição geralmente fragilizada pela negligência.

4) No quarto plano, destacam-se as sequelas desenvolvimentais, os autores referem-se a quatro aspectos do desenvolvimento diretamente impactados pela negligência:

a) O funcionamento sensorial e neurocognitivo: as crianças negligenciadas desde o início enfrentarão problemas para explorar seu ambiente social sem o apoio necessário dos que as cercam, o que torna o mundo ao seu redor por vezes incompreensível. A criança, sentindo falta de proteção e apoio, pode perder o interesse ou sentir medo, evitando novas explorações ou fazendo-as de forma desordenada.

No período pré-escolar, ela pode apresentar retardos de certas funções neurológicas como atenção, concentração, memória e planejamento, o que acarretará em dificuldades para organizar, de maneira coerente, a relação de causa e efeito. No período escolar, a criança poderá apresentar dificuldades de concentração e de planejamento de seu trabalho, o que tornará a realização das atividades propostas mais difíceis e concorrerá para que desista facilmente antes de tentar realizá-las. A criança negligenciada pode também apresentar problemas de comportamento que interferirão em sua aprendizagem. Desse modo, ela começará a acumular rapidamente diversos fracassos no ambiente escolar, sentindo na escola um ambiente hostil e imprevisível.

b) O engajamento mútuo e a comunicação: as tentativas de comunicação da criança negligenciada com as pessoas com quem convive são repletas de fracassos. Percebendo que não há retorno, não há resposta a seus chamados, sente-se confusa e com medo.

No período pré-escolar e escolar, ela demonstrará dificuldades para se comunicar e interagir com os seus pares, desenvolvendo atitudes egocêntricas. Suas fracas habilidades verbais vão dificultar suas relações sociais. Não raro, a criança negligenciada poderá apresentar uma forma de comunicação mais rudimentar, utilizando muitas vezes o corpo para se expressar, o que pode gerar muitos conflitos interpessoais.

c) A expressão e a regulação afetiva: a regulação dos afetos é o processo que permite à criança descobrir e manter um estado de conforto, de bem-estar, de controle do grau de excitação em situações diversas. A criança aprende esse processo no início da infância, com as pessoas de seu convívio, na medida em que essas vão lhe fornecendo as primeiras estruturas de regulação. A criança negligenciada tem dificuldade de desenvolver as estruturas de regulação afetiva, na mutualidade das trocas sociais, sendo exposta regularmente a estados emocionais negativos.

No período pré-escolar, ela tenderá, portanto, a agir diferentemente das outras crianças, apresentando dificuldades em controlar seus sentimentos de cólera, sua impaciência e, por consequência, tendo problemas para a resolução de conflitos. No período escolar, essas características se acentuam, denotando-se o desenvolvimento de estratégias pouco eficazes para lidar com as situações sociais, como passividade, inibição e/ou agressão exacerbada, criando situações difíceis para com os educadores e os colegas.

d) O apego e a representação de si e dos outros: a criança negligenciada sente muito cedo que ela não é importante para que se ocupem dela e/ou que as pessoas não são eficientes em lhe proteger e reconfortar, sendo que ela dificilmente pode sentir confiança, o que interfere no estabelecimento de uma relação de apego segura. Por isso, essa criança tende a desenvolver atitudes muitas vezes hostis, na tentativa de ganhar atenção.

No período pré-escolar e escolar, ela tenderá a continuar confusa e com dificuldades nas relações com os pares e com os professores, às vezes requerendo muita atenção, outras se distanciando de todos.

Corroborando essas indicações de sequelas no plano desenvolvimental, outros estudos são mencionados, destacando-se alguns que enfatizam aspectos neuropsicológicos. Glaser (2000), por exemplo, entre outras consequências, encontrou

consideráveis evidências de danos no cérebro em crianças negligenciadas, tais como uma redução do volume cerebral, mudanças bioquímicas, funcionais e de estrutura cerebral.

De Bellis (2005), por meio de uma revisão de literatura sobre as consequências psicobiológicas associadas à negligência, afirma que, apesar da escassez de estudos, é incontestável que essa produza impacto negativo no desenvolvimento neurológico infantil. O autor frisa que a negligência pode prejudicar o desenvolvimento do cérebro, causando atrasos ou déficits no desenvolvimento da regulação comportamental, emocional, cognitiva e no funcionamento psicossocial, gerando comportamentos antissociais e baixo desempenho escolar. Ele argumenta que a negligência da criança, enquanto privação de cuidados essenciais, é um estressor extremo para o desenvolvimento humano.

O estudo de Nolin e Ethier (2007) verificou diferenças nas implicações neuropsicológicas em crianças negligenciadas, crianças negligenciadas e vítimas de abuso físico e crianças de um grupo controle (sem indicações de maus-tratos), mostrando que as crianças negligenciadas (não abusadas fisicamente) obtiveram resultados significativamente piores do que o grupo controle nos testes de destreza manual, atenção e integração visual-motora. As crianças negligenciadas e abusadas fisicamente obtiveram escores significativamente inferiores nos testes de cálculo mental, de formação de conceitos, apresentaram mais déficits cognitivos, mais dificuldades na resolução de problemas, na abstração e no planejamento que o grupo controle. Os autores colocam ainda que as crianças negligenciadas, com ou sem abuso físico, podem ser diferenciadas do grupo controle por um pior desempenho na execução de uma tarefa complexa e na habilidade que integra a função visual-motora.

Também interessados nos efeitos neuropsicológicos da negligência, De Bellis et al. (2009) compararam um grupo de crianças negligenciadas a um grupo controle, e verificaram que aquelas apresentariam significativamente menor QI: teriam mais dificuldades de aprendizagem, pior desempenho em leitura e em matemática e menos memória visual e verbal, além de apresentarem mais dificuldades para planejar e resolver problemas, o que, em conjunto, representaria risco significativo para o insucesso escolar e, a longo prazo, para piores condições de vida. Os autores relatam também que crianças abandonadas por seus pais (encaminhadas para abrigos) demonstraram menor desempenho em resultados neurocognitivos e no desempenho acadêmico que um grupo controle.

Num estudo pioneiro, Kendall-Tackett e Eckenrode (1996) já haviam demonstrado que crianças negligenciadas, muitas vezes, apresentariam déficits cognitivos, tendo pior desempenho escolar e mais problemas de comportamento, mostrando também dificuldades de adaptação a novas situações. Nas análises realizadas pelos autores, verificou-se que a negligência, quando combinada ao abuso físico, ao sexual ou ao psicológico, correlacionar-se-ia ao declínio no desempenho escolar infantil, favorecendo instalação de problemas disciplinares e de repetência escolar.

Na mesma direção, Mayer et al. (2007) também mostraram que as crianças negligenciadas teriam maior probabilidade de apresentar problemas de aprendizagem e atrasos no desenvolvimento, se comparadas a outras crianças, observando que as vítimas de negligência apresentavam maior número de problemas que as de outras formas de maus-tratos. Corroborando esses achados, Pears (2008) e Mills et al. (2011) observaram que a negligência, de forma independente de outros tipos de maus-tratos ou associada a estes, correlacionar-se-ia fortemente a um menor nível de funcionamento cognitivo na adolescência também.

Focando especificamente aspectos da memória, Cicchetti et al. (2010) relataram que crianças abusadas e negligenciadas apresentariam maiores dificuldades para lembrar e recordar que crianças não submetidas a tais adversidades. Colocaram ainda que as crianças submetidas à negligência física, em coocorrência a maus-tratos emocionais, apresentariam também aumento dos níveis de imprecisão da memória em comparação a crianças que teriam sofrido outros tipos de abuso.

No tocante ao comportamento, no estudo realizado por Linares et al. (2010) verificou-se que crianças que tinham um histórico de abuso infantil associado à negligência tendiam a apresentar mais sintomas de hiperatividade, sendo que, ao longo do tempo, as que teriam sido abusadas (porém não negligenciadas) apresentariam declínio mais acentuado dos sintomas de hiperatividade se comparadas àquelas com histórias de abandono.

Os resultados do estudo de Wright et al. (2009), que explorou relações entre abuso emocional, negligência emocional e funcionamento adaptativo ao longo do tempo, revelaram que tanto a negligência emocional como o abuso emocional apresentaram-se associados ao aumento da agressividade e do isolamento social na infância, bem como a competências socioemocionais desfavorecidas em adolescentes. Os autores frisam ainda que as experiências de abuso emocional (como a crítica constante, desprezo, desaprovação, rejeição) e de negligência emocional (ser ignorado,

não se sentir digno de ser amado) podem ter um impacto negativo a longo prazo se forem internalizados, podendo causar altos índices de ansiedade, depressão e tendências suicidas.

O estudo de Cheng e Lo (2010) coloca outra consequência importante associada aos maus-tratos, que é o uso abusivo do álcool por adolescentes, que se mostra mais significativo quando há experiência de abandono na infância.

Conforme os apontamentos feitos, as crianças negligenciadas tenderiam a acumular problemas desenvolvimentais múltiplos e suas capacidades adaptativas padeceriam de uma sobrecarga (GLASER, 2002; LACHARITÉ; ÉTHIER; NOLIN, 2006; NOLIN; TURGEON, 2004). Como já se sublinhou, muitas dessas crianças, ao entrarem na escola apresentariam dificuldades de aprendizagem e de comportamento e, por essa razão, deveriam ser alvo de intervenção de ajuda, visto que têm chances de desencadear uma série de novas consequências negativas (LACHARITÉ; ÉTHIER; NOLIN, 2006; PEREIRA et al., 2009).

1.5 Desafios desenvolvimentais no início da escolarização e fatores de risco associados

A criança que ingressa na escola se depara com situações novas e é submetida a várias demandas e exigências, tais como lidar com um novo ambiente de adultos desconhecidos, relacionar-se com outras crianças da mesma idade e também com crianças mais velhas, desafios acadêmicos, menos tolerância com a demonstração de comportamentos de dependência, menos ajuda e regras de conduta mais rígidas. Isso tudo pode ser gerador de estresse às crianças, pois essas podem experimentar em maior escala situações frustrantes, irritantes e muito exigentes (STASIAK, 2010; MARTURANO, 2008). Assim, essa situação de transição envolve a aquisição de habilidades psicossociais para lidar de forma satisfatória com as demandas e exigências, o que pode influenciar de forma significativa seu autoconceito e seu modo de interagir no novo ambiente que lhe é imposto (CIA; BARHAM; FONTAINE, 2010; MARTURANO, 2008; MARTURANO; TRIVELLATO-FERREIRA; GARDINAL, 2009; STASIAK, 2010).

Nesse processo de adaptação à escola, tanto as características psicológicas da criança como as variáveis do contexto familiar atuam como fatores que podem diminuir

ou aumentar o estresse associado ao cotidiano escolar (STASIAK, 2010; MARTURANO, 2008). Marturano (2008, p.86) coloca ainda que:

Supõe-se que crianças que iniciam a primeira série com um repertório de habilidades - cognitivas, interpessoais, de auto-regulação e de realização de tarefas escolares – compatível com as demandas do novo contexto estão mais protegidas dos efeitos adversos do estresse da transição, assim como aquelas que vivem em ambientes estáveis e contam com suporte da família para lidar com a transição.

Assim, o processo de desenvolvimento emocional e social nos primeiros anos escolares é condicionado às características do contexto social e interativo em que a criança está inserida, sendo que a família desempenha um papel de grande importância, que pode ser positivo ou negativo (MANSO et al., 2002; CIA; BARHAM; FONTAINE, 2010). O suporte familiar nessa transição é importante para promover ganhos de aprendizagem, sendo que condições de risco e instabilidade ambiental podem aumentar a vulnerabilidade da criança à apresentação de problemas adaptativos nas primeiras séries (KENDALL-TACKET; ECKENRODE, 1996; MARTURANO, 2008).

Na pesquisa realizada por Cia, Pamplin e Williams (2008), verificou-se que o desempenho acadêmico das crianças está relacionado à interação entre pais e filhos, podendo essa interação ocorrer na participação dos pais nas atividades escolares, culturais e também de lazer dos filhos.

É evidente que o apoio da escola é também fundamental para que a criança tenha sucesso na aprendizagem da leitura e da escrita nessa etapa de adaptação repleta de novas experiências e mudanças. A qualidade do relacionamento dos professores com a criança e também o relacionamento entre os professores e os pais/responsáveis pela criança, assim como o amparo familiar, são preditores do engajamento e do desempenho das crianças nas primeiras séries (HUGHES; KWOK, 2007).

Conforme indicam Jacob e Loureiro (2004, p.138): “O ingresso no mundo escolar proporciona à criança múltiplas experiências e desafios. O contato com os professores e com os colegas mediado pelo contexto da aprendizagem acadêmica é intenso”. As autoras relatam também (p.139) a importância do autoconceito da criança sobre a influência proporcionada pelo professor e no relacionamento com as outras crianças, sendo aceita ou não pelos seus pares, colocando que no contexto escolar:

(...) a criança terá maior motivação para enfrentar a situação de aprendizagem na medida em que tiver uma percepção positiva de seu potencial intelectual, da sua capacidade para aprender os conteúdos

escolares e de obter sucesso, características estas associadas a um autoconceito positivo. Em contrapartida, a motivação será menor na medida em que a criança não se perceber com os recursos necessários para tal, o que está associado a um Autoconceito negativo.

As crianças que apresentam competência social e emocional têm mais oportunidades de socialização com os colegas, têm um melhor relacionamento com seus pais e professores e apresentam mais sucessos acadêmicos e sociais. Crianças que não têm competência social e emocional vivem oportunidades de socialização reduzidas, experimentam rejeição e isolamento, tendendo a apresentar distúrbios comportamentais e problemas de desempenho escolar (MCCABE; ALTAMURA, 2011).

Em meio a isso, há o desafio da aprendizagem da leitura e da escrita em si, sendo que essa é uma das tarefas básicas nessa fase desenvolvimental e constitui-se na meta principal da escolarização formal inicial. Aprender a ler e escrever é muito importante e influencia a vida da criança em diferentes aspectos: linguísticos, cognitivos e emocionais, e por toda sua vida, no tocante a aspectos culturais, econômicos e sociais (BONAMINO, COSCARELLI; FRANCO, 2002; MENDES et al, 2009; PASIAN; DE ROSE, 2011; STROMQUIST, 2001). Entretanto, nem sempre é um objetivo alcançado, o que constitui um sério problema educacional. A entrada das crianças na escola não é garantia das aquisições em termos de alfabetização (BONAMINO, COSCARELLI; FRANCO, 2002; MENDES et al., 2009; PASIAN; 2004). Faz-se necessária atenção, avaliação e acompanhamento das crianças na fase inicial da escolarização, a fim de verificar se suas habilidades para o aprendizado estão sendo estabelecidas ou se é preciso haver algum tipo de intervenção e auxílio para que se possa alcançar o desempenho esperado. Pesquisadores nacionais e internacionais relatam que nem todos os alunos aprendem da mesma forma e no mesmo ritmo, alguns ficando em desvantagem para obterem ganhos acadêmicos na sala de aula regular (FERREIRO; TEBEROSKY, 1999; PINELL, 1989; MARQUEZAN; SOUZA, 2000; MEDEIROS, LOUREIRO; LINHARES, 2000; LYONS, 1998; PASIAN; DE ROSE, 2011). Muitas vezes as crianças sentem-se incapazes de realizar as atividades acadêmicas propostas, o que se associa a vivências de fracassos com a diminuição do rendimento (CLAY; CAZDEN, 1996; FERREIRO; TEBEROSKY, 1999; DOCKRELL; MCSHANE, 2000; OKANO; LOUREIRO; LINHARES; MARTURNANO, 2004; PASIAN E DE ROSE, 2011).

Reiterando essa ideia, Santos e Graminha (2006, p. 101) colocam que:

As dificuldades de aprendizagem em si são uma condição de risco psicossocial, colocando o indivíduo em situação de desvantagem educacional e social. Pessoas que fracassam ou aquelas que abandonam a escola perdem oportunidades que poderiam representar experiências favorecedoras ao seu desenvolvimento.

Em suma, vários estudos relatam a importância das experiências nas séries iniciais – sociais e acadêmicas – sobre a trajetória futura da criança na escola, mostrando que as séries posteriores são influenciadas pelo desempenho e pelo ajustamento escolar no início da escolarização, ressaltando que os relacionamentos da criança com os colegas e com os professores influenciam sua aprendizagem e seu ajustamento, o que reflete no seu progresso escolar, nos anos subsequentes (DOCKRELL; MCSHANE, 2000; GARDINAL, 2009; HUGHES; KWOK, 2007; MARTURANO; TRIVELLATO-FERREIRA; PASIAN; DE ROSE, 2005).

Acompanhar e verificar se a criança apresenta insucesso na fase de iniciação escolar, e por quais razões, é, portanto, de grande importância, sendo necessário ficar em alerta para alguns indicadores de risco que podem gerar o fracasso escolar, como falta de habilidades, de motivação, de interesse, dificuldade de adaptação, indisciplina, insatisfação com o professor e com a escola (BONAMINO; COSCARELLI; FRANCO, 2002; PASIAN; DE ROSE, 2011). Dockrell e Mcshane (2000, p.17) ressaltam que: “O fracasso escolar precoce pode levar à perda da autoconfiança, com efeitos subsequentes no aprendizado”.

Tendo ciência da problemática gerada pela negligência e das implicações de suas consequências, desponta como necessária a realização de estudos relativos ao período inicial da escolarização no desenvolvimento da criança de que se suspeite serem negligenciadas, suas implicações e repercussões tanto no desempenho escolar, como na socialização com os pares e com a equipe docente. Conseguir sucesso nessa adaptação pode repercutir em toda vida escolar da criança, em termos de desempenho acadêmico e interação social, destacando que a família e a escola aparecem como elementos fundamentais facilitadores ou não desse processo.

1.6 Os objetivos do estudo

O objetivo geral da presente pesquisa foi o de estudar o fenômeno da negligência infantil e suas consequências no plano do desenvolvimento de crianças em idade escolar. Assim, buscou-se caracterizar casos suspeitos de negligência infantil doméstica assinalados em diferentes contextos: os notificados ao Conselho Tutelar e outros identificados no contexto escolar (não notificados naquela instância), em relação a um grupo de referência, de modo a conhecer os níveis e a natureza de dificuldades apresentadas no plano do desenvolvimento psicossocial e acadêmico das crianças e os fatores de risco psicossociais associados, no tocante ao(s) cuidador(es).

Em termos específicos, os objetivos foram:

- 1) Verificar o desenvolvimento psicossocial e o desempenho acadêmico de um grupo de crianças suspeitas de viverem negligência, identificadas no Conselho Tutelar;
- 2) Verificar o desenvolvimento psicossocial e o desempenho acadêmico de um grupo de crianças suspeitas de viverem negligência, identificadas a partir do contexto educacional;
- 3) Verificar o desenvolvimento psicossocial e o desempenho acadêmico de um grupo de crianças sem suspeitas de viverem negligência, identificadas a partir do contexto educacional;
- 4) Verificar a presença de fatores de risco associados, especialmente os de natureza psicossocial concernindo aos cuidadores das crianças suspeitas de viverem negligência, identificadas no Conselho Tutelar;
- 5) Verificar a presença de fatores de risco associados, especialmente os de natureza psicossocial concernindo aos cuidadores das crianças suspeitas de viverem negligência, identificadas no contexto educacional;
- 6) Verificar a presença de fatores de risco associados, especialmente os de natureza psicossocial concernindo aos cuidadores das crianças sem suspeitas de viverem negligência, identificadas no contexto educacional;
- 7) Verificar a presença ou não de diferenças entre os grupos de crianças no plano do desenvolvimento psicossocial e no do desempenho acadêmico;
- 8) Verificar a presença ou não de diferenças nos cuidadores de cada grupo das crianças quanto aos fatores de risco psicossociais.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

A presente investigação foi realizada com três grupos formados a partir da identificação de crianças em séries escolares iniciais, especificamente nas 1^a. e 2^a. séries do primeiro grau (2^o. e 3^o. anos respectivamente), com idades entre seis e oito anos.

O primeiro grupo (GRUPO 1) foi formado tendo por base notificações feitas ao Conselho Tutelar da cidade de São Carlos (SP), registradas como sendo “casos de negligência”. Esse grupo foi composto pelas crianças e seus respectivos cuidadores/responsáveis legais, totalizados trinta díades. O segundo grupo (GRUPO 2) foi formado por casos suspeitos de negligência, tendo por base observações de professores, no contexto escolar, porém não notificados ao Conselho Tutelar (sendo, portanto, desconhecidos no sistema oficial de proteção). Esse grupo também foi composto pelas crianças e seus respectivos cuidadores/responsáveis legais, totalizados trinta díades. O terceiro grupo (GRUPO 3) foi formado a partir de indicações também feitas no contexto escolar, com base nas observações de professores, de crianças das quais não se suspeitasse de maus-tratos/negligência. O GRUPO 3 foi composto pelas crianças e seus respectivos cuidadores/responsáveis legais, totalizados também trinta díades. Assim, o presente estudo contou com a participação de noventa crianças e noventa pais/cuidadores.

Algumas das características sociodemográficas das crianças e dos cuidadores/responsáveis em cada um dos três grupos estudados é apresentada a seguir na tabela 1.

Tabela 1- Informações sócio-demográficas das famílias estudadas

Grupos	Grupo 1 (n = 30)	Grupo 2 (n = 30)	Grupo 3 (n = 30)
Idade Média	34 anos	33 anos	33 anos
Sexo Feminino	29	26	29
Sexo Masculino	01	04	01
Habitação Própria	10	13	12
Alugada	13	13	16
Cedida	7	4	2
Renda Familiar Média	743 reais	905 reais	1323 reais
Média de Anos de Estudo do respondente	4,53	5,07	9,43

É preciso considerar, a título de participantes, que 11 professores também colaboraram diretamente com o presente estudo. Estes eram profissionais de uma Escola Municipal de Educação Básica (EMEB) e de cinco Escolas Estaduais da cidade, junto

aos quais se conseguiu obter as indicações das crianças/díades que compuseram os GRUPOS 2 e 3 e levantar informações padronizadas referentes ao desenvolvimento das crianças dos três grupos.

2.2 Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados diferentes instrumentos padronizados aplicados em diferentes fontes: com as crianças, com os pais/cuidadores e professores.

