

CARLA ORLANDA FERREIRA SOARES

PROBLEMAS DE AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO
EM CRIANÇAS EXPOSTAS A VIOLÊNCIA NAS
RELAÇÕES ÍNTIMAS: SERÁ QUE O TIPO DE
RESIDÊNCIA FAZ A DIFERENÇA?

Orientador científico: Professor Doutor Diogo Lamela

Co-orientador científico: Professor Doutor Ricardo Pinto

Universidade Lusófona do Porto

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

Porto

2015

Carla Orlanda Ferreira Soares

**Problemas de Ajustamento Psicológico em
Crianças Expostas a Violência nas relações
íntimas: Será que o tipo de residência faz a
diferença?**

**Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientador científico: Professor Doutor Diogo Lamela

Co-orientador científico: Professor Doutor Ricardo Pinto

Composição do Jurí:

Presidente: Prof. Doutora Inês Jongenelen, ULP

Orientador: Prof. Doutor Diogo Lamela, ULP

Arguente: Prof. Doutora Carla Antunes, ULP

Data ato público da defesa: 1 de Dezembro de 2015

Universidade Lusófona do Porto
Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

Porto

2015

Agradecimentos

Ao meu orientador, professor Doutor Diogo Lamela, pela ajuda, apoio, disponibilidade, compreensão e atenção que sempre demonstrou comigo. Sinto que consigo aprendo sempre, obrigada por tudo que me ensinou, foi um gosto para mim poder ser acompanhada por si neste projeto.

Ao meu co-orientador, professor Doutor Ricardo Pinto, também pela ajuda, apoio, disponibilidade, compreensão e atenção principalmente na fase inicial deste projeto. Foi essencial para mim e não o esqueço.

À professora Doutora Inês Jongenelen, por me permitir fazer parte desta equipa.

À Patrícia Correia Santos por ser incansável no ato de ajudar, por estar sempre disponível. Obrigada também Joana Costa Leite.

Às minhas amigas da faculdade e da vida, Marina, Carole, Ana e Joana por estarem sempre comigo.

À minha MÃE a quem dedico inteiramente este trabalho, tal como todas as conquistas da minha vida. Obrigada por me permitires sonhar, por confiares em mim e obrigada ainda mais por me ajudares a concretizar os meus sonhos, custe-te a ti o que te custar. A minha maior fonte de motivação és tu. És a base da minha vida.

À minha irmã, que me enche a casa, o coração e a vida e que me faz acreditar que tudo é possível. O meu amor por ti não tem fim.

À minha avó. Eu sei o quanto desejou que eu chegasse aqui, sei que mesmo que o que eu faça não seja bom será sempre a minha fã numero 1. Obrigada por rezar por mim.

Às minhas estrelinhas do céu que sei que me acompanham sempre e que me ajudam tal como se aqui estivessem... e estão.

Ao meu tio Ricardo e à minha tia Célia pelo apoio e ajuda que me prestaram nesta etapa.

A ti, Diogo, pelo carinho, atenção, amizade, cuidado e amor, com que me compreendes e ajudas. Obrigada por seres otimista, por acreditares mais em mim do que eu. Também é para ti.

Agradeço a Deus pelo dia de hoje!

Resumo

A investigação sobre o ajustamento psicológico de crianças expostas a violência nas relações de intimidade (VRI) tem algumas limitações importantes que precisam ser abordadas, tais como a utilização de amostras exclusivamente comunitárias, através de projetos transversais com medidas retrospectivas de auto-relato. Uma limitação importante da literatura é que não são encontrados estudos que analisem o impacto da residência em Casa Abrigo vs. a viver em casa com a mãe e com o companheiro agressivo no desenvolvimento e ajustamento psicológico nas crianças. Tendo em conta tais limitações, o presente estudo teve como objetivo testar diferenças entre crianças que viviam em Casa Abrigo destinadas para vítimas de VRI e crianças que viviam na residência com a mãe e o companheiro agressivo. Neste estudo foi utilizada uma amostra de alto risco, de 155 mães e 155 crianças, com mães e crianças a residir em Casa Abrigo e outras a residir em casa com o companheiro agressivo. De modo a testar tais diferenças, foram recolhidos dados sobre o ajustamento da criança, tais como os níveis de sintomas de internalização (SI) e sintomas de externalização (SE), bem como variáveis do ajustamento materno e da parentalidade, que a investigação prévia indicou serem preditivas do ajustamento psicológico das crianças, nomeadamente a frequência de vitimação, psicopatologia, suporte social, práticas parentais e competência materna. Os principais resultados obtidos revelaram que as mães a viver em Casa Abrigo relatam mais problemas de internalização e externalização nos seus filhos do que mães a viverem com o companheiro. Estes resultados mantiveram-se significativos, mesmo após o controlo estatístico de outras variáveis que poderiam influenciar esta diferença, tais como a vitimação e o suporte social materno. Não foram encontradas diferenças entre os dois grupos ao nível da psicopatologia materna, práticas parentais e competência materna. As implicações dos resultados para a prática clínica são também discutidas.