Em relação aos cuidadores/responsáveis, visando coletar informações que permitissem caracterizar as crianças, as famílias das crianças, bem como caracterizá-los e identificar fatores de risco psicossociais relacionados a tais adultos (cuidadores/responsáveis) foram utilizados os seguintes instrumentos:

- **O Questionário de Caracterização Sociodemográfica.** Esse, originalmente proposto por Bringiotti (1999), foi traduzido e adaptado semanticamente por membros do GEPDIP, servindo para colher informações que possibilitam uma caracterização dos responsáveis em termos sociodemográficos (idade, sexo, nível educacional, renda, estado civil) e de algumas variáveis consideradas fatores de risco para os maus-tratos (idade em que teve o primeiro filho, número de filhos ou crianças sob os cuidados, intervalo de nascimento entre os filhos, quantidade de cômodos e número de pessoas residindo na casa, situação empregatícia, naturalidade, grau de satisfação com o bairro, bem como a percepção sobre o apoio social recebido da vizinhança e da família estendida, e grau de satisfação com a relação conjugal). Ainda, por meio da aplicação desse instrumento, busca-se informações relacionadas à gravidez (se planejada ou não) e características do pré-natal, parto e pós-parto, bem como sobre a existência de problemas de saúde dos participantes ou da criança.
- **O Inventário de Potencial de Risco para os Maus-Tratos Infantis (CAP - Child Abuse Potential Inventory).** Construído por Milner (1986), foi traduzido e adequado semanticamente para o português por membros do GEPDIP-USP e do LAPREV (*Laboratório de Prevenção da Violência – UFSCar*). Na sequência, o instrumento foi alvo de estudos na realidade brasileira (BÉRGAMO, 2007; RIOS, 2010), tendo-se atestado suas qualidades psicométricas. Bérghamo, Pasian,

Ávila de Mello e Bazon (2009) avaliaram sua fidedignidade (consistência interna) chegando a estimativas adequadas para a escala de Abuso (0,92 e 0,93 para grupos estudados). Rios (2010), com vistas à adaptação transcultural do CAP para o Brasil, verificou que a versão em português apresenta uma equivalência semântica adequada e demonstrou a validade de constructo do instrumento por meio da Análise Fatorial de Componentes Principais. A autora também avaliou a fidedignidade do CAP por meio de sua consistência interna (alfa de Crombach), chegando ao índice de 0,95. O objetivo principal do instrumento é o de avaliar determinados fatores de risco de natureza psicológica e psicorrelacional, especificamente associados aos maus-tratos físicos e à negligência em adultos/responsáveis por crianças. O inventário é constituído por 160 itens aos quais a pessoa responde se concorda ou discorda da afirmação. A Escala de Abuso, a principal do CAP, é composta por 77 itens¹.

- **O Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL - *Child Behavior Checklist*)** - Elaborado por Achenbach (2001), o CBCL foi traduzido para o português e teve sua validação preliminar na realidade brasileira realizada por Bordín, Mari e Caiero, 1995. Trata-se de um questionário composto por 138 itens, 20 direcionados para avaliação da competência social e 118 itens que avaliam os problemas de comportamento em crianças de seis a 18 anos, a partir de informações fornecidas pelos pais/cuidadores. Os itens do questionário listam uma série de comportamentos e, para cada um deles, o respondente deve marcar a frequência com que esses problemas de comportamento ocorrem. As respostas dadas aos itens são pontuadas em uma escala de três pontos: (0) nunca ocorre, não é verdadeiro, (1) às vezes ocorre, é um pouco verdadeiro e (2) sempre ocorre, é muito verdadeiro. (ACHENBACH, 2001; BORDIN; MARI; CAEIRO, 1995; SANTOS; SILVARES, 2006). Escores totais são computados para a Performance Acadêmica, Funcionamento Adaptativo, Total de Problemas de Comportamento, Problemas Internalizados e Problemas Externalizados. Também são computados os escores para cada uma das oito escalas

¹ O instrumento é composto por dez escalas: a principal “Abuso” e suas subescalas Angústia, Rigidez, Infelicidade, Problemas com a Criança e Consigo, Problemas com a Família, Problemas com os Outros, além das subescalas de validade - Inconsistência Interna, Resposta ao Acaso, Desejabilidade Social ou Mentira. No presente estudo trabalhou-se somente com os resultados da escala principal, a de “Abuso”.

correspondentes ao perfil das síndromes: ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo e seis escalas correspondentes ao diagnóstico de transtornos mentais (DSM-IV): transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, problemas somáticos, déficit de atenção/transtorno de hiperatividade, transtorno oppositor desafiante e transtorno de conduta. Os escores brutos para cada uma das escalas do CBCL são convertidos em escores T, baseados em percentis da amostra normativa norte-americana. Em todas as escalas do CBCL, a criança é classificada, conforme propõe o instrumento, como Clínica, Limítrofe ou Não-Clínica, de acordo com a amostra normativa de pares de Achenbach (2001).

Junto aos professores, visando também caracterizar as crianças do estudo, empregou-se o:

- ***Teacher's Report Form / 6-18 (TRF)*** - Elaborado por Achenbach e Rescorla (2001) tem a versão brasileira do instrumento desenvolvida e traduzida para o português no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da USP (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência/Relatório para Professores). O instrumento baseia-se nas informações fornecidas por educadores/professores, no sentido de avaliar a competência social e a presença de problemas de comportamento em crianças de seis a 18 anos. O instrumento contém 126 itens, sendo 13 itens relativos à avaliação do desempenho acadêmico e de características adaptativas e 113 itens referentes à avaliação de problemas de comportamento. As respostas dadas aos itens são pontuadas em uma escala de três pontos: (0) nunca ocorre, não é verdadeiro, (1) às vezes ocorre, é um pouco verdadeiro e (2) sempre ocorre, é muito verdadeiro. Escores totais são computados para a Performance Acadêmica, Funcionamento Adaptativo, Total de Problemas de Comportamento, Problemas Internalizados, Problemas Externalizados, também são computados os escores para cada uma das oito escalas correspondentes ao perfil das síndromes: ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo e seis escalas correspondentes ao diagnóstico de

transtornos mentais (DSM-IV): transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, problemas somáticos, déficit de atenção/transtorno de hiperatividade, transtorno oppositor desafiante e transtorno de conduta. Os escores brutos para cada uma das escalas do TRF são convertidos em escores T, baseados em percentis da amostra normativa e em todas as escalas do TRF, a criança é classificada, conforme propõe o instrumento, como Clínica, Limítrofe ou Não-Clínica (LABORATÓRIO DE TERAPIA COMPORTAMENTAL/USP, 2006).

Junto às crianças foi empregado o instrumento:

- ***TDE - Teste de Desempenho Escolar.*** Elaborado no Brasil por Stein (1994), esse é um instrumento que oferece uma avaliação das capacidades fundamentais para o desempenho escolar da criança, no plano da escrita, da aritmética e da leitura e apresenta um resultado geral para escolares do Ensino Fundamental. O *TDE* é composto por três subtestes: escrita (escrita de nome próprio e de palavras isoladas apresentadas sob a forma de ditado), aritmética (solução oral de problemas e cálculos de operações aritméticas por escrito) e leitura (reconhecimento de palavras isoladas do contexto). Os escores brutos dos subtestes e o total são convertidos através de uma tabela que indica as classificações superior, média e inferior em relação às normas do teste para cada série escolar.

Também foi utilizado e respondido pela pesquisadora o instrumento:

- ***Child Neglect Index.*** Desenvolvido em Ontário-Canadá por Trocme (1996). O instrumento original é em inglês e possui uma versão validada em francês. A versão em francês foi traduzida para o português pela pesquisadora deste projeto e foi revisada, gentilmente, por pesquisador da área com competência em leitura em português e francês², sendo posteriormente encaminhada para o autor, para que tomasse conhecimento, o qual autorizou sua aplicação em pesquisa no Brasil. Esse instrumento vem sendo usado em diferentes países para a

² Esse trabalho de verificação da qualidade da tradução foi realizado pelo Professor Carl Lacharité, diretor do Centro de Pesquisa de Estudos Interdisciplinares sobre o Desenvolvimento da Criança e a Família, da Universidade de Québec à Trois-Rivières, Canadá.

identificação de crianças negligenciadas (STRAUSS; KANTOR, 2005; NOLIN, 2004; SULLIVAN, 2000). Ele caracteriza-se por ser um inventário do tipo *check list* por meio do qual um avaliador (no caso, o pesquisador), afere e pontua a presença de comportamentos parentais, relativos: à supervisão parental referente aos cuidados físicos - alimentação, cuidados com vestimenta e higiene e com a saúde física; aos cuidados com a saúde mental; com a educação e com o desenvolvimento das crianças. O instrumento apresenta sete categorias de negligência que incluem: supervisão, cuidados físicos relativos à nutrição, cuidados físicos relativos à vestimenta/higiene, cuidados de saúde física, cuidados de saúde mental, educação e desenvolvimento. Na versão original, um escore entre zero e 20 corresponde à ausência de negligência, o que indica que as necessidades da criança estão sendo atendidas de modo satisfatório. Um escore entre 25 e 45 corresponde a uma negligência leve que poderá necessitar de alguma ajuda. Já um escore maior que 50 corresponde à negligência moderada ou severa, descrevendo um quadro que necessita de intervenção para proteção da criança. Observa-se que, de acordo com a idade da criança, é adicionado ao número de pontos um escore que acentua o índice de negligência: quanto menor é a idade da criança maior é essa pontuação, sendo 20 pontos para idades entre zero e dois anos, 15 pontos para idades entre três e cinco anos, cinco pontos para idades entre seis e 12 anos e zero pontos acima dessa idade. O instrumento foi preenchido pela pesquisadora, com base em observações realizadas nas moradias e informações obtidas diretamente junto aos cuidadores das crianças. Também foram consideradas informações feitas pelos professores relativos à temática de seu conhecimento como vestimenta adequada, faltas escolares, material didático em ordem, participação dos cuidadores em reuniões escolares e responsividade dos mesmos frente a mensagens e solicitações feitas pela escola, concernentes às crianças.

2.3 Cuidados Éticos e Procedimentos de coleta de dados

Neste estudo, foram tomadas as medidas necessárias para observar os princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos, de acordo com as Diretrizes e Normas vigentes. Primeiramente, foi realizado contato com a Secretária Municipal de Educação do Município e com os Conselheiros Tutelares da cidade, de modo a apresentar o

projeto de pesquisa e solicitar a autorização a esses órgãos. Dispondo dessa autorização, o projeto foi submetido e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP tendo sido aprovado nessa instância (ver em anexo A, parecer nº. 394/2008).

No Conselho Tutelar, o levantamento dos “casos” que poderiam integrar a pesquisa, considerando os critérios estabelecidos pela pesquisadora (ter sido notificado por negligência e referir-se a crianças com idade entre seis e oito anos de idade), aconteceu tendo uma pré-seleção feita pelos próprios Conselheiros Tutelares. Os prontuários dos casos indicados foram disponibilizados e, assim, eram analisados no sentido de serem triados com vistas a garantir a seleção de casos que mais claramente caracterizavam-se como sendo “casos de negligência”, de acordo com a definição adotada, buscando-se guardar prioritariamente aqueles considerados mais “puros”, ou seja, aqueles cuja descrição da situação não remetia às outras formas de maus-tratos ou indicasse ser a negligência a problemática principal.

Inicialmente foram indicados 42 “casos” notificados ao Conselho Tutelar, dos quais foram selecionados 37, após análise. A partir de então, deu-se início às tentativas de contato com os cuidadores/responsáveis envolvidos: três não foram encontrados no endereço; dois haviam mudado da cidade e dois não quiseram participar do projeto.

No âmbito das escolas, o projeto foi primeiramente apresentado aos diretores de modo que eles também autorizassem a realização da pesquisa em suas dependências. Uma vez autorizado pelo diretor, nas escolas, foi exposto o trabalho a ser realizado e proferida uma palestra para os professores responsáveis pelo 2º e pelo 3º ano do ensino fundamental, visando sensibilizá-los e favorecer a participação no projeto. Na sequência, permanecendo na escola, a pesquisadora disponibilizava-se para realizar esclarecimentos individuais ou em grupo, nos horários de HTPC (Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo), para que os interessados melhor compreendessem a pesquisa. Com os professores que se mostravam interessados em participar, passava-se ao procedimento de explicar sobre como poderiam detectar sintomas/sinais da negligência em crianças, no contexto escolar. Para essa orientação, utilizou-se um instrumento que encontra-se em anexo (anexo B), no qual elencam-se os principais indicadores da negligência.

Cumprir informar que esse procedimento foi realizado em diversas escolas, mas a maioria dos professores não quis se envolver com a pesquisa, recusando-se à participação. Dentre oito escolas municipais existentes na cidade, apenas em uma efetivamente encontraram-se participantes para a pesquisa, após ter sido realizada uma

palestra em todas as escolas sobre o tema “maus-tratos infantis” e ser fornecido esclarecimentos nos horários de HTPC.

Vale ressaltar que, inicialmente, pretendia-se realizar a investigação como um todo nas escolas nas quais as crianças identificadas a partir dos dados do Conselho Tutelar encontravam-se, enquanto estudantes. Contudo, isso não foi possível, tendo-se inclusive que expandir a proposição da pesquisa a outras escolas, trabalhando também em cinco escolas estaduais, nas quais a direção e alguns professores demonstraram interesse pela pesquisa.

Assim, nesse panorama, no que respeita à formação do GRUPO 2, conseguiu-se nas escolas a indicação de 35 “casos suspeitos de negligência”, sendo que todos os 35 foram contatados. Destes, cinco não tiveram interesse em dar andamento ao estudo.

Nas escolas, após os procedimentos iniciais visando fomentar a identificação de “casos suspeitos de negligência” e sua indicação ao pesquisador, passou-se a demandar também a indicação das crianças que comporiam o grupo de referência (GRUPO 3), ou seja, das crianças “sem suspeita de negligência”, solicitando que os professores buscassem cumprir alguns critérios de pareamento, como sexo e idade. Também foram indicados 35 “casos de crianças sem suspeita de sofrerem maus-tratos/negligência”, sendo que cinco não foram integrados ao projeto por não serem mais necessários, considerando que os primeiros 30 casos indicados foram integrados à pesquisa, o que possibilitou cumprir os critérios de equiparação de 30 “casos” por grupo.

Na sequência, aos professores era demandado que preenchessem ao TRF, sendo explicadas e tiradas as dúvidas existentes sobre o preenchimento do mesmo. Eles tiveram a opção de levar o instrumento, responder e devolver posteriormente ao pesquisador. Com isso, entre a entrega do instrumento e a devolução do mesmo preenchido ao pesquisador, os professores levaram entre um e dois meses. Eles informaram que o preenchimento de cada questionário demorou cerca de 30 minutos.

Com base nas indicações de crianças com e sem suspeita de negligência feitas pelos professores (GRUPO 2 e 3), nas escolas, procedeu-se ao contato com as famílias, dispondo da autorização dos diretores para isso.

No contato com os cuidadores/responsáveis dos três grupos, o projeto era explicado e, uma vez que se mostrassem dispostos a colaborar, lhes era entregue e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitando ao mesmo colaborar com a pesquisa respondendo aos instrumentos e autorizando a participação de seus filhos. Havendo concordância por parte dos cuidadores (pais/responsáveis), os mesmos,

em suas moradias, eram solicitados a, imediatamente, responder ao instrumento Questionário de Caracterização. De acordo com a disponibilidade do cuidador, dava-se continuidade à aplicação dos outros instrumentos ou, então, agendava-se nova visita para que o mesmo respondesse ao CAP (*Child Abuse Potential Inventory*) e ao CBCL (*O Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência*) em outro dia. O tempo de resposta para cada questionário variou entre 40 minutos e uma hora.

Cada uma das crianças que compuseram os três grupos foi contatada nas escolas, no período em que estudavam, após ter-se conseguido a autorização dos adultos responsáveis. Estas, com a permissão da direção e das respectivas professoras, foram retiradas da sala de aula e levadas a outra sala dentro da própria escola para serem submetidas ao TDE (*Teste de Desempenho Escolar*). O teste foi aplicado individualmente e levou em média 30 minutos com cada criança.

2.4 Procedimento de análise de dados

No que diz respeito à análise dos dados obtidos por meio da aplicação do Questionário de Caracterização Sociodemográfica, estes foram categorizados e codificados, para poderem ser compilados em banco de dados e analisados estatisticamente.

Os instrumentos padronizados – CAP, CBCL, TRF, TDE o *Child Neglect Index* – foram corrigidos segundo as normas técnicas de cada um, caso a caso, de modo que os escores obtidos pudessem ser também compilados em banco de dados.

Para a construção do banco de dados foi construída uma planilha desenvolvida com programa Excel da Microsoft, na qual todos os dados foram inseridos e disponibilizados para a realização das devidas análises visando atender aos objetivos propostos no estudo³. Para descrever o perfil da amostra por grupos em estudo, realizaram-se análises estatísticas descritivas, e aplicou-se o teste Exato de Fisher e Análises de Variância.

A estatística descritiva teve como objetivo básico sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados. Para as variáveis qualitativas foram consideradas medidas de frequências absolutas e relativas e para as variáveis quantitativas medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, valores mínimos e máximos). Essa descrição foi realizada através dos procedimentos PROC FREQ e PROC MEANS do software SAS versão 9.2, respectivamente.

Para verificar associação entre as variáveis qualitativas do *Questionário de Caracterização* foi utilizado o “Teste Exato de Fisher”. A análise por meio dessa metodologia foi feita através do procedimento PROC FREQ do software SAS versão 9.2.

Para comparar as médias das variáveis quantitativas entre os grupos foram realizadas análises de variância (ANOVA), utilizando-se o procedimento PROC GLM do software SAS versão 9.2. Para a utilização desse modelo é necessário que os resíduos

³ Para isso contou-se com a ajuda de uma profissional em estatística Andressa Kutschenko. Bacharel em estatística pela Universidade Estadual de Marília, trabalhando atualmente como pesquisadora estatística do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP)-USP.

tenham distribuição normal com variância constante. Para a diferença entre os grupos, quando houve rejeição da hipótese nula, foi feito um pós-teste de Duncan.

Para todas as análises foi considerado o nível de significância de $\alpha=0,05$.

3. RESULTADOS

Os resultados foram obtidos por meio da análise das informações coletadas com a aplicação de seis instrumentos: Questionário de Caracterização Sociodemográfica; Inventário de Potencial de Maus-tratos Infantis (CAP); *Child Neglect Index*; Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência - 6 a 18 anos (CBCL); Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência / Relatório para Professores - 6 a 18 anos (TRF); Teste de Desempenho Escolar (TDE). Os resultados serão apresentados a seguir separadamente, para cada um destes instrumentos indicados.

3.1 Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Por meio da aplicação do questionário aos pais/cuidadores foi possível levantar algumas informações que possibilitaram uma caracterização da família e, mais particularmente, do adulto responsável, em termos sociodemográficos e no plano de algumas variáveis consideradas fatores de risco para os maus-tratos infantis.

Os três grupos se equivaleram no tocante ao fato de o companheiro trabalhar (100% no GRUPO 1; 93% no GRUPO 2; 80% no GRUPO3) e quanto à moradia, sendo que a maioria nos três GRUPOS habitava em casa alugada ou cedida (66%, 56% e 60%, respectivamente). Não diferiram no que se refere ao fato de morarem há mais de dois anos no mesmo endereço (87% no GRUPO 1; 74% no GRUPO 2; 74 % no GRUPO 3 indicaram não terem mudado de endereço nos últimos dois anos).

Com relação à configuração familiar, não se detectou diferença significativa entre os três grupos de participantes nos seguintes aspectos: proporção de famílias desconstituídas (50% no GRUPO 1 eram separados/divorciados; 43% no GRUPO 2; 30% no GRUPO 3); quanto ao fato de na família haver um casal coabitando (43% dos participantes do GRUPO 1 coabitavam com um companheiro; 50% no GRUPO 2; 66% no GRUPO 3); no que se refere ao tempo de união do casal (média de 9,7 anos no GRUPO 1; média de 8,6 anos no GRUPO 2; média de 10,4 anos no GRUPO 3). Também não se notou diferença entre os grupos quanto ao número de filhos (média de 2,1 filhos no GRUPO 1; 1,9 filhos no GRUPO 2 e 1,9 filhos no GRUPO 3).

Quanto ao fato de o respondente trabalhar, o GRUPO 1 foi significativamente diferente (p -valor = 0,003) em relação aos GRUPOS 2 e 3, que foram similares (no GRUPO 1 apenas 7 respondentes trabalhavam por ocasião da pesquisa, o que

corresponde a 23%; no GRUPO 2 trabalhavam 16 participantes, correspondente a 53%; e no GRUPO 3 trabalhavam 20 participantes, correspondente a 67%).

Quanto ao tipo de trabalho exercido pelos participantes nos três grupos, para organizar a apresentação dos dados, estabeleceu-se quatro categorias de trabalho, em função do nível de formação requerido para o seu exercício: especializado superior (professores, enfermeiros, advogados, etc.), técnico médio (auxiliar administrativo, técnico em enfermagem, protético, etc.), prestadores de serviço (comerciantes, comerciários, atendentes, etc.) e trabalhadores braçais (operários, artesãos, funileiros, cortadores de cana, etc.). A Tabela 2 sintetiza os resultados obtidos nesse plano.

Tabela 2- Distribuição dos pais/responsáveis segundo o tipo de trabalho exercido

Tipo de Trabalho Exercido	Grupo 1 (n = 7)	Grupo 2 (n = 16)	Grupo 3 (n = 20)
Especializado Nível Superior	0%	0%	15%
Técnico Médio	14%	19%	40%
Prestadores de Serviços	28%	31%	25%
Trabalhadores Braçais	57%	50%	20 %

Os dados da Tabela 2 mostram que o grupo de referência apresenta menos trabalhadores braçais, sendo que o restante se distribui nas 3 categorias, havendo uma concentração maior na denominada “Técnico Médio”. Diferentemente, os GRUPOS 1 e 2 têm a maioria dos participantes concentrados (50% ou mais) na categoria denominada “Trabalhadores Braçais”.

Outro aspecto relacionado ao tipo de trabalho dos participantes é relativo à renda familiar. Os resultados obtidos na análise dessa variável são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3- Renda Familiar salarial

Renda Familiar	Grupo 1 (n = 30)	Grupo 2 (n = 30)	Grupo 3 (n = 30)
Até 1 salário	17%	3%	0%
Mais de 1 até 2 salários	70%	70%	23%
Mais de 2 até 3 salários	13%	24%	57%
Acima de 3 salários	0%	3%	20 %

É notável que, enquanto no grupo de referência (GRUPO 3) a maioria das famílias dos cuidadores vive com “mais de dois até três salários” (57%), as famílias dos cuidadores dos GRUPOS 1 e 2, em sua maioria, vivem com uma renda que varia de “mais de um até dois salários” (70%).

Na variável “anos de escolaridade” houve diferenças significativas (p-valor <0,001). Os participantes dos GRUPOS 1 e 2 seriam similares, apresentando média de 4,5 e 5,1 anos de escolaridade, respectivamente, quando comparados aos participantes do GRUPO 3 (que apresentam média de 9,4 anos de escolaridade), teriam estudado significativamente menos tempo.

Na sequência, destacam-se resultados mais propriamente atinentes à figura do cuidador/responsável pela criança, relativos a determinadas características psicossociais que compõem fatores de risco para os maus-tratos infantis. Assim, numa primeira instância, no que concerne a aspectos envolvendo a maternidade, encontrou-se diferença significativa (p-valor = 0,007) entre os participantes dos três grupos em relação ao fato de terem planejado a gravidez (6% no GRUPO 1; 26% no GRUPO 2; 40% no GRUPO 3). No que diz respeito ao fato de terem feito o pré-natal, houve diferença significativa (p-valor = 0,001) entre o GRUPO 1 (53%) e os GRUPOS 2 e 3, os quais apresentaram escores próximos (83% e 100%, respectivamente). Verifica-se também pelos resultados que houve diferença significativa na idade em que a mãe teve o primeiro filho nos três grupos, sendo que a média de idade se difere nos três grupos, respectivamente 17,4; 18,9 e 21,6 anos, observando-se que nos GRUPOS 1 e 2 as mães tiveram seu primeiro filho antes dos vinte anos, ao passo que no GRUPO 3, tiveram depois dos vinte anos de idade (p-valor <0,001).

No que se refere ao auxílio (apoio social) para cuidar do primeiro filho, os GRUPOS 1 e 2 foram similares e apresentaram diferença significativa (p -valor = 0,001) em relação ao GRUPO 3 (30% no GRUPO 1; 27% no GRUPO 2; 70% no GRUPO 3). Ou seja, nos dois primeiros grupos, uma proporção significativamente menor de participantes referiu ter sido apoiada no desempenho das tarefas de cuidar do primeiro filho.

No que se refere à satisfação com o bairro, houve diferença significativa (p -valor = 0,022) entre o GRUPO 1 e os GRUPOS 2 e 3, que foram similares, com apenas 57% dos participantes do GRUPO 1 respondendo estarem satisfeitos com o bairro de residência, ao passo que no GRUPO 2 o percentual foi de 83% e no GRUPO 3 de 86%.

Com relação à saúde do cuidador/responsável, os participantes nos três grupos, similarmente, referiram ter boa saúde, sendo que a maioria (80%, 90% e 96% respectivamente) afirmou não apresentar qualquer patologia específica. Contudo, houve quem, posteriormente, referisse acreditar sofrer de depressão, embora, nos três grupos, esse apontamento tenha sido feito por uma minoria dos participantes (20% no GRUPO 1; 10% no GRUPO 2; 13% no GRUPO 3). Os participantes também responderam dormir bem, de forma equivalente nos três grupos (100% no GRUPO 1; 93% no GRUPO 2; 90% no GRUPO 3).

No plano da saúde, ainda, sondou-se a existência de determinados hábitos. Assim, questionados sobre fumar ou não, uma minoria de participantes declarou ser tabagista. Embora se possa notar uma proporção mais alta no GRUPO 1 (40% no GRUPO 1; 27% no GRUPO 2; 27% no GRUPO 3) não houve diferença significativa (p -valor = 0,472). Quanto à ingestão de álcool, houve diferença significativa (p -valor = 0,003) entre os GRUPOS 1 e 2, que apresentaram resultado similar, em comparação ao GRUPO 3 (30% no GRUPO 1; 20% no GRUPO 2; zero no GRUPO 3), indicando que, embora seja uma minoria, encontraram-se mais participantes dos GRUPOS 1 e 2 fazendo uso regular de bebidas alcoólicas, na comparação com o GRUPO 3. No tocante ao uso de drogas ilícitas, todos os participantes dos três grupos responderam não fazer uso destas.

3.2 Inventário de Potencial de Maus-tratos Infantis (CAP)

Os resultados obtidos com o instrumento Inventário de Potencial de Maus-tratos Infantis estão apresentados na Tabela 4. Foram analisados os dados de modo a verificar a existência ou não de diferenças entre os grupos na escala principal do instrumento, a Escala de Abuso, usando o teste de ANOVA e o Pós-teste de Duncan.

Tabela 4- Comparação dos GRUPOS quanto à média obtida na escala de Abuso do CAP

GRUPO	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	ANOVA	p-valor
1	30	358,7 a	59,17	258	448		
2	30	317,9 a	99,62	87	445	$F_{(2, 87)} = 34,33$	$<0,001$
3	30	186,7 b	88,03	36	396		

*GRUPOS com mesma letra não se diferem estatisticamente.

Pelo exposto na Tabela 4, observa-se que há diferença significativa entre os grupos quanto ao escore médio obtido na escala. O GRUPO 1 (notificado por negligência) teria um potencial de abuso semelhante ao GRUPO 2 (suspeitos de negligência, porém não notificados), sendo que ambos se difeririam significativamente do GRUPO 3 (referência), o qual apresentaria um menor potencial de abuso.

De forma exploratória, tais resultados podem ser equiparados à nota de corte obtida para o instrumento, tendo por base a padronização do instrumento para a população americana, que é de 214. Tomando essa referência em conta, pode-se dizer que tanto no GRUPO 1 quanto no 2, os cuidadores/responsáveis participantes apresentariam um alto índice de potencial para o cometimento dos maus-tratos, ao passo que os do GRUPO 3 não teriam atingido índices consideráveis. Nessa mesma direção, é importante considerar os resultados encontrados no presente estudo em contraste aos obtidos junto a grupos clínicos, formado por pais/cuidadores também notificados aos órgãos de proteção infantil, por abuso físico (BÉRGAMO, 2007) e negligência (ÁVILA DE MELLO, 2008)⁴. Nesses estudos, os escores médios totais na *Escala de Abuso* foram, respectivamente, 223,87 (DP±99,30) e 258,37 (DP±97,73). Embora superiores à nota de corte americana (214), são inferiores às médias dos grupos clínicos aqui investigados.

⁴ Essas pesquisas também foram desenvolvidas no contexto do GEPDIP.

3.3 Índice de Negligência (Neglect Index)

Os resultados obtidos com a aplicação desse instrumento foram analisados no sentido de verificar a existência ou não de diferenças entre os grupos, no tocante à presença de indicadores relacionados à supervisão parental, cuidados físicos – alimentação, vestimenta, higiene –, saúde física e saúde mental, bem como com a educação e o desenvolvimento da criança. A Tabela 5 sintetiza os resultados, mostrando a comparação entre os grupos realizada por meio da aplicação do teste ANOVA e o Pós-tese de Duncan.

Tabela 5- Comparação dos GRUPOS no Índice de Negligência

GRUPO	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Anova	p-valor
1	30	48,33 a	13,92	30	65	$F_{(2, 87)} = 147,06 < 0,001$	
2	30	45,17 a	12,21	30	65		
3	30	2,5 b	7,63	0	25		

*GRUPOS com mesma letra não se diferem estatisticamente.

Nota-se pelo exposto na Tabela 5 que há diferença significativa entre as médias dos grupos no que diz respeito ao “índice de negligência”. O GRUPO 1 apresentou índice similar ao GRUPO 2, o que indica que as crianças desses dois grupos viveriam mais recorrentemente situações que podem caracterizar negligência, diferentemente do GRUPO 3, para o qual o índice de ocorrência dessas situações seria significativamente menor.

3.4 O Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL)

Os resultados obtidos com a aplicação deste instrumento são apresentados segundo os seguintes aspectos investigados pelo inventário: competências de realização de atividades, competências sociais, competências escolares e competências totais, perfil das síndromes, comportamento internalizante, comportamento externalizante, problemas totais e diagnóstico de transtornos mentais. Cabe destacar que para análise dos dados foram considerados os escores obtidos, classificados pelas normas do referido instrumento como caso clínico, limítrofe ou normal⁵.

3.4.1 Competências segundo o CBCL

As Tabelas a seguir, 6 e 7, apresentam os resultados obtidos para os três grupos relativos às competências, bem como as comparações entre os grupos nesse tocante.

⁵ Para comparar os dados entre os GRUPOS foi utilizado o modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal, empregando a função de ligação *cumulative logit*.

Tabela 6- Frequência e percentual de cada GRUPO nas variáveis relativas às dimensões de competência avaliadas pelo CBCL

CBCL Competências	GRUPOS					
	1		2		3	
	n	%	n	%	n	%
<i>Atividade</i>						
Normal	5	16,67	3	10	14	46,67
Limítrofe	1	3,33	4	13,33	10	33,33
Clínico	24	80	23	76,67	6	20
<i>Social</i>						
Normal	10	33,33	9	30	27	90
Limítrofe	11	36,67	12	40	2	6,67
Clínico	9	30	9	30	1	3,33
<i>Escolar</i>						
Normal	5	16,67	8	26,67	30	100
Limítrofe	5	16,67	6	20	0	0
Clínico	20	66,67	16	53,33	0	0
<i>Competências totais</i>						
Normal	0	0	2	6,67	16	53,33
Limítrofe	1	3,33	2	6,67	7	23,33
Clínico	29	96,67	26	86,67	7	23,33

Tabela 7- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis relativas às Competências do questionário CBCL

GRUPOS/ Dimensões de competências	OR	IC (95%)		p
<i>Atividades</i>				
1 / 2	1,37	0,40	4,70	0,613
1 / 3	12,37*	3,91	39,07	<0,001
2 / 3	9,00*	2,95	27,48	<0,001
<i>Sociais</i>				
1 / 2	1,15	0,46	2,91	0,763
1 / 3	0,06*	0,02	0,24	<0,001
2 / 3	0,05*	0,01	0,21	<0,001
<i>Escolares</i>				
1 / 2	1,77	0,64	4,86	0,270
1 / 3**	-	-	-	-
2 / 3**	-	-	-	-
<i>Competências totais</i>				
1 / 2	4,60	0,48	43,75	0,185
1 / 3	95,30	11,14	815,46	<0,001
2 / 3	20,73	5,58	76,97	<0,001

**Falta de estimativas devido a problemas de estimação no algoritmo computacional.

O conjunto dos resultados apresentados na Tabela 6 e 7 indica que, de forma geral, o GRUPO 3 se apresenta diferente dos demais no que se refere às competências avaliadas pelo instrumento, sendo que os GRUPOS 1 e 2 são semelhantes entre si no que se refere às competências da criança na realização de atividades, nas competências sociais, escolares e em relação aos escores totais. As diferenças são mais acentuadas nas competências “sociais” e “escolares”, tomando por referência o GRUPO 3, visto que 90% das crianças desse grupo apresentariam níveis de atividades sociais considerados normais e 100%, nível de desenvolvimento de competências escolares também normal. Diferentemente, nos GRUPOS 1 e 2 denota-se maior proporção de crianças apresentando níveis limítrofes e clínicos em competências “sociais” (67% e 70% respectivamente) e “escolares” (83% e 73% respectivamente).

A metodologia utilizada também permitiu avaliar a estimativa de Odds Ratio com o respectivo intervalo de confiança. Sendo assim, destaca-se, a partir da Tabela 7, que as crianças do GRUPO 1 apresentariam 12 vezes mais chance de ter níveis inferiores na competência em “Atividades”, se comparadas aos participantes do

GRUPO 3. Já as crianças do GRUPO 2 teriam 9 vezes mais chance de apresentar níveis inferiores nessas competências em relação ao GRUPO 3. Nas competências totais, as crianças do GRUPO 1 apresentariam 95 vezes mais chance de ter níveis inferiores comparadas às crianças do GRUPO 3, e as crianças do GRUPO 2 teriam 20 vezes mais chance de apresentar níveis inferiores nessas competências, em relação ao GRUPO 3.

3.4.2 Perfil das Síndromes

Nas próximas Tabelas, 8 e 9, são apresentados os resultados referentes às síndromes e às comparações entre os três grupos.

Tabela 8- Frequência e percentual das variáveis relativas às Síndromes avaliadas pelo CBCL

CBCL Síndromes	GRUPO					
	1		2		3	
	n	%	n	%	n	%
<i>Ansiedade/Depressão</i>						
Normal	14	46,67	11	36,67	24	80
Limítrofe	7	23,33	10	33,33	6	20
Clínico	9	30	9	30	0	0
<i>Isolamento/Depressão</i>						
Normal	22	73,33	20	66,67	29	96,67
Limítrofe	6	20	5	16,67	1	3,33
Clínico	2	6,67	5	16,67	0	0
<i>Queixas somáticas</i>						
Normal	22	73,33	20	66,67	26	86,67
Limítrofe	4	13,33	4	13,33	4	13,33
Clínico	4	13,33	6	20	0	0
<i>Problemas sociais</i>						
Normal	14	46,67	15	50	26	86,67
Limítrofe	5	16,67	8	26,67	4	13,33
Clínico	11	36,67	7	23,33	0	0
<i>Problemas pensamento</i>						
Normal	21	70	23	76,67	25	83,33
Limítrofe	1	3,33	1	3,33	5	16,67
Clínico	8	26,67	6	20	0	0
<i>Problema atenção</i>						
Normal	9	30	9	30	28	93,33
Limítrofe	9	30	5	16,67	0	0
Clínico	12	40	16	53,33	2	6,67
<i>Comportamento Quebrar regras</i>						
Normal	9	30	9	30	28	93,33
Limítrofe	8	26,67	10	33,33	2	6,67
Clínico	13	43,33	11	36,67	0	0
<i>Comportamento Agressivo</i>						
Normal	9	30	6	20	25	83,33
Limítrofe	5	16,67	6	20	4	13,33
Clínico	16	53,33	18	60	1	3,33

Tabela 9- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis relativas às Síndromes avaliadas pelo CBCL

GRUPOS	OR	IC (95%)		p-valor
<i>Ansiedade/Depressão</i>				
1 / 2	1,37	0,49	3,81	0,549
1 / 3	2,01	0,77	5,26	0,157
2 / 3	1,47	0,55	3,89	0,441
<i>Isolamento/Depressão</i>				
1 / 2	1,23	0,41	3,66	0,714
1 / 3	0,09*	0,01	0,79	0,030
2 / 3	0,08*	0,01	0,63	0,017
<i>Queixas somáticas</i>				
1 / 2	1,44	0,48	4,31	0,517
1 / 3	0,39	0,10	1,46	0,163
2 / 3	0,27*	0,07	0,99	0,048
<i>Problemas sociais</i>				
1 / 2	1,41	0,54	3,68	0,488
1 / 3	9,28*	2,62	32,85	0,001
2 / 3	6,60*	1,89	23,02	0,003
<i>Problemas de pensamento</i>				
1 / 2	1,43	0,44	4,70	0,555
1 / 3	13,25*	2,47	71,10	0,003
2 / 3	9,26*	1,76	48,76	0,009
<i>Problemas de atenção</i>				
1 / 2	0,73	0,28	1,87	0,509
1 / 3	25,45*	5,19	124,81	<0,001
2 / 3	35,00*	6,96	176,01	<0,001
<i>Comportamento de Quebrar regras</i>				
1 / 2	1,18	0,46	3,00	0,735
1 / 3	37,43*	7,47	187,46	<0,001
2 / 3	31,84*	6,44	157,47	<0,001
<i>Comportamento Agressivo</i>				
1 / 2	0,70	0,26	1,87	0,473
1 / 3	14,22*	4,25	47,56	<0,001
2 / 3	20,45*	6,01	69,56	<0,001

Pela Tabela 9, pode-se observar que somente em relação à “Ansiedade/Depressão” não se verificam diferenças significativas entre os grupos. Mas é importante destacar, como pode ser verificado na Tabela 8, que 30% das crianças dos GRUPOS 1 e 2 apresentariam escores clínicos nessa síndrome, enquanto nenhuma das crianças do GRUPO 3 apresentariam escores clínicos.

Com relação a “Queixa Somáticas” há diferença significativa entre os GRUPOS 2 e 3, no entanto não aparece diferença significativa entre os GRUPOS 1 e 2 e entre os GRUPOS 1 e 3.

Para as demais síndromes, “Isolamento/Depressão”, “Problemas sociais”, “Problemas de pensamento”, “Problema de atenção”, “Comportamento de quebrar regras” e “Comportamento agressivo”, há diferenças entre os grupos. O GRUPO 3 apresenta predominância em escores normais e diferenças significativas perante os demais (GRUPO 1 e 2), que são similares entre si e que mostram predominância nos escores clínicos e limítrofes.

Em “Problemas Sociais”, no GRUPO 1 há uma proporção maior de crianças apresentando escores limítrofes ou clínicos, em comparação ao GRUPO 3, sendo que estas teriam 9 vezes mais chances de apresentarem problemas dessa natureza. A comparação entre os GRUPOS 2 e 3 vai na mesma direção, com o GRUPO 2 apresentando um percentual significativamente superior ao GRUPO 3, com crianças que teriam 6 vezes mais chances de apresentar o comportamento em níveis limítrofe ou clínico.

Quanto a “Problemas de pensamento”, o GRUPO 1 apresenta uma proporção maior de crianças apresentando escores limítrofes ou clínicos, em comparação ao GRUPO 3, sendo que estas teriam 13 vezes mais chances de apresentarem problemas dessa natureza. A comparação entre os GRUPOS 2 e 3 vai na mesma direção, com o GRUPO 2 apresentando um percentual significativamente superior ao GRUPO 3. No GRUPO 2 estas teriam 9 vezes mais chances de apresentar “Problemas de pensamento”.

Verifica-se que em “Problemas de atenção”, no GRUPO 1, há uma proporção maior de crianças apresentando escores limítrofes ou clínicos, em comparação ao GRUPO 3, sendo que estas teriam 25 vezes mais chances de apresentarem problemas dessa natureza. O GRUPO 2 também apresenta um percentual significativamente superior ao GRUPO 3, sendo que as crianças deste teriam 35 vezes mais chances de apresentarem essa síndrome em níveis limítrofe ou clínico.

Com relação a “Comportamento de quebrar regras”, haveria um percentual significativamente superior de crianças no GRUPO 1 apresentando escores limítrofes ou clínicos, se comparados aos do GRUPO 3, sendo que estas teriam 37 vezes mais chances de apresentar essa síndrome em comparação ao GRUPO 3. A comparação entre os GRUPOS 2 e 3 vai na mesma direção, com as crianças do GRUPO 2 tendo 31 vezes mais chances de apresentar o “Comportamento de quebrar regras”, em comparação à do GRUPO de referência (GRUPO 3).

Quanto à síndrome “Comportamento agressivo”, o GRUPO 1 apresentou um percentual de crianças com escores limítrofes ou clínicos significativamente superior em relação ao GRUPO 3, sendo que elas teriam 14 vezes mais chances de apresentar esse comportamento em comparação ao GRUPO 3. O mesmo ocorre na comparação entre os GRUPOS 2 e 3, com o GRUPO 2 apresentando um percentual significativamente superior ao GRUPO 3, sendo que as crianças do GRUPO 2 teriam 20 vezes mais chances de apresentar “Comportamento agressivo”.

3.4.3 Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais

A seguir serão apresentadas as Tabelas 10 e 11, as quais mostram os resultados obtidos nas Escalas de Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais.

Tabela 10- Frequência e percentual de cada GRUPO nas variáveis Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais do questionário CBCL

CBCL Problemas	GRUPO					
	1		2		3	
	n	%	n	%	n	%
<i>Problemas Internalizantes</i>						
Normal	9	30	8	26,67	18	60
Limítrofe	8	26,67	6	20	6	20
Clínico	13	43,33	16	53,33	6	20
<i>Problemas Externalizantes</i>						
Normal	3	10	7	23,33	24	80
Limítrofe	4	13,33	3	10	2	6,67
Clínico	23	76,67	20	66,67	4	13,33
<i>Problemas Totais</i>						
Normal	4	13,33	7	23,33	22	73,33
Limítrofe	4	13,33	2	6,67	5	16,67
Clínico	22	73,33	21	70	3	10

Tabela 11- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais do CBCL

GRUPOS	OR	IC(95%)	p-valor	
<i>Problemas Internalizantes</i>				
1 / 2	0,64	0,24	1,71	0,371
1 / 3	1,55	0,61	3,92	0,360
2 / 3	2,43	0,94	6,27	0,067
<i>Problemas Externalizantes</i>				
1 / 2	1,79	0,58	5,48	0,311
1 / 3	25,47	7,27*	89,29	<0,001
2 / 3	14,26	4,34*	46,86	<0,001
<i>Problemas Totais</i>				
1 / 2	1,32	0,43	4,01	0,628
1 / 3	17,17	5,38*	54,82	<0,001
2 / 3	13,04	4,16*	40,87	<0,001

Observa-se pela Tabela 11 que não há diferenças significativas entre os grupos para a variável “Problemas Internalizantes”. No entanto, destaca-se que há uma tendência do GRUPO 2 para se diferenciar do GRUPO 3 nesse aspecto, pois o valor-p está próximo ao limite de significância (apresentando 0,067). Observa-se na Tabela 10, em “Problemas Internalizantes”, que a maioria das crianças do GRUPO 1 apresentou maior percentual nos escores limítrofes e clínicos (70%), assim como as do GRUPO 2 (73%), ressaltando-se que nesse grupo há nitidamente uma maior concentração de crianças com escores considerados clínicos (53%), diferentemente do GRUPO 3 em que as crianças apresentaram mais frequentemente escores normais (60%).

Já para “Problemas Externalizantes” e “Problemas Totais”, observa-se que os GRUPOS 1 e 2 são similares entre si, sendo ambos, porém, significativamente diferentes do GRUPO 3. O GRUPO 1 apresentou um percentual significativamente maior que o GRUPO 3 nos escores limítrofes e clínicos, sendo que as crianças do GRUPO 1 teriam 25 vezes mais chances de apresentar, em “Problemas Externalizantes”, escores considerados clínicos ou limítrofes. O mesmo ocorre na comparação entre os GRUPOS 2 e 3, com as crianças do GRUPO 2 tendo 14 vezes mais chances de apresentar em “Problemas Externalizantes” escores considerados clínico ou limítrofe.

A diferença significativa também foi notável com relação a “Problemas Totais”, em que o GRUPO 1 e 2 apresentam percentual significativamente maior ao GRUPO 3 nos escores limítrofes ou clínicos, sendo que no GRUPO 1 tem-se 17 vezes mais chances de ser avaliado como apresentando escores clínicos ou limítrofes, ao passo que no GRUPO 2 as chances seriam 13 vezes maiores, em relação ao GRUPO 3, no qual predomina o nível normal.

3.4.4 Diagnóstico de Transtornos Mentais

Nas próximas Tabelas, 12 e 13, apresenta-se a distribuição em frequência e em porcentagem de participantes, por grupo, em função dos escores obtidos no que se refere ao diagnóstico de transtornos mentais – DSM, estabelecidos no CBCL: “transtornos afetivos”, “transtornos de ansiedade”, “problemas somáticos”, “déficit de atenção/transtorno hiperatividade”, “transtorno oppositor desafiante” e “transtorno de conduta”.

Tabela 12- Frequência e percentual de cada GRUPO nas variáveis que compõem o domínio DSM do questionário CBCL

CBCL - DSM	GRUPO					
	1		2		3	
	n	%	n	%	n	%
<i>Transtornos Afetivos</i>						
Normal	15	50	14	46,67	27	90
Limítrofe	6	20	5	16,67	3	10
Clínico	9	30	11	36,67	0	0
<i>Transtornos Ansiedade</i>						
Normal	14	46,67	14	46,67	26	86,67
Limítrofe	8	26,67	8	26,67	4	13,33
Clínico	8	26,67	8	26,67	0	0
<i>Problemas Somáticos</i>						
Normal	26	86,67	23	76,67	29	96,67
Limítrofe	0	0	2	6,67	1	3,33
Clínico	4	13,33	5	16,67	0	0
<i>Déficit Atenção/Transtorno hiperatividade</i>						
Normal	12	40	15	50	27	90
Limítrofe	7	23,33	2	6,67	2	6,67
Clínico	11	36,67	13	43,33	1	3,33
<i>Transtorno Opositor Desafiante</i>						
Normal	12	40	11	36,67	25	83,33
Limítrofe	2	6,67	4	13,33	4	13,33
Clínico	16	53,33	15	50	1	3,33
<i>Transtorno de Conduta</i>						
Normal	11	36,67	10	33,33	28	93,33
Limítrofe	4	13,33	7	23,33	1	3,33
Clínico	15	50	13	43,33	1	3,33

Tabela 13- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis pertencentes ao domínio do DSM do questionário CBCL

GRUPOS	OR	IC(95%)		p-valor
<i>Transtornos Afetivos</i>				
1 / 2	0,69	0,24	2,01	0,499
1 / 3	1,94	0,69	5,45	0,206
2 / 3	2,80	0,99	7,93	0,052
<i>Transtornos Ansiedade</i>				
1 / 2	1,00	0,35	2,86	1,000
1 / 3	1,43	0,53	3,86	0,479
2 / 3	1,43	0,53	3,86	0,479
<i>Problemas Somáticos</i>				
1 / 2	2,07	0,54	7,93	0,290
1 / 3	0,24	0,03	2,27	0,213
2 / 3	0,12	0,01	1,01	0,051
<i>Déficit Atenção/Transtorno hiperatividade</i>				
1 / 2	1,09	0,42	2,84	0,863
1 / 3	11,99*	3,06	47,02	<0,001
2 / 3	11,02*	2,74	44,23	0,001
<i>Transtorno Opositor Desafiante</i>				
1 / 2	1,31	0,47	3,64	0,606
1 / 3	7,03*	2,34	21,12	0,001
2 / 3	5,37*	1,78	16,14	0,003
<i>Transtorno de Conduta</i>				
1 / 2	1,09	0,42	2,84	0,852
1 / 3	27,21*	5,46	135,50	<0,001
2 / 3	24,86*	5,06	122,03	<0,001

Considerando os transtornos avaliados, do domínio DSM do questionário CBCL, observa-se na Tabela 13 que não há diferença significativa entre os grupos em “Transtornos de Ansiedade”, embora na Tabela 12, possa-se observar que os GRUPOS 1 e 2 apresentam mais de 50% da amostra pontuando em escores limítrofes e clínicos nesse “Transtorno”, ao passo que no GRUPO 3 a maioria – quase 90% – pontua em escores normais.

Para “Transtornos Afetivos” e “Problemas Somáticos” não se detectam diferenças significativas entre as crianças dos GRUPOS 1 e 2 e dos GRUPOS 1 e 3. Há

diferença próxima ao nível de significância entre as crianças dos GRUPOS 2 e 3 (0,052 e 0,051, respectivamente). Como pode ser observado na Tabela 12, em “Transtornos Afetivos”, nos GRUPOS 1 e 2 cerca de 50% da amostra pontuaram em escores limítrofes e clínicos, sendo que no GRUPO 3 a maior parte das crianças pontuou em escores normais (em torno de 90%).

Para as variáveis “Déficit de Atenção/hiperatividade”, “Transtorno Opositor Desafiante” e “Transtorno de Conduta”, não houve diferença entre os GRUPOS 1 e 2, sendo que a maioria dos participantes apresentou percentual situado nos escores clínicos e limítrofes. Ocorreu diferença entre estes e o GRUPO 3, no qual a maioria das crianças pontuou em escores em níveis normais.

Na variável “Déficit de Atenção/hiperatividade”, os GRUPOS 1 e 2 apresentaram um percentual significativamente superior ao GRUPO 3 na faixa limítrofe ou clínica, sendo que as crianças do GRUPO 1 e do GRUPO 2 teriam 11 vezes mais chances de apresentar escores clínicos ou limítrofes, em comparação às do 3.

Na variável “Transtorno Opositor Desafiante”, houve um percentual significativamente superior de crianças do GRUPO 1 e 2, em comparação ao GRUPO 3, pontuando em escores limítrofes ou clínicos, sendo que as crianças do GRUPO 1 teriam 7 vezes mais chances de apresentarem comportamentos dessa natureza em nível clínico ou limítrofe, e o GRUPO 2, em comparação ao 3, apresenta 5 vezes mais chances.

Com relação a “Transtorno de Conduta”, nos GRUPO 1 e 2 detectou-se um percentual significativamente superior de crianças, em relação ao GRUPO 3, nos escores limítrofes ou clínicos, sendo que as crianças do GRUPO 1 teriam 27 vezes mais chances de apresentarem comportamentos dessa natureza em nível clínico ou limítrofe, e no GRUPO 2, em comparação ao 3, 24 vezes mais de chances.

3.5 O Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência para Professores (TRF)

Os resultados serão apresentados segundo os seguintes aspectos investigados pelo inventário: funções adaptativas, perfil das síndromes, comportamento internalizante, comportamento externalizante, problemas totais e o diagnóstico de transtornos mentais, ressaltando-se que para as análises realizadas foram considerados os escores categorizados em normal, limítrofe ou clínico⁶.

3.5.1 Funções Adaptativas

Quanto à função adaptativa, o instrumento avalia seis categorias que são: desempenho acadêmico, engajamento nas atividades, comportamento, aprendizagem, nível de felicidade e soma dos itens. As Tabelas 14 e 15 a seguir apresentam os resultados obtidos nessas funções.

⁶ Para comparar os resultados obtidos entre os grupos foi utilizado o modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal utilizando a função de ligação “cumulative logit”. A realização das análises foi feita através do procedimento PROC GENMOD do software SAS versão 9.2.

Tabela 14- Frequência e percentual por GRUPO das variáveis pertencentes à Função Adaptativa do questionário TRF

TRF Função adaptativa	GRUPO					
	1		2		3	
	n	%	n	%	n	%
<i>Desempenho Acadêmico</i>						
Normal	7	23,33	6	20	30	100
Limítrofe	1	3,33	2	6,67	0	0
Clínico	22	73,33	22	73,33	0	0
<i>Engajamento nas Atividades</i>						
Normal	7	23,33	7	23,33	29	96,67
Limítrofe	9	30	11	36,67	1	3,33
Clínico	14	46,67	12	40	0	0
<i>Comportamento Adequado</i>						
Normal	9	30	14	46,67	28	93,33
Limítrofe	13	43,33	10	33,33	2	6,67
Clínico	8	26,67	6	20	0	0
<i>Aprendizagem</i>						
Normal	2	6,67	4	13,33	29	96,67
Limítrofe	9	30	10	33,33	1	3,33
Clínico	19	63,33	16	53,33	0	0
<i>Nível de Felicidade</i>						
Normal	13	43,33	11	36,67	29	96,67
Limítrofe	7	23,33	6	20	1	3,33
Clínico	10	33,33	13	43,33	0	0
<i>Soma dos Itens</i>						
Normal	4	13,33	4	13,33	29	96,67
Limítrofe	2	6,67	5	16,67	0	0
Clínico	24	80	21	70	1	3,33

Tabela 15- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as dimensões relativas às funções adaptativas avaliadas pelo TRF

GRUPOS	OR	IC (95%)		p-valor
<i>Desempenho Acadêmico</i>				
1 / 2	1,05	0,33	3,33	0,934
1 / 3	28,19*	6,70	118,66	<0,001
2 / 3	26,86*	6,36	113,36	<0,001
<i>Engajamento nas Atividades</i>				
1 / 2	1,51	0,53	4,29	0,435
1 / 3	1,80	0,70	4,61	0,224
2 / 3	1,19	0,46	3,04	0,722
<i>Comportamento Apropriado</i>				
1 / 2	0,55	0,21	1,43	0,222
1 / 3	0,03*	0,01	0,16	<0,001
2 / 3	0,06*	0,01	0,29	0,001
<i>Aprendizagem</i>				
1 / 2	1,59	0,58	4,36	0,367
1 / 3	345,84*	36,92	3239,76	<0,001
2 / 3	217,37*	23,88	1978,74	<0,001
<i>Nível de Felicidade</i>				
1 / 2	1,59	0,58	4,36	0,367
1 / 3	345,84*	36,92	3239,76	<0,001
2 / 3	217,37*	23,88	1978,74	<0,001
<i>Soma dos Itens</i>				
1 / 2	2,01	0,60	6,74	0,256
1 / 3	15,47*	4,69	50,98	<0,001
2 / 3	7,68*	2,51	23,44	<0,001

Tendo por base a Tabela 15, nota-se que não há diferença entre os grupos em “Engajamento nas Atividades”. No entanto, destaca-se, como pode ser verificado na Tabela 14, que a maior parte das crianças dos GRUPOS 1 e 2 apresenta escores limítrofes e clínicos (77% nos dois GRUPOS), ao passo que a grande maioria das crianças do GRUPO 3 apresenta escores normais (97%).

Já com relação a “Desempenho Acadêmico”, “Comportamento Apropriado”, “Aprendizagem”, “Nível de Felicidade” e “Soma dos Itens” há diferenças significativas entre os grupos (sendo 1 e 2 similares entre si). Observa-se uma proporção de pelo menos 93,33% de crianças pontuando em níveis normais no GRUPO 3, ao passo que, em “Desempenho Acadêmico”, “Aprendizagem” e “Soma dos Itens”, pelo menos metade das crianças dos GRUPOS 1 e 2 apresentam pontuação em nível clínico.

Com relação a “Comportamento Apropriado” a maioria dos participantes dos GRUPOS 1 e 2 obteve escores limítrofes ou clínicos, sendo que no GRUPO 3 a maioria apresentou escores normais (93%).

Em “Aprendizagem”, “Nível de Felicidade” e “Soma dos Itens”, igualmente, a maioria dos participantes do GRUPO 1 e 2 apresentou escores limítrofes ou clínicos, ao passo que a maioria dos participantes do GRUPO 3 apresentou escores normais nessas variáveis.

Merece ser enfatizado, como pode ser observado na Tabela 15, no que se refere ao “Desempenho Acadêmico”, que as crianças do GRUPO 1 teriam 28 vezes mais chances de apresentar escores limítrofes ou clínicos se comparadas aos participantes do GRUPO 3. Já as crianças do GRUPO 2 teriam 27 vezes mais chances de apresentar escores limítrofes ou clínicos no desempenho acadêmico, em relação às do GRUPO 3.

Em comparação ao GRUPO 3, as crianças do GRUPO 1 teriam 345 vezes mais chances de serem avaliadas como apresentando problemas em nível limítrofe ou clínico em “Aprendizagem” e em “Nível de Felicidade”, e as do GRUPO 2 teriam 217 vezes mais chances.

Quanto à “Soma dos Itens”, em comparação ao GRUPO 3, as crianças do GRUPO 1 teriam 15 vezes mais chances de serem avaliadas em níveis limítrofe ou clínico e as crianças do GRUPO 2 teriam 8 vezes mais chances.

3.5.2 Perfil das Síndromes

Quanto às Síndromes, o instrumento permite a avaliação de oito dimensões: ansiedade/depressão; isolamento/depressão; queixas somáticas; problemas sociais; problemas de pensamento; problemas de atenção; comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo. As tabelas 16 e 17 sintetizam os resultados nesse plano.

Tabela 16- Frequência e percentual de cada GRUPO nas variáveis que compõem as Síndromes no questionário TRF

TRF Síndromes	GRUPO					
	1		2		3	
	n	%	n	%	n	%
<i>Ansiedade/Depressão</i>						
Normal	17	56,67	21	70	30	100
Limítrofe	9	30	3	10	0	0
Clínico	4	13,33	6	20	0	0
<i>Isolamento/Depressão</i>						
Normal	14	46,67	19	63,33	30	100
Limítrofe	5	16,67	3	10	0	0
Clínico	11	36,67	8	26,67	0	0
<i>Queixas Somáticas</i>						
Normal	24	80	24	80	30	100
Limítrofe	5	16,67	5	16,67	0	0
Clínico	1	3,33	1	3,33	0	0
<i>Problemas Sociais</i>						
Normal	14	46,67	12	40	28	93,33
Limítrofe	8	26,67	10	33,33	1	3,33
Clínico	8	26,67	8	26,67	1	3,33
<i>Problemas de Pensamento</i>						
Normal	17	56,67	19	63,33	30	100
Limítrofe	8	26,67	8	26,67	0	0
Clínico	5	16,67	3	10	0	0
<i>Problemas de Atenção</i>						
Normal	14	46,67	14	46,67	30	100
Limítrofe	10	33,33	13	43,33	0	0
Clínico	6	20	3	10	0	0
<i>Comportamento Quebrar regras</i>						
Normal	11	36,67	14	46,67	28	93,33
Limítrofe	11	36,67	8	26,67	2	6,67
Clínico	8	26,67	8	26,67	0	0
<i>Comportamento Agressivo</i>						
Normal	13	43,33	14	46,67	28	93,33
Limítrofe	9	30	7	23,33	2	6,67
Clínico	8	26,67	9	30	0	0

Tabela 17- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis do questionário TRF - Síndromes

GRUPOS	OR	IC(95%)		p-valor
<i>Ansiedade/Depressão</i>				
1 / 2	0,70	0,25	1,97	0,497
1 / 3**	-	-	-	-
2 / 3**	-	-	-	-
<i>Isolamento/Depressão</i>				
1 / 2	0,55	0,20	1,48	0,235
1 / 3**	-	-	-	-
2 / 3**	-	-	-	-
<i>Queixas Somáticas</i>				
1 / 2	1,00	0,28	3,53	1,000
1 / 3**	-	-	-	-
2 / 3**	-	-	-	-
<i>Problemas Sociais</i>				
1 / 2	1,27	0,44	3,66	0,659
1 / 3	1,00	0,37	2,67	1,000
2 / 3	0,79	0,29	2,13	0,639
<i>Problemas de Pensamento</i>				
1 / 2	1,32	0,41	4,21	0,642
1 / 3	0,60	0,19	1,92	0,390
2 / 3	0,46	0,15	1,42	0,177
<i>Problemas de Atenção</i>				
1 / 2	1,21	0,46	3,16	0,696
1 / 3**	-	-	-	-
2 / 3**	-	-	-	-
<i>Comportamento de Quebrar regras</i>				
1 / 2	0,66	0,26	1,67	0,378
1 / 3	0,05*	0,01	0,22	<0,001
2 / 3	0,07*	0,01	0,34	0,001
<i>Comportamento Agressivo</i>				
1 / 2	1,23	0,48	3,12	0,669
1 / 3	17,28*	3,52	84,90	0,001
2 / 3	14,09*	2,88	68,94	0,001

**Falta de estimativas devido a problemas no algoritmo computacional.

Verifica-se na Tabela 16 que os resultados relativos à “Ansiedade/Depressão” indicam escores limítrofes ou clínicos nos GRUPOS 1 e 2 de 43% e 30% respectivamente, sendo que no GRUPO 3, a totalidade das crianças participantes pontuou em níveis normais. Em “Isolamento/Depressão” observa-se a ocorrência de escores limítrofes ou clínicos para as crianças dos GRUPOS 1 e 2 na proporção de 53% e 37% respectivamente, sendo que no GRUPO 3 observa-se escores normais para a totalidade do grupo. Quanto a “Queixas Somáticas” nota-se a presença de escores normais na proporção de 80% para os GRUPOS 1 e 2 e de 100% para o GRUPO 3.

Na Tabela 17⁷, observa-se que não houve diferença significativa entre os grupos para as variáveis “Problemas Sociais” e “Problemas de Pensamento”. Destaca-se, entretanto, conforme pode ser visualizado na Tabela 16, que em “Problemas Sociais” mais de 50 % das crianças dos GRUPOS 1 e 2 apresentaram escores limítrofes e clínicos, enquanto mais de 90% das crianças do GRUPO 3 apresentaram escores normais.

Para “Problemas de Atenção” não foi possível verificar na estimativa se houve diferença significativa devido a limitações estatísticas. No entanto, considerando nesse caso a diferença evidente em porcentagem (diferença de significância estatística), conforme se verifica na 17, mais de 50% das crianças dos GRUPOS 1 e 2 apresentaram escores limítrofes e clínicos, sendo que no GRUPO 3 todas apresentaram escores normais.

Com relação a “Comportamento de quebrar regras” e “Comportamento agressivo”, houve diferenças significativas entre os grupos, sendo o 1 e o 2 similares. No GRUPO 3, para ambos os perfis, prevalece o nível normal (prevalência de pelo menos 93,33%).

Na Tabela 16, observa-se, quanto a “Comportamento de quebrar regras”, que nos GRUPOS 1 e 2 há uma proporção maior de crianças com escores limítrofes ou clínicos (mais de 50%), ao passo que no GRUPO 3 mais de 90% das crianças apresentaram escores normais.

⁷ Deparou-se com uma limitação para a realização da análise estatística, com vistas à comparação dos grupos no tocante aos perfis das síndromes, segundo TRF, conforme se observa na Tabela 17, para assumir uma diferença significativa entre os grupos no que se refere a problemas internalizantes, devido ao fato de 100% de crianças no grupo de referência apresentar escores normais.

Relativo ao “comportamento agressivo”, os GRUPOS 1 e 2 também apresentaram uma proporção maior de crianças com escores limítrofes ou clínicos, sendo que, em comparação ao GRUPO 3, as crianças do GRUPO 1 teriam 17 vezes mais chance de serem avaliadas com esse perfil, e as do GRUPO 2, 14 vezes.

3.5.3 Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais

As Tabelas 18 e 19 apresentam os resultados relativos a “Problemas Internalizantes”, “Externalizantes” e “Problemas Totais”.

Tabela 18- Distribuição em frequência e porcentagem de crianças, por GRUPO, em função dos escores obtidos para Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais

TRF Problemas	GRUPO					
	1		2		3	
	n	%	N	%	n	%
<i>Problemas Internalizantes</i>						
Normal	13	43,33	14	46,67	30	100
Limítrofe	1	3,33	2	6,67	0	0
Clínico	16	53,33	14	46,67	0	0
<i>Problemas Externalizantes</i>						
Normal	7	23,33	9	30	28	93,33
Limítrofe	6	20	6	20	0	0
Clínico	17	56,67	15	50	2	6,67
<i>Problemas Totais</i>						
Normal	5	16,67	4	13,33	28	93,33
Limítrofe	3	10	8	26,67	0	0
Clínico	22	73,33	18	60	2	6,67

Tabela 19- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis do questionário TRF – Problemas

GRUPOS	OR	IC(95%)	p-valor	
<i>Problemas</i>				
<i>Internalizantes</i>				
1 / 2	0,95	0,35	2,56	0,920
1 / 3**	-	-	-	-
2 / 3**	-	-	-	-
<i>Problemas</i>				
<i>Externalizantes</i>				
1 / 2	1,29	0,46	3,67	0,628
1 / 3	2,97*	1,11	7,99	0,031
2 / 3	2,30	0,87	6,06	0,093
<i>Problemas</i>				
<i>Totais</i>				
1 / 2	2,49	0,81	7,67	0,112
1 / 3	7,05*	2,46	20,21	<0,001
2 / 3	2,83*	1,04	7,73	0,042

**Faltas de estimativas devido a problemas de estimação no algoritmo computacional.

Na Tabela 18, no que se refere a “Problemas Internalizantes”, considerando nesse caso a diferença de significância estatística (onde é considerada a diferença evidenciada em porcentagem) observa-se que o percentual de crianças do GRUPO 1 e do GRUPO 2 gira em torno de 50%, em escores em níveis clínicos (53% e 47% respectivamente), ao passo que 100% das crianças do GRUPO 3 apresentaram escores normais⁸.

Com relação a “Problemas Externalizantes”, conforme análises apresentadas na Tabela 19, verifica-se diferença significativa entre os GRUPOS 1 e 3. Sendo possível observar, nessa variável, que o GRUPO 1 apresentou uma proporção maior de crianças com escores limítrofes ou clínicos, em comparação ao GRUPO 3, sendo que estas teriam 3 vezes mais chances de apresentarem problemas dessa natureza. Observa-se ainda, com relação a “Problemas Externalizantes” na Tabela 18, que metade ou mais dos participantes do GRUPO 1 e 2 obtiveram escores em níveis clínicos (57% e 50%

⁸ Novamente, deparou-se com um limite para realizar as comparações entre os grupos no tocante a “Problemas Internalizantes”, pois, conforme se verifica na Tabela 19, não é possível assumir uma diferença significativa entre os grupos, uma vez que 100% dos participantes do GRUPO 3 teriam sido avaliados com escores normais.

respectivamente). Já as crianças do GRUPO 3, em sua maioria, apresentaram escores normais (93%).

Em “Problemas Totais”, os GRUPOS 1 e 2 apresentaram uma proporção maior de crianças com escores limítrofes ou clínicos, em comparação ao GRUPO 3, sendo que as crianças do GRUPO 1 teriam 7 vezes mais chances que as do GRUPO 3 de serem avaliadas com escores em nível limítrofe ou clínico; e no GRUPO 2, as crianças teriam 3 vezes mais chances, em relação ao GRUPO 3. Destaca-se que mais da metade dos participantes dos GRUPOS 1 e 2 obtiveram escores na faixa clínica (73% e 60% respectivamente).

3.5.4 Diagnóstico de Transtornos Mentais

As Tabelas 20 e 21 apresentam os resultados da aplicação do instrumento TRF no que se refere a diagnósticos de transtornos mentais – DSM, que comporta: transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, problemas somáticos, déficit de atenção/transtorno hiperatividade, transtorno opositor desafiante e transtorno de conduta.

Tabela 20- Frequência e percentual de cada grupo nas variáveis que compõem o domínio DSM do questionário TRF

TRF - DSM	GRUPO					
	1		2		3	
	n	%	n	%	n	%
<i>Transtornos Afetivos</i>						
Normal	14	46,67	17	56,67	29	96,67
Limítrofe	6	20	3	10	1	3,33
Clínico	10	33,33	10	33,33	0	0
<i>Transtornos Ansiedade</i>						
Normal	14	46,67	19	63,33	29	96,67
Limítrofe	10	33,33	5	16,67	1	3,33
Clínico	6	20	6	20	0	0
<i>Problemas Somáticos</i>						
Normal	26	86,67	25	83,33	28	93,33
Limítrofe	3	10	4	13,33	2	6,67
Clínico	1	3,33	1	3,33	0	0
<i>Déficit Atenção/Transtorno hiperatividade</i>						
Normal	18	60	17	56,67	29	96,67
Limítrofe	7	23,33	11	36,67	1	3,33
Clínico	5	16,67	2	6,67	0	0
<i>Transtorno Opositor Desafiante</i>						
Normal	17	56,67	16	53,33	29	96,67
Limítrofe	5	16,67	7	23,33	1	3,33
Clínico	8	26,67	7	23,33	0	0
<i>Transtorno de Conduta</i>						
Normal	16	53,33	14	46,67	29	96,67
Limítrofe	7	23,33	6	20	0	0
Clínico	7	23,33	10	33,33	1	3,33

Tabela 21- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis DSM do TRF

GRUPOS	OR	IC(95%)		p-valor
<i>Transtornos Afetivos</i>				
1 / 2	0,78	0,30	2,06	0,618
1 / 3	0,03*	0,00	0,26	0,001
2 / 3	0,04*	0,00	0,34	0,003
<i>Transtornos de Ansiedade</i>				
1 / 2	2,06	0,66	6,41	0,214
1 / 3	1,60	0,55	4,72	0,390
2 / 3	0,78	0,27	2,25	0,647
<i>Problemas Somáticos</i>				
1 / 2	1,29	0,31	5,35	0,726
1 / 3	0,45	0,08	2,69	0,384
2 / 3	0,35	0,06	1,97	0,235
<i>Déficit Atenção/Transtorno hiperatividade</i>				
1 / 2	0,74	0,27	2,00	0,550
1 / 3	17,47*	2,11	144,91	0,008
2 / 3	23,69*	2,84	197,34	0,003
<i>Transtorno Opositor Desafiante</i>				
1 / 2	1,04	0,39	2,76	0,940
1 / 3	0,04*	0,01	0,35	0,003
2 / 3	0,04*	0,00	0,33	0,003
<i>Transtorno de Conduta</i>				
1 / 2	0,88	0,34	2,29	0,794
1 / 3	27,65*	3,33	229,30	0,002
2 / 3	31,43*	3,82	258,41	0,001

Considerando os transtornos do domínio DSM, conforme apresentação na Tabela 21, nota-se que para “Transtornos de Ansiedade” e “Problemas Somáticos” não há diferenças significativas entre os grupos. No entanto, vale a pena ressaltar que, com base nos dados da Tabela 20, com relação a “Transtornos de Ansiedade”, cerca de metade das crianças dos GRUPOS 1 e 2 apresentaram escores limítrofes ou clínicos, sendo que no GRUPO 3 a grande maioria das crianças apresentou escores normais (97%).

Já para “Transtornos Afetivos”, “Déficit Atenção/Transtorno hiperatividade”, “Transtorno Opositor Desafiante” e “Transtorno de Conduta”, há diferença significativa

entre o GRUPO 3 com relação aos demais (GRUPOS 1 e 2, sendo esses similares entre si).

Em “Transtornos Afetivos” e “Transtorno Opositor Desafiante”, um percentual em torno de 50% das crianças dos GRUPOS 1 e 2 apresentaram nos escores limítrofes ou clínicos, sendo que no GRUPO 3 quase 100% apresentaram escores normais.

Quanto a “Déficit Atenção/Transtorno Hiperatividade”, os GRUPOS 1 e 2 apresentaram um percentual significativamente superior ao GRUPO 3 nos escores limítrofes ou clínicos. As crianças do GRUPO 1 teriam 17 vezes mais chances de serem classificadas com escores clínicos ou limítrofes e as do GRUPO 2, em comparação ao 3, 23 vezes mais chances.

No que se refere a “Transtorno de Conduta”, os GRUPOS 1 e 2 apresentaram um percentual significativamente superior de crianças, em comparação ao GRUPO 3, na faixa limítrofe ou clínica, sendo que no GRUPO 1 elas teriam 27 vezes mais chance de serem classificadas em nível limítrofe ou clínico nessa variável, em comparação ao GRUPO 3, e no GRUPO 2, as crianças teriam 31 vezes mais chances.

3.6 Teste de Desempenho Escolar – TDE

Para comparar as variáveis categóricas ordinais do instrumento TDE foi proposto o modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal, utilizando a função de ligação “cumulative logit”. As análises foram feitas por meio do procedimento PROC GENMOD do software SAS versão 9.2. As Tabelas 22 e 23 sintetizam os resultados.

Tabela 22- Distribuição em frequência e percentagem de crianças classificadas segundo a avaliação do TDE por GRUPO

TDE	GRUPO					
	1		2		3	
	n	%	N	%	n	%
<i>Escrita</i>						
Superior	0	0	0	0	7	23,33
Média	6	20	7	23,33	21	70
Inferior	24	80	23	76,67	2	6,67
<i>Aritmética</i>						
Superior	1	3,33	0	0	10	33,33
Média	4	13,33	8	26,67	18	60
Inferior	25	83,33	22	73,33	2	6,67
<i>Leitura</i>						
Superior	0	0	0	0	8	26,67
Média	4	13,33	2	6,67	19	63,33
Inferior	26	86,67	28	93,33	3	10
<i>Total</i>						
Superior	0	0	0	0	9	30
Média	4	13,33	4	13,33	19	63,33
Inferior	26	86,67	26	86,67	2	6,67

Tabela 23- Estimativas de Odds Ratio e p-valor referentes ao modelo de Regressão Logística Multinomial Ordinal para as variáveis do questionário TDE

GRUPOS	OR	IC (95%)		p-valor
<i>Escrita</i>				
1 / 2	1,22	0,36	4,16	0,756
1 / 3	66,00*	12,18	357,66	<0,001
2 / 3	54,29*	10,29	286,41	<0,001
<i>Aritmética</i>				
1 / 2	2,04	0,58	7,21	0,267
1 / 3	19,11*	5,68	64,26	<0,001
2 / 3	9,36*	3,14	27,90	<0,001
<i>Leitura</i>				
1 / 2	0,47	0,08	2,76	0,400
1 / 3	64,04*	13,09	313,40	<0,001
2 / 3	137,44*	21,27	887,95	<0,001
<i>Total</i>				
1 / 2	1,00	0,23	4,43	1,000
1 / 3	103,93*	17,56	615,19	<0,001
2 / 3	103,93*	17,56	615,19	<0,001

Os resultados indicam em todos os aspectos avaliados – “Escrita”, “Aritmética”, “Leitura” e “Total” (que é a soma dos itens) –, a diferença entre o GRUPO 3 com relação aos GRUPOS 1 e 2 (similares entre si), sendo essa estatisticamente significante.

Na Tabela 23, foi possível verificar a estimativa de Odds Ratio com o respectivo intervalo de confiança para as quatro variáveis. Em “Escrita”, as crianças do GRUPO 1 apresentariam 66 vezes mais chances de ter níveis inferiores se comparadas aos participantes do GRUPO 3. Já as crianças do GRUPO 2 teriam 54 vezes mais chances de apresentar níveis inferiores nessas competências em relação ao GRUPO 3.

Em “Aritmética”, as crianças do GRUPO 1 apresentariam 19 vezes mais chances de ter níveis inferiores se comparadas aos participantes do GRUPO 3. Já as crianças do GRUPO 2 teriam 9 vezes mais chances de apresentar níveis inferiores nessas competências, em relação ao GRUPO 3.

Em “Leitura”, as crianças do GRUPO 1 apresentariam 64 vezes mais chances de ter níveis inferiores e as do GRUPO 2 teriam 137 vezes mais chances de apresentar níveis inferiores nessa competência, em relação ao GRUPO 3.

No tocante ao “escore total”, as crianças do GRUPO 1 apresentariam 104 vezes mais chances de ter níveis inferiores no TDE, se comparadas às crianças do GRUPO 3,

e as crianças do GRUPO 2 também teriam 104 vezes mais chances de apresentar níveis inferiores nessas competências, em relação ao GRUPO 3.

4. DISCUSSÃO

O objetivo geral principal da presente pesquisa foi o de estudar o fenômeno da negligência e suas consequências no plano do desenvolvimento de crianças em idade escolar, em fase inicial de escolarização. Pretendeu-se averiguar as consequências associadas à negligência, considerando também os fatores de risco atinentes a essa modalidade de maus-tratos, especialmente no plano dos cuidadores/responsáveis pela criança. Assim, buscou-se caracterizar casos suspeitos de negligência, assinalados em diferentes contextos, de modo a conhecer os níveis e a natureza de dificuldades apresentadas no desenvolvimento psicossocial e acadêmico pelas crianças e fatores de risco psicossociais associados. Trabalhou-se com três grupos de crianças e seus respectivos cuidadores e professores: 1- Grupo constituído por casos suspeitos de negligência infantil doméstica, notificados ao Conselho Tutelar; 2- Grupo constituído por casos identificados no contexto escolar como suspeitos de negligência infantil doméstica, porém não notificados ao Conselho Tutelar; 3- Grupo de referência, constituído por casos sem suspeita de negligência (ou qualquer outra forma de maus-tratos).

A discussão dos resultados será organizada, observando-se semelhanças e diferenças encontradas entre os três grupos estudados, numa primeira instância, naquilo que se refere às variáveis privilegiadas concernentes a indicadores/fatores de risco presentes/ausentes no plano sociodemográfico e econômico das famílias envolvidas e no plano psicossocial dos cuidadores/responsáveis participantes, e, numa segunda instância, naquilo que se refere ao desenvolvimento psicossocial e acadêmico das crianças, no sentido de aferir as consequências da negligência.

4.1 Caracterização das Famílias e dos Cuidadores/Responsáveis Estudados: os fatores de riscos para a negligência

Os três grupos apresentaram similaridades em diversos aspectos relativos à constituição familiar. Eles se assemelharam quanto nas proporções relativas ao fato de os cuidadores serem separados/divorciados ou coabitar com um companheiro, ao fato de o companheiro trabalhar e quanto ao número de filhos. Relativo à moradia, as famílias dos três grupos também foram equivalentes quanto a morar em casa própria, alugada ou

cedida, sendo que a maioria habita em casa alugada ou cedida, e os grupos não se diferiram no que se refere ao fato de morarem há mais de dois anos no mesmo endereço.

Os resultados similares eram esperados: os participantes dos GRUPOS 2 e 3 foram recrutados levando-se em conta a indicação, feita por professores, de crianças que estudavam na mesma escola/sala de aula, habitando, portanto, na mesma região/bairro da cidade, o que garantiu certa homogeneidade aos grupos. Buscando-se também o pareamento ao GRUPO 1 (formado por crianças notificadas ao Conselho), as indicações dos professores desse grupo foram realizadas a partir de escolas localizadas nos mesmos bairros ou bairros similares dos outros grupos.

Resultados similares eram esperados, pois na indicação dos participantes feita pelos professores na formação dos GRUPOS 2 e 3 foi realizada levando-se em conta crianças que estudavam na mesma escola/sala de aula, portanto era esperado que morassem no mesmo bairro e apresentassem condições econômicas semelhantes. Buscando-se também o pareamento ao GRUPO 1 (formado por crianças notificadas ao Conselho), as indicações dos professores desse grupo foram realizadas a partir de escolas localizadas nos mesmos bairros ou bairros similares dos outros grupos.

Contudo, deve-se frisar que em outras variáveis de caracterização sociodemográfica, os resultados indicaram similitudes entre os GRUPOS 1 e 2, em contraste ao GRUPO 3, podendo-se afirmar, sobre isso, que nos GRUPOS 1 e 2 encontrar-se-ia um maior número de associações a fatores que, segundo a literatura especializada, atuariam no sentido de incrementarem as chances de maus-tratos acontecerem (BRINGIOTTI, 2000).

Por exemplo, no que respeita ao nível de escolaridade dos respondentes/cuidadores, observou-se similaridade entre os GRUPOS 1 e 2 (os grupos de crianças suspeitas de viverem negligência), os quais apresentaram respectivamente média de 4,53 e 5,07 anos de estudo, diferenciando-se significativamente dos respondentes/cuidadores do GRUPO 3 (o grupo de crianças não negligenciadas) para o qual a média de anos de estudo foi de 9,43. Esse dado coincide com o de diversas pesquisas que mostram que quanto menor o grau de escolaridade dos cuidadores maior o risco para os maus-tratos infantis (MARTINS, 2010; MAYER et al., 2007; ZIELINSK, 2009).

Como reflexo e associado ao baixo nível de escolaridade tem-se também o tipo de emprego do cuidador e sua renda. No presente estudo, o GRUPO 1 foi diferenciado dos GRUPOS 2 e 3, que foram similares quanto ao fato de o participante trabalhar, sendo

que apenas 7 cuidadores do GRUPO 1 relataram possuir um emprego; em contrapartida, 16 e 20 cuidadores relataram trabalhar nos GRUPOS 2 e 3 respectivamente. Importante colocar ainda que o tipo de trabalho exercido pelos cuidadores dos GRUPOS 1 e 2 (crianças com suspeita de viverem negligência) situa-se em mais da metade na categoria “braçal”, ficando o restante distribuído nas categorias “técnico médio” e “prestadores de serviços”, não havendo nenhuma referência a trabalho requerendo nível superior. Em paralelo, no grupo de referência (GRUPO 3) encontrou-se menos “trabalhadores braçais”, estando a maioria do grupo dividida nas categorias “nível superior”, “técnico médio” e “prestador de serviços”.

Outro aspecto associado ao tipo de trabalho exercido, e ao nível de escolaridade dos adultos responsáveis, é renda familiar, sendo que no grupo de referência a maioria das famílias dos cuidadores recebe entre dois e três salários, ou acima de três salários, enquanto que as famílias dos GRUPOS 1 e 2 recebem, em sua maioria, entre um e dois salários. Os resultados do presente estudo coincidem com os de um estudo descritivo, observacional, realizado no período de 1997 a 2006, por Silvany et al. (2011), em um hospital pediátrico de Salvador, cujo objetivo era verificar a ocorrência dos maus-tratos e os fatores associados. Neste, constatou-se que a maioria das crianças maltratadas seria negligenciada (57,95% dos casos) e que as características familiares mais marcantes seriam o baixo nível de escolaridade dos pais, sendo que a maioria dos cuidadores estava desempregada ou inserida no mercado informal de trabalho, havendo ainda indicação, por alguns dos cuidadores, de fazerem uso de bebida alcoólica diariamente.

A associação entre o baixo nível de escolaridade, desemprego ou subempregos (com piores remunerações), e conseqüentemente faixas salariais mais baixas, gera um baixo status socioeconômico familiar, o que constitui fator de risco para maus-tratos de crianças e adolescentes. Ademais, tem-se demonstrado que o abuso e a negligência na infância também afetam o bem-estar socioeconômico na idade adulta, fazendo com que o ciclo dificuldade socioeconômica e violência familiar se repita de uma geração a outra (ZIELINSK, 2009).

Todavia, o baixo status socioeconômico, e dentro disso, a pobreza, apesar de estar presente na maioria dos casos de negligência, por si só não a explica. A negligência sempre está associada a déficits de comportamentos parentais de cuidados com a criança, o que, por vezes, também pode acometer famílias que não têm dificuldades socioeconômicas, destacando a importância em se observar se as falhas nos cuidados infantis resultam ou não de condições de vida (BAZON et al., 2010;

CAVALCANTE; GOLDSON, 2009; SLACK et al., 2004). No entanto, é possível afirmar que as famílias em situação de pobreza vivem em condições menos favoráveis que são facilitadoras de maus-tratos. No entanto, é possível afirmar que as famílias em situação de pobreza vivem em condições menos favoráveis, que são facilitadoras de maus-tratos devido ao estresse gerado pelas dificuldades materiais. Assim, a pobreza é um importante fator de risco para a negligência infantil (MANSO, 2002; MERRIT, 2009; PIRES; MYAZAKI, 2005).

Como coloca Silvano et al (2011, p.32):

Baixo grau de escolaridade e desemprego podem exercer influência na ocorrência de violência intrafamiliar, por suscitarem situações de elevado stress. A estabilidade e o equilíbrio da unidade familiar representam importante fator de proteção para as crianças em todos os sentidos; e a situação contrária é considerada de risco.

As características sociodemográficas encontradas neste estudo corroboram os apontamentos de outras pesquisas, segundo os quais a negligência destaca-se entre as outras formas de maus-tratos, por ter maior associação com uma série de características sociodemográficas como a pobreza, pais com baixa escolaridade, menor renda familiar, monoparentalidade, maternidade precoce e isolamento social (BAZON et al 2010, LACHARITÉ; ÉTHIER, 2002; MANSO, 2002; MARTINS, 2010; MAYER et al., 2007; PIRES; MYAZAKI, 2005; THEODORE; RUNYAN; CHANG, 2007).

O presente estudo procurou ter pareamento demográfico entre os grupos e foram encontradas algumas características similares, pois as crianças viviam nos mesmos bairros, desfrutando, assim, da mesma rede social de serviços. No entanto, os dois grupos, de crianças negligenciadas e suspeitas de serem negligenciadas, e o grupo de referência se diferenciaram em alguns aspectos de condições de vida, alguns sendo fatores de risco para maus-tratos infantis.

O pareamento demográfico entre os grupos estudados no presente estudo visava também garantir certa homogeneidade às famílias no tocante à rede social de serviços disponibilizada às mesmas, uma vez que viviam nas mesmas regiões/bairros da cidade. No entanto, os dois grupos de crianças suspeitas de serem negligenciadas e o grupo de referência se diferenciaram quanto à satisfação com o bairro. Enquanto no GRUPO 1 quase a metade dos cuidadores mostraram-se insatisfeitos com o bairro, nos GRUPOS 2 e 3 a maioria dos respondentes disse estar satisfeito com o mesmo. Nesse sentido, é preciso considerar que o local de moradia pode ou não apresentar recursos, em termos

de serviços, apoiadores das famílias, facilitadores de socialização e dos cuidados a serem dispensados às crianças. No presente estudo, devido ao pareamento, o resultado encontrado quanto à satisfação/insatisfação com o bairro de residência pode estar revelando outro aspecto, o do cuidador não ter acesso ou não interagir a contento com o que o bairro oferece, muitas vezes por dificuldades e/ou incapacidades pessoais para o aproveitamento dos recursos oferecidos (BAZON et al., 2010; LACHARITÉ; ÉTHIER; NOLIN, 2006).

Ter a percepção de que o entorno social é apoiador e propicia condições de desenvolvimento tanto pra si próprio enquanto cuidador, como para as crianças, é importante na medida em que favorece a busca por apoio em diferentes situações como, por exemplo, nos cuidados com os filhos. Ao contrário, o isolamento social limita e prejudica a relação familiar com a comunidade e também no interior da própria família (BAZON et al 2010; KENDALL-TACKET; ECKENRODE, 1996; LACHARITÉ; ÉTHIER; NOLIN, 2006;). Kendall-Tacket e Eckenrode (1996) também colocam que os efeitos negativos da negligência sobre a criança podem ser diminuídos quando esta tem acesso e desfruta de recursos de apoio da comunidade. Lacharité, Éthier e Nolin (2006) também relatam que é muito importante existirem relações positivas entre as crianças, a família e o meio social para que essas crianças se desenvolvam normalmente, sendo que a negligência para com essas crianças pode ser mais forte se não houver essa interação.

Nessa direção, denota-se uma relação entre falta de apoio social e potencial de maus-tratos à criança. As redes sociais podem afetar as relações entre pais e filhos na medida em que a família conta ou não com os amigos e outros apoios formais no entorno social próximo; se a rede existe e é utilizada como um recurso, o estresse familiar é moderado por esses fatores, o que incrementa sua capacidade de enfrentamento às adversidades, com o acesso a recursos e serviços, alguns destinados a ajudar as necessidades básicas e cuidados infantis (MERRIT, 2009).

Como relata Lordelo et al. (2000, p.73):

A diversidade de ambientes nos quais a criança se desenvolve, com a crescente importância das creches e pré-escolas como contextos modernos de desenvolvimento, estabelece desafios para a compreensão dos mecanismos de ajuste dos sujeitos participantes – crianças e adultos, a esses contextos. A investigação do ambiente doméstico, particularmente na sua dimensão social, pode indicar os elementos relevantes para a comparação dos diferentes ambientes em termos das suas potencialidades e limitações.

Em relação a dados levantados sobre bem estar e saúde dos cuidadores, especificamente no que se refere ao uso de álcool e outras drogas, todos os cuidadores responderam não fazerem uso de drogas ilícitas, embora, no que se refere ao consumo de álcool, houve diferença significativa entre os GRUPOS 1 e 2, em comparação ao GRUPO 3, denotando-se maior consumo nos dois primeiros grupos. Algumas pesquisas têm mostrado relação entre maus-tratos infantis e o alcoolismo por parte dos cuidadores, sendo que o uso de bebidas alcoólicas é um fator de risco para a acentuação de punições severas ou de descaso para com as crianças (CHENG; LO, 2010; MAYER, 2007; REPPOLD et. al, 2002).

É importante observar que os dados sobre a saúde e hábitos dos respondentes foram coletados sob a declaração dos mesmos, sendo que em nenhum momento procedeu-se à verificação das respostas por qualquer outro meio.

No que concerne aspectos envolvendo a maternidade, houve diferença significativa entre os participantes dos três grupos relativa ao fato de terem planejado a gravidez. Sobre terem feito o pré-natal houve diferença significativa entre o GRUPO 1 e os outros grupos. No que se refere a ter ajuda para cuidar do primeiro filho os GRUPOS 1 e 2 foram similares e apresentaram diferença significativa em relação ao GRUPO 3. Os aspectos relativos à maternidade apresentaram diferenças entre os GRUPOS 1 e 2 em relação ao GRUPO 3, sendo que os GRUPOS 1 e 2 apresentaram similaridade, diferindo apenas quanto ter feito ou não o pré-natal, sendo que no GRUPO 1 quase metade das mães relataram não o terem feito. Esses resultados corroboram apontamentos da literatura sobre fatores de risco para negligência, como por exemplo, o fato de o período gestacional ser marcado por poucos cuidados por parte do cuidador (MAIA; WILLIAMS, 2005).

Verifica-se também pelos resultados que houve diferença significativa na idade em que a mãe teve o primeiro filho nos três grupos, sendo que as mães dos grupos de crianças suspeitas de viverem negligência (GRUPOS 1 e 2) teriam tido seu primeiro filho, em média, antes dos vinte anos, diferentemente das mães do GRUPO 3, as quais teriam tido, em média, após os 20 anos. Ter o filho antes dos 20 anos de idade é apontado, em diferentes pesquisas, como um importante indicador de risco para os maus-tratos infantis, especialmente, associado à negligência, sobretudo na ausência de apoio social (BAZON 2006; MAYER et al., 2007; RIOS; WILLIAMS, AIELLO, 2007). Nesse quadro, Rios, Williams e Aiello (2007) alertam para a necessidade de

programas de intervenção que possam auxiliar as mães muitos jovens na aquisição de habilidades parentais que auxiliem o cuidado com seus filhos.

No tocante ao potencial de risco de abuso dos cuidadores, avaliado com a aplicação do instrumento CAP, e também por meio dos indicadores de negligência, obtidos com a aplicação do *Child Neglect Index*, os resultados obtidos junto aos casos que compuseram o GRUPO 2 desse estudo, formado a partir de crianças indicadas pelos professores como sendo suspeitas de sofrerem negligência, foram similares aos do GRUPO 1, cuja situação teria sido notificada aos Conselhos Tutelares. No CAP, na escala de abuso, os cuidadores dos GRUPOS 1 e 2 diferiram significativamente dos cuidadores do grupo de referência (GRUPO 3), tendo-se verificado escores médios muito altos nesses, 359 e 318 pontos, respectivamente. Segundo estudos realizados, o escore igual ou acima de 215 é considerado risco elevado para abuso e negligência (BÉRGAMO et al., 2009; RIOS, 2010). Resultados tão superiores a tal nota de corte indicam que nos grupos clínicos, os cuidadores responsáveis apresentam características psicológicas e psicorrelacionais que constituem risco para os maus-tratos para com as crianças. Em contraposição, no grupo de referência, a média de pontos na escala de abuso foi 187, bastante diferente dos grupos clínicos e abaixo da nota de corte americana (214), o que indicaria baixo potencial de risco para os maus-tratos (BÉRGAMO et al. 2009; RIOS, 2010).

Na mesma direção, o *Child Neglect Index* mostrou similaridades entre os GRUPOS 1 e 2, indicando que as crianças desses viveriam mais recorrentemente situações que podem caracterizar negligência, diferentemente do GRUPO 3, para o qual o índice de ocorrência dessas situações seria significativamente menor. Os altos escores obtidos para os GRUPOS 1 e 2 apontaram a presença de indicadores relacionados à falta de supervisão parental referentes a cuidados com alimentação, vestimenta e higiene, com a saúde física e saúde mental das crianças, bem como com a educação e o desenvolvimento destas, o que, de acordo com vários autores comporiam a negligência infantil, segundo dados da literatura (LACHARITÉ; ÉTHIER; NOLIN, 2006; REPPOLD et al., 2002; WHO/ISPCAN, 2006). O *Child Neglect Index* é utilizado em diferentes países e auxilia diferentes segmentos profissionais na identificação de crianças negligenciadas (NOLIN, 2004; STRAUSS; KANDOR, 2005; SULLIVAN, 2000; TROCMÉ, 1996).

Em suma, o conjunto dos resultados atinentes aos fatores de risco presentes e ausentes para os grupos em estudo, em contraste ao grupo de referência (3), permite

afirmar que nestes, de modo muito semelhante, há uma conjunção de características sociodemográficas, socioeconômicas e psicossociais, as quais estão associadas ao incremento das chances de os maus-tratos infantis acontecerem nessas famílias. Na ausência de procedimentos de diagnóstico dos “casos” selecionados para o estudo, esses resultados, além de trazerem à luz aspectos das vivências infantis, asseguram que os grupos “clínicos” investigados na presente pesquisa são representativos da problemática em foco, a negligência, e se diferenciam significativamente do grupo de referência.

Nesse plano, é importante fazer determinadas considerações sobre o GRUPO 2, especificamente. Conforme mencionado, este, muito semelhantemente ao GRUPO 1, é composto por “casos” caracterizados pela presença de inúmeros fatores de risco. Obviamente que a presença de fatores de risco, por si só, não garante que haja a problemática instalada, porém, o grupo foi composto por casos em que havia, por parte de educadores/professores, suspeita de negligência, embora nunca tivessem sido notificados às agências de proteção. Nesse sentido, vale colocar a questão do porquê não haver notificação desses “casos”. Essa falta se deve tão somente a características do sistema educacional ou refere-se também a determinadas características dos próprios casos? Com base nos resultados obtidos, no presente estudo, é preciso cogitar que o problema maior, ao menos no que se refere ao sistema educacional, não é tanto a falta de preparo dos professores para detectar os maus-tratos (a negligência, em particular), mas para notificar.

Sabe-se que o número de casos notificados de maus-tratos infantis é bem menor do que ocorre na realidade, sendo que apenas uma parte dos casos é encaminhada aos serviços de proteção. Em torno de 65% dos casos de maus-tratos não são reportados, muitas vezes isso ocorre porque os profissionais que poderiam efetuar a notificação deixam de fazê-lo por falta de preparo, por lacunas teóricas na formação do profissional, entre outras razões (FERREIRA, 2005; MARTINS, 2010; MATHEWS; BROSS, 2008; THEODORE et al., 2007). Smith (2010) afirma que cerca de somente 30% dos professores que trabalham diretamente e diariamente com as crianças procedem à notificação de “casos” de que suspeitam de maus-tratos, e apenas em torno de 20% o fazem adequadamente. O autor coloca ainda que há falta de preparo e pouco treinamento nas escolas sobre as questões e os sinais (os indicadores) dos maus-tratos infantis. Os professores fazem mais notificações sobre abuso físico porque, em geral, consideram mais graves as formas de maus-tratos que deixam marcas visíveis no corpo,

tendendo a perceber a negligência como uma forma menos séria que as outras, em termos de danos causados.

No que concerne à notificação, especificamente, as indicações dos professores que participaram do presente estudo foram muito pertinentes, o que era esperado, conforme alguns estudos (BAZON, 2006; SMITH, 2010). A convivência diária com as crianças e o tempo passado com as mesmas é um grande facilitador para o reconhecimento dos maus-tatos. De acordo com Smith (2010), as notificações feitas por professores são duas vezes mais pertinentes que as realizadas por profissionais de outras áreas, sendo essas baseadas em dados mais substanciais. No que concerne à negligência, particularmente, os profissionais da educação, também devido à convivência com a criança e algum contato direto ou indireto com a família, teriam mais recursos para detectá-la. Assim, o maior problema, de fato, reside na notificação, podendo-se afirmar que há um processo de seletividade nas notificações feitas no setor educacional. Nesse nível, outra questão importante poderia ser colocada: seria a seletividade dos professores baseada na análise das consequências negativas da negligência percebidas no desenvolvimento infantil, no tipo e na intensidade dessas consequências? Esta pressupõe que, eventualmente, os “casos” não notificados seriam avaliados como portadores de menos consequências ou consequências não significativas, conforme aponta Gracia (1995). A resposta a essa questão pode ser formulada com base nos resultados discutidos a seguir.

4.2 Desenvolvimento Psicossocial e Acadêmico: as Consequências da Negligência para as Crianças Estudadas

4.2.1 O Desenvolvimento Psicossocial das crianças estudadas

A avaliação do desenvolvimento psicossocial das crianças constituiu um dos objetivos do estudo. Assim, a discussão a seguir leva em conta os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos CBCL e TRF, os quais abordaram diversos domínios relativos a essa temática, entre eles, a presença ou não de diferentes problemas de comportamento na infância.

Como citado anteriormente, os instrumentos fornecem uma escala total de problemas de comportamento que é constituída por oito síndromes: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo, cuja soma dá origem à Escala Total de Problemas de Comportamento (ACHENBACH, 2001; SANTOS; SILVARES et al., 2006).

A Escala de Problemas de Comportamento Externalizante refere-se aos comportamentos considerados problemáticos, que são percebidos diretamente no ambiente em que a criança vive. Essa pode ser descrita como padrões comportamentais manifestos e desajustados, denominados também problemas de comportamento, como agressividade, agitação psicomotora e comportamento delinquente (BORSA; NUNES, 2008). Nos instrumentos CBCL e TRF os problemas de comportamento externalizante correspondem às escalas comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo (SANTOS; SILVARES, 2006).

Em ambos os instrumentos, CBCL e TRF, o grupo de referência (GRUPO 3), nas escalas comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo, apresentou-se como diferente, significativamente, em relação aos GRUPOS 1 e 2, que foram similares entre si, destacando-se que as crianças desses dois grupos teriam sido avaliadas, tanto por cuidadores/responsáveis como por seus professores, como apresentando problemas nessas duas escalas, predominantemente, em níveis clínicos e limítrofes. Já no GRUPO 3 os escores foram classificados como normais para a maioria das crianças no CBCL e para a totalidade dessas no TRF.

Tais resultados vão ao encontro das colocações de Pesce (2009), cujos apontamentos indicam que uma educação ineficiente dos pais atua como um importante

preditor de problemas comportamentais externalizantes, sendo que os mesmos podem ser reforçados por práticas familiares inadequadas.

A existência de problemas de comportamento externalizantes nas crianças suspeitas de sofrerem negligência é uma questão importante, pois, em geral, estes geram respostas também inadequadas no ambiente, o que tende a agravar problemas de socialização, os quais podem se arrastar de uma etapa a outra do desenvolvimento. Esses problemas comportamentais, no contexto escolar, muitas vezes encontram-se associados a dificuldades de adaptação nesse ambiente e, conseqüentemente, podem causar problemas de aprendizagem (SANTOS; GRAMINHA, 2006)

Direcionando a atenção para problemas de comportamento internalizantes, reitera-se que estes podem ser descritos em termos de padrões comportamentais privados desajustados, denominados também de problemas emocionais, como tristeza e isolamento (BORSA; NUNES, 2008). Nos instrumentos CBCL e TRF, os problemas de comportamento internalizantes correspondem às escalas de problemas de comportamento de ansiedade e depressão, de isolamento e depressão e de queixas somáticas.

Nesse tocante, os resultados obtidos no presente estudo, por meio da aplicação do instrumento CBCL, mostraram que as crianças dos três grupos, avaliadas pelos seus cuidadores/responsáveis, não apresentariam diferenças significativas no plano da síndrome ansiedade/depressão, mas apresentariam no da síndrome isolamento/depressão, sendo as crianças do grupo de referência diferentes significativamente perante as crianças dos outros grupos, similares entre si, as quais teriam sido predominantemente avaliadas com escores clínicos e limítrofes. Quanto à síndrome queixa somáticas, a diferença significativa existiria apenas entre as crianças dos GRUPOS 2 e 3, mas não entre os outros grupos.

Na somatória total para a escala Problemas Internalizantes, para o instrumento CBCL, os resultados encontrados revelam a não existência de diferenças significativas entre as crianças dos três grupos. No entanto, como descrito nos resultados, as crianças do grupo de referência apresentaram em sua maioria escores normais, ao contrário do que ocorreu nos GRUPOS 1 e 2, onde as crianças apresentaram maior percentual nos escores limítrofes e clínicos, ressaltando-se que no GRUPO 2 (crianças negligenciadas, mas não notificadas ao Conselho Tutelar) há uma maior concentração de crianças pontuando escores considerados clínicos.

Na ótica dos professores, segundo o instrumento TRF, concernindo os resultados relativos à ansiedade/depressão, a totalidade das crianças do grupo de referência apresentaria indicadores em níveis normais, diferentemente das crianças dos GRUPOS 1 e 2, as quais apresentariam escores limítrofes e clínicos de 43% e 30% respectivamente, ocorrendo o mesmo na síndrome isolamento/depressão, na qual todas as crianças do grupo de referência apresentariam escores normais, ao passo que as dos GRUPOS 1 e 2 apresentariam escores limítrofes e clínicos de 53% e 37%, respectivamente.

Na somatória, no instrumento TRF, a totalidade das crianças no grupo de referência apresentariam escores normais, ao passo que mais de 50% das crianças dos GRUPOS 1 e 2 teriam sido avaliadas de tal modo a apresentarem escores em níveis limítrofes e clínicos.

A identificação dos problemas internalizantes é muito importante, pois também acarretam inúmeras outras consequências negativas para o indivíduo, associando-se a sofrimento. Esses, entretanto, muitas vezes, são de mais difícil identificação, uma vez que, pela sua natureza, remetem a comportamentos que não exercem um impacto direto no ambiente, restringindo-se ao mundo interno da criança. Nesse sentido, a não diferença encontrada entre os grupos nas análises dos dados coletados com o CBCL (em contraposição ao TRF), pode mais propriamente revelar uma dificuldade do observador que responde ao instrumento que, no caso, são os cuidadores/responsáveis. Isso faz mais sentido se se considera que a relação entre esses e a criança é caracterizada por um grau considerável de desengajamento/distanciamento, o que constitui uma marca da negligência. Com base nisso, pode-se supor que a detecção de dificuldades/necessidades infantis que se revelariam de modo mais sutil no ambiente (em contraposição à manifestação dos problemas externalizantes), representativas de problemas internalizantes, seria muito mais difícil para pais negligentes.

De todo modo, pode-se dizer que os comportamentos infantis detectados e assinalados neste estudo são consistentes com o quadro descrito por Ethier, Lemelin e Lacharité (2004), que demonstraram relações entre negligência e depressão. Esses autores relatam que quando as crianças sofrem maus-tratos de forma crônica há maior probabilidade de apresentarem mais problemas emocionais que seus pares em situações transitórias de maus-tratos.

Interessante observar que no GRUPO 2 encontrou-se uma maior proporção de crianças que apresentariam problemas internalizantes, avaliadas com escores clínicos no

instrumento CBCL, apesar disso não apresentar-se como estatisticamente significativo (denotando-se somente uma tendência à significância). Ressalta-se que os problemas internalizantes podem afetar sobremaneira o desenvolvimento infantil e futuro, ocasionando depressão na adolescência e, em alguns casos, aumentando a probabilidade de suicídio (BRAQUEHAIS et al., 2010; DUKE et al., 2010; WRIGHT; CRAWFORD; DEL CASTILLO, 2009) e também de uso abusivo de drogas e álcool (CHENG; LO, 2010; LACHARITÉ, ÉTHIER E NOLIN, 2006). Duke et. al. (2010) relatam que experiências na infância, como a negligência acentuada, acarretam problemas no desenvolvimento da criança, por causarem alterações no hipotálamo-hipófise-adrenal, devido ao estresse, que podem gerar maior risco de suicídio na adolescência e na vida adulta, na mesma direção de Braquehais et al. (2010), os quais afirmam que a história da criança negligenciada e/ou abusada afeta o desenvolvimento neuropsicológico do indivíduo e, com isso, verifica-se risco aumentado de comportamento suicida no futuro.

As síndromes compreendidas nas escalas de Problemas de Comportamento Internalizante e Problemas de Comportamento Externalizante compõem a escala total de Problemas de Comportamento, a qual ainda se agrega problemas sociais, problemas de pensamento e problemas de atenção (BORDIN; MARI; CAIERO, 1995; BORSA; NUNES, 2008). Nesse tocante (Problemas Totais), com base nas avaliações efetuadas com ambos os instrumentos, as crianças dos GRUPOS 1 e 2 teriam resultados similares, com maior percentual delas pontuando em escores clínicos, o que diferenciaria esses grupos do de referência, no qual o maior percentual teria sido avaliado com índices em níveis normais.

Em síntese, as crianças participantes dessa pesquisa, suspeitas de serem negligenciadas, apresentariam manifestações relativas a problemas de comportamento em níveis significativamente superiores a crianças sem suspeita de negligência. Esses resultados corroboram apontamentos feitos por outros autores que relatam que as formas de maus-tratos, incluindo a negligência, podem ocasionar consequências psicológicas, aumentando o risco de problemas de comportamento e de depressão na adolescência (IGARASHI et al., 2010; THORNBERRY et al., 2010; ZIELENSKI et al., 2009). Na literatura, encontramos indicações de que práticas parentais inadequadas e experiências adversas na infância são fatores de risco para problemas de comportamentos (DUKE et. al., 2010; KENDALL-TACKET, 1996; PESCE, 2009). Os danos ao desenvolvimento infantil podem ocorrer a curto, médio e longo prazo, causando maior risco, na adolescência e vida adulta, de comportamento agressivo, atos

de violência, dificuldades de adaptação social e a novas situações, transtornos de ansiedade e de humor e uso de drogas (CHENG; LO, 2010; LACHARITÉ; ÉTHIER; NOLIN, 2006; PESCE, 2009).

Lacharité, Éthier e Nolin (2006) alertam que a criança negligenciada, em idade escolar, pode apresentar problemas de comportamento que interferem em sua aprendizagem e com isso ter prejudicado seu sucesso escolar. A relação entre as problemáticas fracasso escolar e problemas de comportamento (principalmente problemas de comportamento externalizantes) é frisada por Elias e Marturano (2004), que alertam para a ocorrência de forte associação entre essas, condição que gera grande vulnerabilidade para o desenvolvimento da criança, em curto, médio e longo prazo também.

Com base nas informações coletadas com os instrumentos CBCL e TRF, obtêm-se informações relativas a transtornos mentais, os quais também revelam problemas de desenvolvimento. Os transtornos mentais aferidos são transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, problemas somáticos, déficit de atenção/transtorno hiperatividade, transtorno opositor desafiante e transtorno de conduta.

Nas avaliações realizadas com o instrumento CBCL, o grupo de referência (GRUPO 3) apresentou-se significativamente diferente dos outros dois grupos no que se refere a déficit de atenção/transtorno hiperatividade, transtorno opositor desafiante e transtorno de conduta. Nas avaliações feitas com o instrumento TRF, os grupos, do mesmo modo, mostraram-se significativamente diferentes no tocante a transtornos afetivos, déficit atenção/transtorno hiperatividade, transtorno opositor desafiante e transtorno de conduta. Em praticamente todos os transtornos mentais, avaliados pelos dois instrumentos CBCL e TRF, as crianças do grupo de referência pontuaram predominantemente escores normais, enquanto as crianças dos GRUPOS 1 e 2 apresentaram escores em níveis limítrofes e clínicos em mais de 50% das vezes, à exceção de problemas somáticos, transtorno nos quais os escores obtidos nos três grupos foram similares.

Destaca-se que nas variáveis transtornos afetivos e transtorno opositor desafiante, as crianças dos GRUPOS 1 e 2 apresentariam um percentual em torno de 50% nos escores limítrofes ou clínicos, sendo que no GRUPO 3 quase 100% das crianças apresentariam escores normais. Tais resultados corroboram os encontrados Duke et al (2010), os quais denotam que o abuso e a negligência infantil sugerem a falta de cuidados parentais, quando adicionados a outros fatores de vulnerabilidade como a

pobreza e falta de sistemas de apoio formal e informal, pode acentuar os problemas de comportamento e afetar sobremaneira o desenvolvimento psicológico das vítimas. Entre as consequências advindas da negligência dos pais/cuidadores, muitas crianças e adolescentes submetidos a essa adversidade apresentariam aumento da agressividade, altos índices de ansiedade, depressão e tendências suicidas, e a longo prazo, tanto na adolescência como na fase adulta, um maior número de transtornos psiquiátricos (ABRAMOVICH, 2008; BRAQUEHAIS et al., 2010; FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002; WRIGHT; CRAWFORD; DEL CASTILLO, 2009). Braquehais et al. (2010) relatam que a negligência e o abuso podem resultar em déficits cognitivos e neurocomportamentais, apresentando-se como significantes preditores de diagnóstico de desordem dissociativa. Os autores colocam ainda que há forte evidência de efeitos do trauma infantil advindo da negligência e do abuso, refletindo no funcionamento cerebral de crianças e adolescentes, como o crescimento da impulsividade e a falta de habilidades do cérebro para inibir as ações negativas, o que resulta em dificuldades para modular emoções e relacionamentos.

4.2.2 O Desenvolvimento Escolar das Crianças Estudadas: Desempenho Acadêmico

Os resultados obtidos com a aplicação do instrumento CBCL junto aos cuidadores das crianças dos três grupos, relativos às dimensões de competência avaliadas no quesito “escolarização”, denotaram que uma grande proporção de crianças suspeitas de serem negligenciadas apresentaria níveis limítrofes ou clínicos nas competências escolares, diferenciando-se de forma significativa das crianças do grupo de referência, as quais apresentariam níveis de desenvolvimento de competências escolares normais.

No que se refere aos resultados obtidos por meio da aplicação do TRF, o qual avalia a função adaptativa das crianças, também foram observadas diferenças significativas entre os grupos em todas as funções acadêmicas – desempenho acadêmico, engajamento nas atividades, comportamento, aprendizagem, nível de felicidade e soma dos itens – a maioria das crianças dos GRUPOS 1e 2 obtiveram escores em níveis clínicos e limítrofes, ao passo que as do grupo referência apresentaram, em grande maioria, escores normais. Ressalta-se que em desempenho acadêmico, aprendizagem e soma dos itens, pelo menos metade das crianças suspeitas de serem negligenciadas apresentaram escores em nível clínico.

Na mesma direção, as crianças que compuseram os GRUPOS 1e 2, quando avaliadas diretamente, por meio da aplicação do Teste de Desempenho Escolar (TDE), também mostraram-se diferentes significativamente das do grupo de referência, em todas as variáveis abordadas pelo instrumento: escrita, aritmética, leitura e soma dessas variáveis (total). No grupo de referência, o GRUPO 3, os resultados denotaram a prevalência de escores na média, ao passo que nos dois primeiros grupos prevaleceram escores inferiores à média. Tais resultados corroboram apontamentos da literatura que colocam a negligência como “causadora” de diversos impactos ao desenvolvimento, com evidentes consequências no plano cognitivo e, conseqüentemente, na aprendizagem (CICCHETTI et al., 2010; GLASSER, 2000; LACHARITÉ; ÉTHIER; NOLIN, 2006; MAZZER; BELLO; BAZON, 2009).

As crianças suspeitas de viverem negligência estariam, assim, defasadas em relação aos colegas da sala de aula, no tocante às aquisições preconizadas para o grupo de sua faixa etária e séries, com desempenho abaixo do esperado para o início da escolarização, o que acarreta em prejuízos imediatos e também mediatos, relativos a

todo o processo de aprendizado escolar, aumentando as chances de fracasso para esses grupos, como encontrado em diversos relatos da literatura (DOCKRELL; MCSHANE, 2000; HUGHES; KWOK, 2007; MARTURANO; TRIVELLATO-FERREIRA; GARDINAL, 2009; PASIAN; DE ROSE, 2011).

Como pano de fundo à existência de tantas dificuldades para a consecução das aquisições escolares esperadas, pode-se cogitar os eventuais problemas de apego que as crianças suspeitas de viverem negligência possuem. Conforme indica a literatura, o desenvolvimento do apego é uma condição fundamental ao desenvolvimento infantil, sendo que crianças negligenciadas estariam mais sujeitas a situações dificultadoras do estabelecimento de um vínculo seguro com seus cuidadores. A experiência de apego seguro seria fundamental na infância para um desenvolvimento adequado, favorecendo a adaptação do indivíduo aos diversos ambientes e em diferentes fases de sua vida (DE BELLIS, 2005; ÉTHIER; LEMELIN; LACHARITÉ, 2004; GLASER, 2002; LACHARITÉ, 2003; LETARTE; NORMANDEAUB; ALLARDB, 2010; TOTH; CICCHETTI, 2005; WRIGHT et al, 2009).

Marturano e Ferreira (2004, p. 219-220), nessa direção, fazem uma colocação relativa aos pré-requisitos necessários à criança, no ingresso na escola:

Ao ingressar na meninice intermediária, que para muitos indivíduos coincide com o ingresso na escolarização formal, espera-se que a criança já tenha estabelecido, nas etapas anteriores, um vínculo seguro com figuras de apego, assim como as bases para um sistema eficaz de auto-regulação. As principais tarefas que então se apresentam, como desafios a serem enfrentados pelo escolar, incluem o desempenho acadêmico, o ajustamento ao ambiente escolar, a capacidade de se dar bem com os companheiros e a adesão às regras da sociedade para comportamento moral e conduta pró-social. Nesse percurso ele deve poder contar com os sistemas de suporte constituídos pela família e pela escola, para resolver satisfatoriamente os desafios da fase. O sucesso escolar constitui assim como um critério de competência que, quando não atendido, pode ocasionar dificuldades adaptativas ou intensificar problemas pré-existentes.

Articulando os raciocínios, a criança negligenciada, devido a problemas de apego, apresentaria chances aumentadas de ter diferentes problemas de enfrentamento à situação de ingresso escolar, por não dispor dos pré-requisitos que a auxiliem nesse processo de socialização e aprendizagem.

Ademais, relembando os apontamentos feitos por Lacharité, Éthier e Nolin (2006), a negligência também produziria várias consequências diretas à criança,

causando-lhe danos que podem ter reflexo no ambiente escolar, o que pode ajudar a esclarecer os baixos escores obtidos pelos GRUPOS 1 e 2 na presente pesquisa, referente ao desempenho escolar. De acordo com os autores, a criança pode apresentar, no período pré-escolar e escolar, atrasos de funções neurológicas como atenção, concentração, memória e planejamento, dificuldades de concentração e de planejamento de seu trabalho, o que irá refletir em fracassos na sua escolarização. Os autores ainda colocam que a criança negligenciada nesse período apresenta mais dificuldades para se socializar e criar vínculos de afeição com seus pares e professores.

O desempenho da criança no início da escolarização pode influenciar toda a trajetória escolar. O baixo desempenho escolar da criança, principalmente no início de escolarização, pode causar danos à autoestima, problemas na interação social, problemas de comportamento e consequências negativas que podem influenciar negativamente diversos aspectos de sua vida (BONAMINO; COSCARELLI; FRANCO, 2002; MENDES et al., 2009; PASIAN, 2004; STROMQUIST, 2001).

As crianças participantes deste trabalho além dos baixos escores apresentados no teste de desempenho escolar ainda passam pela adversidade de viverem à mercê da negligência para com elas. Sua autoestima é prejudicada por diferentes vias, pela negligência vivenciada e pelo seu baixo desempenho escolar. Medeiros e Loureiro (2004, p. 108) relatam:

Constata-se que a experiência de fracasso escolar associada a outras circunstâncias adversas pode aumentar o nível de vulnerabilidade e risco de adaptação ao longo do desenvolvimento afetando a maneira como a criança se percebe e as crenças que constrói sobre si mesma.

Nesse sentido, estabelece-se um ciclo de problemas que tende a agravar-se em cascata. Ser negligenciada produz para a criança consequências negativas ao seu desenvolvimento, que vão desde danos neurocognitivos até dificuldades de interação social, e problemas de comportamento, o que dificultam sobremaneira a adaptação na escola, diante dos desafios impostos pelo processo de escolarização, seja no que se refere às aquisições de conteúdo como no que diz respeito ao funcionamento social (CICCHETTI et al., 2010; DE BELLIS, 2005; DE BELLIS et al., 2009; GLASSER, 2000; LACHARITÉ; ÉTHIER; NOLIN, 2006). A criança com dificuldade de adaptação escolar tem maiores chances de fracassar nesse ambiente, pois padece com o sentimento de insegurança e sente-se incapaz para lidar com os desafios, com perda da

autoconfiança, deixando, muitas vezes, de realizar atividades propostas ou de tentar resolver problemas e conflitos que aparecem em seu cotidiano, por achar que não é capaz de enfrentá-los com êxito, ficando mais e mais suscetível ao insucesso (DOCKRELL; MCSHANE, 2000; MEDEIROS; LOUREIRO, 2004; PASIAN; DE ROSE, 2011).

No caso deste estudo, as crianças dos GRUPOS 1 e 2 apresentariam notadamente mau desempenho escolar, pois apresentaram escores inferiores ao esperado para a idade e ano escolar, sendo que o grupo de referência apresentou esperados para idade e ano escolar. Assim, há indícios fortes de associação entre a exposição das crianças à negligência e prejuízos acadêmicos, corroborando diversos estudos realizados (GLASER, 2002; LACHARITÉ; ÉTHIER; NOLIN, 2006; MAYER et al 2007; NOLIN; TURGEON, 2004; ZIELINSKI, 2009).

Sabe-se que problemas de aprendizagem podem gerar uma série de consequências negativas para a vida da criança, sendo essas ainda mais graves se associadas a outros fatores de risco para o seu desenvolvimento, no ambiente social e familiar (DOCKRELL; MACSHANE, 2000, MAZER, BELLO; BAZON, 2009). A identificação desses problemas normalmente acontece no ingresso das crianças na escola no início do ensino fundamental, em nossa realidade. As crianças com dificuldades de aprendizagem encontram-se defasadas em importantes aspectos do desenvolvimento geral, exigindo providências para se tentar minimizar danos. A identificação precoce e a remediação de eventuais dificuldades podem prevenir falhas no aprendizado e no desenvolvimento (DOCKRELL; MCSHANE, 2000; MAZER; BELLO; BAZON, 2009; OKANO et al., 2004; PASIAN; DE ROSE, 2011).

Dockrell e Mashane (2000) relatam que algumas dificuldades no aprendizado das crianças são resultantes de problemas educacionais ou ambientais que não estão necessariamente relacionadas às habilidades cognitivas da criança, sendo que uma grande gama de variáveis associadas ao ambiente familiar pode contribuir para o surgimento de dificuldades de aprendizagem. As autoras colocam ainda que a compreensão do papel do meio em que a criança vive é muito importante para a compreensão das dificuldades de aprendizagem que apresentam.

Os resultados do presente estudo revelaram que as crianças suspeitas de serem negligenciadas apresentam níveis de aprendizado inferiores aos esperados, sendo que crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem precisam de suporte e apoio para ganhar habilidades de enfrentamento das dificuldades para que possam superá-las

(DOCKRELL; MCSHANE, 2000; PASIAN; DE ROSE, 2011). Como relata Marturano e Ferreira (2004, p.220):

A associação entre baixo desempenho escolar e problemas sócio-emocionais é condição preocupante. Ambos os problemas representam questões centrais na infância, interessando à psicologia do desenvolvimento, por interferirem no cumprimento de tarefas evolutivas proeminentes nessa fase, e ao campo da saúde mental, por terem alta prevalência e serem fatores de risco para inadaptação psicossocial na adolescência.

As autoras colocam ainda que, na realidade brasileira, os problemas externalizantes e as dificuldades de aprendizagem são os principais motivos na procura de atendimento psicológico, a qual é ainda mais acentuada quando se verifica a coocorrência desses problemas.

Frente a tudo isso, insiste-se sobre a importância de os professores estarem cientes da necessidade de notificar os casos de maus-tratos infantis, incluindo a negligência, para que seja possível a efetividade de medidas de intervenção. Os profissionais que atuam na escola também precisam atuar como suporte para essas crianças, não sendo mais uma vez negligentes para com elas, mas atuando como protetores da mesma. A escola deve se adaptar às diferenças no plano das dificuldades e necessidades das crianças, fornecendo-lhes subsídios sob medida para favorecer sua aprendizagem.

Santos e Ferriani (2007) colocam que é possível para professores e monitores de creches e escolas reconhecer se a criança sofre maus-tratos no contexto escolar, pois essas crianças apresentam diversos comportamentos que refletem abusos ou negligência, como comportamentos agressivos, isolamento e dificuldades de relacionamento. O trabalho conjunto da escola e da família auxilia a criança em diversos aspectos e torna-se facilitador do reconhecimento do contexto social da criança (GOMES; FONSECA, 2005; SANTOS; FERRIANI, 2007).

A criança com dificuldades de aprendizagem precisa receber ajuda, assim como a criança negligenciada, sendo que um aspecto pode estar relacionado com outro. Para tanto, faz-se necessário a disponibilização de apoio e intervenções que auxiliem essa criança para que ela desenvolva habilidades que a torne capaz de aprender e acompanhar o ensino de sala de aula. Aí se podem destacar características da potencialidade humana, como o desejo natural de aprender e conhecer a realidade,

lembrando que a criança é um ser desafiador, capaz de pensar, agir e procurar soluções (FERREIRO E TEBEROSKY, 1999).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto de investigação do presente estudo é a negligência doméstica de crianças, sendo que o interesse principal era o de trazer à tona suas consequências para o desenvolvimento de crianças em fase de início de escolarização, considerando ser esse momento de vida um período especialmente importante, concernindo novos e importantes desafios relativos a aquisições a serem feitas e à adaptação social. Dentro disso, pode-se dizer que o estudo contribuiu evidenciando quão complexo é o fenômeno em questão e quão nefasto parece ser o impacto que produz. As crianças notificadas por negligência e as suspeitas de viverem essa problemática, porém não notificadas, apresentaram problemas desenvolvimentais significativos, muitos relativos a comportamento social inadequado e dificuldades de aprendizagem no início da escolarização. De forma geral, os resultados encontrados corroboram outros de diversos estudos sobre os danos causados pela negligência (DE BELLIS et al., 2009; GLASER, 2002; LACHARITÉ; ÉTHIER; NOLIN 2006; MAYER et al., 2007; NOLIN; TURGEON, 2004; PEREIRA; SANTOS; WILLIAMS, 2009; ZIELINSKI, 2009). Assim, de modo geral, pode-se dizer que os GRUPOS 1 e 2 apresentam características que comporiam um quadro de negligência, que se evidencia além das suspeitas.

Isso deve ser considerado como um alerta, sendo a detecção, a notificação e o adequado manejo das situações de negligência infantil extremamente importantes para que ocorram intervenções visando à diminuição das sequelas no desenvolvimento infantil, que propiciem comportamento adequado e engajamento escolar dessas crianças. A identificação de problemas de aprendizagem, principalmente no início da escolarização, é fundamental para que sejam implementadas ações que beneficiem a criança, sendo que o sucesso ou não no desempenho acadêmico tem impacto por toda sua vida.

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, é preciso também frisar que a condição de pobreza não é fator determinante da negligência, mas apresenta-se como contexto altamente propício à manifestação da mesma. Os grupos de crianças suspeitas de serem negligenciadas, apesar de morarem nos mesmos bairros e estudarem nas mesmas escolas das do grupo de referência, apresentaram condições econômicas menos favoráveis, sendo que os cuidadores apresentaram menos anos de estudo e colocações empregatícias com menor remuneração, refletindo na renda familiar, que também foi bem menor nesses grupos, em relação ao grupo de referência. Os fatores de

risco associados a situações desfavoráveis economicamente revelam que as famílias que vivem em situações mais precárias estão em maior risco de negligenciar seus filhos. A isso se acresce o fato de essas famílias também utilizarem menos os serviços de apoio existente na comunidade, muitas vezes por apresentarem mais dificuldades pessoais para saber como usufruir os mesmos. A falta de apoio e o isolamento social da família apresentam-se, portanto, como fatores favoráveis à ocorrência da negligência infantil.

Nesse tocante, há o limite de no presente estudo ter-se lidado somente com e informações decorrentes de análises comparativas, sendo que em futuras investigações deve-se proceder a análises de correlação entre as diversas variáveis privilegiadas de modo a melhor entender as interações entre as mesmas. De todo modo, parece patente que, embora se defenda a ideia de que os maus-tratos acontecem em todas as classes sociais, não se pode furtar à obrigação de defender que haja políticas mais efetivas visando à diminuição da pobreza e melhor distribuição de renda, com vistas a melhorar as condições de vida das crianças, pois estas parecem especialmente relevantes para a manifestação da negligência, sendo que a negligência, por intermédio de suas consequências, parece ter um papel importante na perpetuação da pobreza, de uma geração a outra.

O estudo realizado ainda trouxe à luz fato já demonstrado em outros estudos, o de a comunidade escolar abster-se de notificar “casos” de crianças em relação às quais se suspeita de negligência (BAZON, 2006; VAGOSTELLO, 2006). O diferencial, entretanto, é que aqui se conseguiu demonstrar que os “casos suspeitos e não notificados” remetiam, efetivamente, a crianças vivendo em contextos caracterizados pela presença de fatores de risco associados aos maus-tratos significativos, sendo que essas já estariam apresentando dificuldades importantes, psicossociais e acadêmicas, equivalentes às crianças notificadas aos órgãos de proteção. Com isso, pode-se fazer outra importante consideração: os professores investigados fizeram indicações altamente pertinentes de crianças suspeitas e não suspeitas de viverem negligência, aventando-se, assim, que os mesmos são bastante competentes para a identificação de “casos”.

Obviamente, deve-se considerar que o número de professores participantes desse estudo é muito pequeno e não permite a generalização dessa informação ao setor educacional. Esse dado, porém, deve ser tomado em conta e orientar futuras investigações, considerando a importância do papel a ser desempenhado pelo setor educacional no sistema de proteção infantil.

No que se refere à notificação, não há dúvidas sobre o fato de que fomentar essa ação no setor educacional é um desafio a ser enfrentado por políticas públicas pertinentes, considerando ser esse gesto uma ação protetiva inicial, fundamental. É preciso salientar que o ato de notificar “casos suspeitos” de maus-tratos tem a capacidade de instaurar os mecanismos de proteção e programas de intervenção, com relação às crianças e à família, para que os maus-tratos cessem e que os danos causados sejam amenizados.

Infelizmente, o fenômeno da subnotificação dos maus-tratos infantis é um problema social significativo, sublinhado em diversos estudos brasileiros e internacionais (BRINGIOTTI, 2000; GONÇALVES; FERREIRA; MARQUES, 2002; MARTINS, 2010; MATHEWS; BROSS, 2008; BAZON, 2006; SANTOS et al., 2009; SMITH, 2010; THEODORE; RUNYAN; CHANG, 2007), sendo que parece ser ainda maior com relação à negligência, talvez devido ao fato de essa modalidade de maus-tratos ser considerada uma modalidade de menor relevância, “menos grave”, no senso comum (GRACIA, 1995), ou confundir-se com a pobreza na qual vivem muitas famílias.

Pessoas leigas e muitos profissionais acreditam que a negligência não provoque consequências importantes ao desenvolvimento da criança, porque ela é caracterizada mais propriamente pela omissão de comportamentos por parte dos pais/cuidadores, diferentemente das outras formas de maus-tratos. A identificação e a caracterização da negligência se tornam, portanto, mais difícil, sendo essa, muitas vezes, mal compreendida, até mesmo pelos profissionais dos órgãos de proteção, responsáveis pelo bem estar das crianças e adolescentes.

Nessa direção o presente estudo levantou também uma nova questão: sobre quais critérios repousam as tomadas de decisão dos profissionais da educação com respeito a quais “casos de negligência” notificarem e quais não notificarem ao sistema de proteção. Nos resultados por nós encontrados, verificou-se tão somente que as crianças suspeitas de serem negligenciadas, porém não notificadas, apresentaram maior tendência à manifestação de problemas internalizantes, embora, também apresentassem, tal como “os casos notificados”, problemas externalizantes em níveis significativos. Será interessante investigar o papel dessa característica diferencial e outras variáveis no tocante ao ato da notificação no setor educacional.

Profissionais da área da saúde e educação podem contribuir de forma efetiva para a redução dos casos de maus-tratos infantis, fazendo as notificações e estando

cientes da obrigatoriedade desse ato, para que possam ser tomadas medidas preventivas. No entanto, para que isso ocorra de forma efetiva, é necessário que esses profissionais recebam informações e treinamento para reconhecer os fatores de risco associados e ter ciência das consequências advindas das crianças vítimas de negligência.

Com isso, medidas preventivas e intervenções precoces para com os pais/cuidadores poderiam ser ofertadas e beneficiar as crianças que se encontram vulneráveis, evitando ou amenizando consequências negativas ao seu desenvolvimento. Crianças com dificuldades de aprendizagem que recebem estimulação adequada podem ter melhoras no funcionamento cerebral e no seu desempenho escolar (FERREIRO E TEBEROSKY, 1999; DOCKRELL; MCSHANE, 2000), sendo que isso pode ser realizado no próprio ambiente onde vive, ou seja, na sua casa, na sua escola e em seu entorno social.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVITCH, S.; MAIA, M. C.; CHENIAUX, E. Transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo: associação com abuso físico na infância. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 159-164, 2008.

ACHENBACH, T. M. **Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 profile**. Burlington: University of Vermont, 2001.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA School-Age form; profiles**. Burlington: University of Vermont, 2001.

ALGERI, S.; SOUZA, L. Violência intrafamiliar contra a criança: uma análise crítico-reflexiva para a equipe de enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 4, n. 3, 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=13666&indexSearch=ID>. Acesso em: 20/06/2011

ÁVILA DE MELLO, I. L. M. **Negligência**: contribuições para a avaliação de fatores de risco psicossociais em famílias assinaladas junto ao Conselho Tutelar. 2008. 135f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **Child protection Australian 1997-98**. Canberra: AIHW, 1999. (AIHW Cat. No. CWS 13; Child Welfare Series, 27).

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e violência fatal em família**. São Paulo: Iglu, 1998.

BACKES, D. L. **Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para o uso na prática de enfermagem**. Porto Alegre: Escola de Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

BARBOSA, P. Z.; PEGORARO, R. F. Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 77-89, 2008.

BAZON, M. R. **Relatório de pesquisa**: o panorama dos maus-tratos domésticos em Ribeirão Preto – SP / identificação de casos e intervenções vigentes. Ribeirão Preto: Departamento de Psicologia e Educação/Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 2004.

BAZON, M. R. **Relatório de pesquisa apresentado ao CONDECA** (Deliberação CONDECA/SP N. 02/05 - Artigo 7). Estudo da prevalência de maus-tratos em crianças de 0 a 10 anos, frequentando estabelecimentos educacionais públicos e privados, e identificação de fatores de risco pessoais e sociais e de indicadores comportamentais e emocionais. 2006. Mimiografado.

BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas no Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 323-332, 2008.

BAZON, M. R.; MELLO, I. L. M. A.; BÉRGAMO, L. P. D.; FALEIROS, J. M. Negligência infantil: estudo comparativo do nível sócio-econômico, estresse parental e apoio social. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 18, p. 71-84, 2010.

BENETTI, S. P. C. Maus-tratos da criança: abordagem preventiva. In: HUTZ, C. **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 131-148.

BENNETT, D. S.; SULLIVAN, M. W.; LEWIS, M. Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. **Child Maltreatment**, Thousand Oaks, v. 10, n. 4, p. 311-323, 2005.

BÉRGAMO, L. P. D. **Maus-tratos físicos de crianças**: contribuições para a avaliação de fatores de risco psicossociais. 2007. 132f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BÉRGAMO, L. P. D.; PASIAN, S. R.; MELLO, I. L. M. A.; BAZON, M. R. O Inventário de potencial de maus-tratos infantil: estudo de precisão e validade. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 8, p. 425-435, 2009.

BONAMINO, A.; COSCARELLI, C.; FRANCO, C. A. Avaliação e letramento: concepções de aluno letrado subjacentes ao SAEB e ao PISA. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 81, p. 91-113, 2002.

BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAIERO, M. F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL). Inventário de comportamentos da infância e adolescência: dados preliminares. **Revista ABP – APAL**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 55-66, 1995.

BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, p. 317-330, 2008.

BRAQUEHAIS, M. D.; OQUENDO, M. A.; BACA-GARCIA, E.; SHER, L. Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 51, n. 2, p. 121-129, 2010.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1998.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563.

BONAMINO, A.; COSCARELLI, C.; FRANCO, C. Avaliação e letramento: concepções de aluno letrado subjacentes ao SAEB e ao PISA. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 81, p. 91-113, 2002.

BRINGIOTTI, M. I. **Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil que concurre a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**. Madrid: Niño y Dávila, 1999.

BRINGIOTTI, M. I. **La escuela ante los niños maltratados**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2000.

CALHEIROS, M.; MONTEIRO, M. B. Mau trato e negligência parental: contributos para a definição social dos conceitos. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, v. 34, p. 145-176, 2000.

CAVALCANTE, F. G.; GOLDSON, E. Situational analysis of poverty and violence among children and youth with disabilities in the Americas an agenda proposal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-20, 2009.

CHENG, T. C.; LO, C. C. The roles of parenting and child welfare services in alcohol use by adolescents. **Children and Youth Services Review**, New York, v. 32, n. 1, p. 38-43, 2010.

CIA, F.; BARHAM, E. J.; FONTAINE, A. M. G. V. Impactos de uma intervenção com pais: o desempenho acadêmico e comportamento das crianças na escola. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 533-543, 2010.

CIA, F.; PAMPLIN, R. C. O.; WILLIAMS, L. C. A. . O impacto do envolvimento parental no desempenho acadêmico de crianças escolares. **Psicologia em Estudo**, v. 13, p. 351-360, 2008.

CICCHETTI, D.; ROGOSCH, F. A.; HOWE, M. L.; TOTH, S. L. The effects of maltreatment and neuroendocrine regulation on memory performance. **Child Development**, Chicago, v. 81, n. 5, p. 1504-1519, 2010.

CLAY, M. M.; CAZDEN, C. B. Uma interpretação vigotskiana do Reading Recovery. In: MOLL, L. C. (Org.). **Vygotsky e a educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 47-59.

CORSO, P. S.; FERTIG, A. R. The economic impact of child maltreatment in the United States: are the estimates credible? **Child Abuse Neglect**, Oxford, v. 34, n. 5, p. 296-304, 2010.

CRUZ, L. Protegendo vidas ou apropriações indevidas: discutindo o abrigo em situações de negligência. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 21, p. 67-92, 2004.

DAVOLI, A.; OGIDO, R. A negligência como forma de violência contra a criança e a importância da atuação médica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 68, p. 405-408, 1992.

DE BELLIS, M. D. The psychobiology of neglect. **Child Maltreatment**, Thousand Oaks, v. 10, n. 2, p. 150-172, 2005.

DE BELLIS, M. D.; HOOPER S. R.; SPRATT E. G.; WOOLLEY D. P. Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. **Journal of the International Neuropsychological Society**, Cambridge, v. 15, p. 868-878, 2009.

DOCKRELL, J.; MCSHANE, J. **Crianças com dificuldades de aprendizagem: uma abordagem cognitiva**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DUBOWITZ, H. Understanding and addressing the “neglect of neglect:” Digging into the molehill. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 31, p. 603-606, 2007.

DUBOWITZ, H.; PITTS, S. C.; BLACK, M. Measurement of three major subtypes of child neglect. **Child Maltreatment**, Thousand Oaks, v. 9, n. 4, p. 344-356, 2004.

DUBOWITZ, H.; BLACK, M.; STARR, R. H. J.; ZURAVIN, S. A conceptual definition of child neglect. **Criminal Justice and Behavior**, Thousand Oaks, v. 20, n.1, p. 8-26, 1993.

DUKE, N. N.; PETTINGELL, S. L., MCMORRIS, B. J.; BOROWSKY, I. W. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. **Pediatrics**, Evanston, v. 125, p. 778-786, 2010.

ELIAS, L. C. S.; MARTURANO, E. M. Habilidades de solução de problemas interpessoais e a prevenção dos problemas de comportamento em escolares. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Orgs.). **Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2004. p. 197-215.

ENGLAND. Department of Health. Personal Social Services. Local Authority Statistics. **Referrals, assessments, and children and young people on child protection registers, year ending 31 March 2002**. Disponível em: < http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4022911.pdf >. Acesso em: 10 nov. 2009.

ÉTHIER, L. S.; LEMELIN, J. P.; LACHARITÉ, C. A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children’s behavioral and emotional problems. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 28, n. 12, p. 1265-1278, 2004.

FALEIROS, J. M.; BAZON, M. R. Prevalência de maus-tratos em crianças de 1ª a 4ª série da cidade de Ribeirão Preto-SP. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, p. 341-354, 2008.

FALEIROS, J. M.; MATIAS, A. S. A.; BAZON, M. R. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 337-348, 2009.

FALLON, B.; TROCME, N.; FLUKE, J.; MACLAURIN, B.; TONMYR, L.; YUAN, Y. Methodological challenges in measuring child maltreatment. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 34, n. 1, p. 70-79, 2010.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 173-180, 2005.

FERREIRO, E.; TEBEROSKY, A. **Psicogênese da língua escrita**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. (Edição comemorativa de 20 anos de publicação).

FISHER, H.; JONES, P. B.; FEARON, P.; CRAIG T. K.; DAZZAN P.; MORGAN K.; HUTCHINSON, G.; DOODY, G. A.; MCGUFFIN, P LEFF1 J.; MURRAY, R.M.; MORGAN, C. The varying impact of type, timing and frequency of exposure to childhood adversity on its association with adult psychotic disorder. **Psychological Medicine**, v. 40, p. 1967-1978, 2010.

FORMOSINHO, J. O.; ARAÚJO, S. B. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 87-103, 2002.

GLASER, D. Child abuse and neglect and the brain: a review. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 41, n. 1, p. 97- 116, 2000.

GLASER, D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 26, p. 697-714, 2002.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes, apreendidas do discurso de professores e cuidadores. **Texto, Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, p. 32-37, 2005. Número especial.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. J. V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 47-53, 1999.

GRACIA, E. Visible but unreported: A case for the “not serious enough” cases of child maltreatment. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 19, p. 1083-1093, 1995.

GRAHAM, J. C.; ENGLISH, D. J.; LITROWNIK, A. J.; THOMPSON, R.; BRIGGS, E.C.; BANGDIWALA, S. I. Maltreatment chronicity defined with reference to development: extension of the social adaptation outcomes findings to peer relations. **Journal of Family Violence**, New York, v. 25, p. 311-324, 2010.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; SOUZA, M. G. C.; MENEZES, V. A.; BARBSA, R. G.; CAVALCANTI, A. L. Conhecimentos e percepção de professores sobre maus-tratos em crianças e adolescentes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 131-140, 2009.

GRASSI, O. R.; ASHY, M.; STEIN, L. M. Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n.1, p. 60-68, 2008.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. São Paulo: Cortez, 2001.

HAHM, H. C.; LEE, Y.; OZONOFF, A.; VAN WERT, M. J. The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. **Journal of Youth Adolescence**, New York, v. 39, p. 528-540, 2010.

HILDYARD, K. L.; WOLF, D. A. Child neglect: developmental issues and outcomes. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 26, p. 679-695, 2002.

HUGHES, J.; KWOK, O. Influence of student-teacher and parent-teacher relationships on lower achieving readers' engagement and achievement in the primary grades. **Journal of Educational Psychology**, Washington, DC, v. 99, p. 39-51, 2007.

IGARASHI, H.; HASUI, C.; UJI, M.; SHONO, M.; NAGATA, T.; KITAMURA, T. Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 180, n. 2, p. 120-125, 2010.

JACOB, A. V.; LOUREIRO, S. R. O desempenho escolar e o autoconceito no contexto da progressão continuada. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Orgs.). **Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2004. p. 137-156.

KENDALL-TACKET, K. A.; ECKENRODE, J. The Effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: a developmental perspective. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 20, n. 3, p. 161-169, 1996.

LACHARITÉ, C. Sensibilidade parenteral: seu papel na prevenção de maus-tratos infantis e a promoção do bem estar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 275-279, 2003.

LACHARITÉ, C.; ÉTHIER, L. S. Child neglect: a serious problem in North America. **Canada's Children**, Quebec 2002. p. 18-20.

LACHARITÉ, C.; ÉTHIER L.; NOLIN, P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. **Bulletin de Psychologie**, Paris, v. 59, n. 4, p. 381-394, 2006.

LACHARITÉ, C.; FAFARD, G.; BOURASSA, L.; BIZIER, M.; DURACHER, F.; COSSETE, F.; LESSARD, D. **Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire: nouvelle génération**. Trois-Rivières: GRIN/UQTR, 2005.

LAVERGNE, C.; TOURIGNY, M. Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants: recension dès écrits. **Criminologie**, Montreal, v. 33, n. 1, p. 47-72, 2000.

LETARTE M. J.; NORMANDEAUB, S.; ALLARDB, J. Effectiveness of a parent training program 'Incredible Years' in a child protection service. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 34, p. 253-261, 2010.

- LINARES, L. O.; LI, M.; SHROUT, P. E.; RAMIREZ-GAITE, M.; HOPE, S.; ALBERT, A.; CASTELLANOS, F. X. The course of inattention and hyperactivity/impulsivity symptoms after foster placement. **Pediatrics**, Evanston, v. 125, n. 3, p. 489-498, 2010.
- LORDELO, E. R.; FONSECA, A. L.; ARAUJO, M.; LAMÊGO, V. B. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n.1, p. 73-80, 2000.
- LYONS, C. A. Reading recovery in the United States: more than a decade of data. **Literacy Teaching and Learning**, Worthington, v. 3, n. 1, p. 77-92, 1998.
- MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 91-103, 2005.
- MANSO, J. M. M. Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico e negligencia infantil. **Anales de Psicología**, Murcia, v. 18, n. 1, p. 135-150, 2002.
- MARQUEZAN, F. F.; SOUZA, C. R. S. Alfabetização: um olhar a partir da psicopedagogia. Psicopedagogia on line. **Educação & Saúde Mental**, 2000. Disponível em: <www.psicopedagogia.com.br>. Acesso em: 14 jun. 2010.
- MARMO, D. B.; DAVOLI, A.; OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança. **Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 6, p. 313-316, 1995.
- MARTINS, C. B. G. Maus tratos contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 660-665, 2010.
- MARTINS, F. F. S. **Crianças negligenciadas: a face (in) visível da violência familiar**. 2006. 187f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- MARTURANO, E. M. Tensões cotidianas na transição da primeira série: um enfoque de desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 79-87, 2008.
- MARTURANO, E. M.; FERREIRA, M. C. T. A criança com queixas escolares e sua família. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Orgs.). Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2004. p. 217-249.
- MARTURANO, E. M.; TRIVELLATO-FERREIRA, M. C.; GARDINAL, E. C. Estresse cotidiano na transição da 1ª Série: percepção dos alunos e associação com desempenho e ajustamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 93-101, 2009.
- MATHEWS, B.; BROSS, D. C. Mandated reporting is still a policy with reason: empirical evidence and philosophical grounds. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 32, n. 5, p. 511-516, 2008.

MATIAS, A. S. A.; BAZON, M. R. Maus-tratos de crianças de 0 a 6 anos que frequentam estabelecimentos de educação infantil na cidade de Ribeirão Preto. In: PROGRAMA de Pós-Graduação em Psicologia: livro de artigos. Ribeirão Preto: LÉgis Summa, 2005. v. 2, p. 287-298.

MAYER, M.; LAVERGNE, C.; TOURIGNY, M.; WRIGHT, J. Characteristics differentiating neglected children from other reported children. **Journal of Family Violence**, New York, v. 22, n. 8, p. 721-732, 2007.

MAZER, S. M.; BELLO, A. C. D.; BAZON, M. R. Dificuldades de aprendizagem: revisão de literatura sobre os fatores de risco associados. **Psicologia da Educação**, São Paulo, v. 28, p. 7-21, 2009.

MCCABE, P. C.; ALTAMURA, M. Empirically valid strategies to improve social and emotional competence of preschool children. **Psychology in the Schools**, Hoboken, v. 48, n. 5, p. 513-540, 2011.

MCSHERRY, D. Understanding and addressing the “neglect of neglect”: Why are we making a mole-hill out of a mountain? **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 31, p. 607-614, 2007.

MEDEIROS, P. C.; LOUREIRO, S. R.; LINHARES, M. B. M.; MARTURANO, E. M. A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldades de aprendizagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 327-336, 2000.

MEDEIROS, P. C.; MARTURANO, E. M. **A observação clínica do comportamento de crianças com queixas de dificuldade de aprendizagem**. In.: Marturano, E. M.; Linhares, M. B. M.; Loureiro, S. R. (organizadores). *Vulnerabilidade e Proteção: Indicadores na Trajetória de Desenvolvimento do Escolar*. São Paulo, Casa do Psicólogo, FAPESP, p. 107-136, 2004.

MELLO, M. F.; FARIA, A. A.; MELLO, A. F.; CARPENTER, L. L.; TYRKA, A. R.; PRICE, L. H. Childhood maltreatment and adult psychopathology: pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 41-48, 2009.

MENDES, E. G.; VELTRONE, A. A.; SILVA, A. M.; VALADÃO, G. T.; LOURENÇO, G. F.; CABRAL, L. S. A.; PASIAN, M. S.; CAETANO, N. C. S. P. **A escola e a inclusão social na perspectiva da educação especial**. São Carlos: EDUFSCAR, 2009.

MERRIT, D. H. Child abuse potential: correlates with child maltreatment rates and structural measures. **Children and Youth Services Review**, New York, v. 31, p. 927-934, 2009.

MILLS, R.; ALATI, R.; O'CALLAGHAN, M.; NAJMAN, J. M.; WILLIAMS, G. M.; BOR W.; STRATHEARN, L. Child abuse and neglect and cognitive function at 14 years of age: findings from a birth cohort. **Pediatrics**, Evanston, v. 127, n. 1, p. 4-10, 2011.

MILNER, J. S. **The child abuse potential inventory**: manual. 2. ed. Webster: Psytec, 1986.

NOLIN, P. Neuropsychologie et étude de la maltraitance. In: NOLIN, P.; LAURENT, J.-P. (Dir.). **Neurpsychologie**: cognition et développement de l'enfant. Sainte Foy: Presses de l'Université du Québec, 2004. p. 235-270.

NOLIN, P.; ÉTHIER, L. Using neuropsychologic profiles to classify neglected children with or without physical abuse. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 31, n. 6, p. 631-643, 2007.

NOLIN, P.; TURGEON, M. Relation entre la négligence et la capacité de mémorisation et d'apprentissage verbal chez les enfants. **Revue Québécoise de Psychologie**, Trois Rivières, v. 25, n. 2, p. 151-165, 2004.

O'DONNELL M.; SCOTT D.; STANLEY, F. Child abuse and neglect-is it time for a public health approach? **Australian New Zealand Journal of Public Health**, Canberra, v. 32, n. 4, p. 325-330, 2008.

OKANO, C. B.; LOUREIRO, S. R.; LINHARES, M. B. M.; MATURANO, E. M. Crianças com dificuldades escolares atendidas em programa de suporte psicopedagógico na escola: avaliação do autoconceito. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 121-128, 2004.

PASIAN, M. S. **Tutoria centrada na leitura de livros**: uma alternativa para alunos com dificuldades em leitura e escrita. 2004. 93 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.

PASIAN, M. S.; DE ROSE, T. M. S. Tutoria centrada na leitura de livros: uma alternativa para alunos com dificuldades em leitura e escrita. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 22, n. 50, p. 577-592, 2011.

PASIAN, M. S.; DE ROSE, T. M. S. O professor atuando como tutor: uma alternativa para ampliar as oportunidades de aprendizagem dos alunos. In: ENCONTRO REGIONAL DO INTERNATIONAL COUNCIL ON EDUCATION FOR TEACHING, São Carlos. **Anais do Encontro**. São Carlos, EDUFSCar, 2005.

PEARS, K. C.; KIM, H. K.; FISHER, P. A. Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 32, n. 10, 958-971, 2008.

PEREIRA, P. C.; SANTOS, A. B.; WILLIAMS, L. C. A. Desempenho escolar da criança vitimizada encaminhada ao fórum judicial. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 19-28, 2009.

PESCE, R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: Uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 507-518, 2009.

PINNELL, G. S. Reading recovery: helping at-risk children learn to read. **The Elementary School Journal**, Chicago, v. 90, n. 2, p. 161-183, 1989.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 1, p. 42-49, 2005.

REPPOLD, C. T.; PACHECO, J.; BARDAGI, M.; HUTZ, C. S. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: HUTZ, C. S. (Org.). **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 7-51.

RIOS, K. S. A. **Inventário de potencial de abuso infantil – CAP**: adaptação transcultural, fidedignidade e validade para o Brasil. 2010. 135 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

RIOS, K. S. A.; WILLIAMS L. C. A.; AIELLO, A. L. R. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 6-11, 2007.

ROQUE, E. M. S. T.; FERRIANI, M. G. C. Estudo das famílias de crianças e adolescentes, vítimas de violência, que sofreram intervenção da justiça. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 4, p. 334-344, 2007.

SANTOS, E. O. L.; SILVARES, E. F. M. Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: Um estudo comparativo da percepção de seus pais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, p. 277-282, 2006.

SANTOS, L. E. S.; FERRIANI, M. G. C. A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 5, p. 525-529, 2007.

SANTOS, S. R.; FERREIRA, A. L.; PAIXÃO, A. C.; PFEIFFER, L. Y.; AQUINO, L. A.; AMARAL, J. J. F. Adaptação e aplicabilidade do componente "maus-tratos" à estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, p. 359-366, 2009.

SANTOS, P. L.; GRAMINHA, S. S. V. Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento acadêmico. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 101-109, 2006.

SILVA, M. A. I.; FERRIANI, M. G. C. Violência doméstica: do visível ao invisível. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 275-281, 2007.

SILVANY, C. M. S.; SIQUEIRA, I. C.; ROLIM, A. M.; CAVALCANTE, S. S. Sinais de maus tratos em crianças e adolescentes hospitalizados por causas diversas em um hospital de referência em Salvador. **Revista Baiana de Pediatria**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 27-33, 2011.

SLACK, K. S.; HOLL, J.; MCDANIEL, M.; YOO, J.; BOLGER, K. Understanding the risks of child neglect: An exploration of poverty and parenting characteristics. **Child Maltreatment**, Thousand Oaks, v. 9, n. 4, p. 395-408, 2004.

SMITH, M. C. Early childhood educators: perspectives on maltreatment and mandated reporting. **Children and Youth Services Review**, New York, v. 32, p. 20-27, 2010.

STASIAK, G. R. **Transição ao primeiro ano do ensino fundamental: percepção do estresse pelas crianças, suas características psicológicas e variáveis do seu contexto familiar.** 2010. 147 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

STEIN, L. M. **Teste de desempenho escolar: manual para aplicação e interpretação.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

STEWART, A.; LIVINGSTON, M.; DENNISON, S. Transitions and turning points: Examining the links between child maltreatment and juvenile offending. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 32, n.1, p. 51-66, 2008.

STRAUSS, M. A; KANTOR, G. K. Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 29, p, 19-29, 2005.

STROMQUIST, N. P. Convergência e divergência na conexão entre gênero e letramento: novos avanços. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 301-320, 2001.

SULLIVAN, S. **Child neglect: current definitions and models: a review of child neglect research, 1993-1998.** Ottawa: National Clearinghouse on Family Violence, 2000.

THEODORE, A.; RUNYAN, D.; CHANG, J. J. Measuring the risk of physical neglect in a population-based sample. **Child Maltreatment**, Thousand Oaks, v. 12, n. 1, p. 96-105, 2007.

THORNBERRY, T. P.; HENRY, K. L.; IRELAND, T. O.; SMITH, C. A. The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 46, n. 4, p. 359-365, 2010.

TOTH, S. L.; CICHETTI, D. La maltraitance envers les enfants et ses impacts sur le développement psychosocial. In: TREMBLAY, R. E.; BARR, R. G. ; PETERS, R. V. (Eds.). **Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (sur Internet).** Montréal: Centre d'Excellence pour le Développement des Jeunes Enfants, 1-8, 2005. Disponível em: <http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/Toth-CicchettiFRxp.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2009.

TROCME, N. Development and preliminary evaluation of the Ontario Child Neglect Index. **Child Maltreatment**, Thousand Oaks, v. 1, n. 2, p. 145-155, 1996.

TROCME, N. M.; TOURIGNY, M.; MACLAURIN, B.; FALLON, B. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 27, p. 1427-1439, 2003.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Instituto de Psicologia. Laboratório de Terapia Comportamental. **Guia para profissionais da saúde mental sobre o Sistema Empiricamente Baseado do Achenbach (ASEBA)**. São Paulo, 2006. Mimeografado.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Instituto de Psicologia. Laboratório de Estudos da Criança (LACRI). **A ponta do iceberg: dados de incidência e prevalência**, 2004. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/iceberg.htm#2>>. Acesso em: 25 ago. 2009.

VAGOSTELLO, L. Práticas de escolas públicas e privadas da violência doméstica em São Paulo. **PSIC: Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 87-93, 2006.

VAGOSTELLO, L.; OLIVEIRA, A. S.; SILVA, A. M.; DONOFRIO, V.; MORENO, T. C. M. Violência doméstica e escola: um estudo em escolas públicas de São Paulo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 13, p. 190-196, 2003.

VAN DER VEGT, E. J. M.; TIEMAN, W.; VAN DER ENDE, J.; FERDINAND, R. F.; VERHULST, F. C.; TIEMEIER, H. Impact of early childhood adversities on adult psychiatric disorders: A study of international adoptees. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 44, p. 724-731, 2009.

WALSH, K.; FARRELL, A.; BRIDGSTOCK, R.; SCHWEITZER, R. The contested terrain of teachers detecting and reporting child abuse and neglect. **Journal of Early Childhood Research**, Thousand Oaks, v. 4, n. 1, p. 65-76, 2006.

WILSON, H. W.; WIDOM, C. S. A Prospective examination of the path from child abuse and neglect to illicit drug use in middle adulthood: the potential mediating role of four risk factors. **Journal of Youth and Adolescence**, New York, v. 38, n. 3, p. 340-354, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT (WHO/IPSCAN). **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**, 2006. Disponível em: <<http://www.ispcan.org/publications.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

WRIGHT, M. O.; CRAWFORD, E.; DEL CASTILLO, D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 33, p. 59-68, 2009.

ZIELINSKI, D. S. Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 33, n. 10, p. 666-678, 2009.

ZURAVIN, S. J. Child neglect: a review of definitions and measurement research. In: DUBOWITZ, H. (Ed.). **Neglected children:** research, practice and policy. Thousand Oaks: Sage, 1999, p. 156-173.

ANEXOS