Palavras-Chave: Violência nas relações de intimidade (VRI); Residência; Crianças; Ajustamento Psicológico

Abstract

An investigation about children's psychological adjustment after being exposed to intimate partner violence (IPV) has some important limitations that need to be addressed, just as the use of samples that are exclusively from communities, through some transverse projects with self-related retrospective measurements. An important limitation of the literature is that there has not been found studies that analyze the impact of living in a shelter home vs. living at home with the mom along with her abusive partner in children's' psychological development and adjustment. Considering these limitations, this study had as objective to test differences among children that lived at shelter homes designated to IPV victims and children that live in their homes with the mom and the abusive partner. In this study the sample used was high risk, out of 155 mothers and 155 children, with mothers and children living in a shelter home and others living at home with their abusive partner. To test these differences, there was data collection about the child's adjustment, such as the levels of internalization symptoms (SI) and externalization symptoms (SE), as well as variances of adjustment with the mother and parenting, been that the previous investigation indicated these as been predictors of children psychological adjustment, along with the frequency of the abuse, psychopathology, social support, parental practices and mother competence. Important results developed revealed that the mothers living at the shelter home show more problems of internalization and externalization on their children than mothers living with their partner. These results were significant, even after the statistic control of other variables that could have influence this difference, such as victimization and the mother's social support. There were no differences found between the two groups related to the mother psychopathology, parental practices and competences from the mother. Results implications to a clinical practice are discussed as well.

Keywords: Intimate Partner Violence (IPV); Residence; Children; Psychological Adjustment.

A violência nas relações de intimidade (VRI) é definida como uma violência que ocorre num contexto de intimidade, ou seja a violência entre um casal, que pode incluir violência física, sexual, psicológica e emocional (Tjaden & Thoennes, 2000). Este fenómeno tem vindo a ser um dos problemas de maior preocupação ao nível internacional, sendo contemplado nas agendas políticas e sociais de diversos países, atendendo aos elevados valores epidemiológicos de incidência e prevalência e os efeitos adversos que envolve para as vítimas (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2005), sendo referido pela Organização Mundial de Saúde, que as mulheres que são vitimizadas têm taxas mais elevadas de ideação e tentativa de suicídio do que as outras mulheres (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011 *cit. in* Sprague & Olff, 2014). Trata-se de um problema grave de saúde pública e de abuso dos direitos humanos, tendo várias organizações internacionais desenvolvido Convenções e Diretivas, de modo a que os países se comprometam a ratificá-las para que implementem leis e programas de luta contra a violência doméstica, como é o caso dos Planos Nacionais para a Igualdade e Contra a Violência Doméstica em Portugal (CIG, 2014).

Prevalência da mulher vítima de VRI

Relativamente à prevalência, um estudo que envolveu diferentes países dos cinco continentes, constituído por uma amostra total de 24 097 mulheres, verificou que estas relataram ter sido vítimas, alguma vez ao longo da vida, de abuso físico ou sexual, ou ambos os abusos, desde 15% a 71%, e entre 4% e 54% abuso físico ou sexual no último ano (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2006). Adicionalmente, literatura anterior revelou que uma em cada seis mulheres que dava entrada em clínicas com queixas ortopédicas apresentavam histórico de abuso físico e uma em cada 50 mulheres que davam entrada em clínicas com fraturas revelavam ser resultado direto de lesões relacionadas com VRI (PRAISE Investigators, 2013 *cit. in* Sprague & Olff, 2014).

Ainda no que diz respeito à prevalência, um estudo revelou que 28.9% de mulheres experienciou VRI física, psicológica ou sexual durante a sua vida, revelando ainda que as mulheres eram mais suscetíveis a serem vítimas de VRI física ou sexual e de abuso de poder e controle (Coker, Davis, Arias, Desai, Sanderson, Brandt & Smith, 2002). A VRI é um fenómeno comum em todo o mundo e os dados revelam que uma grande parte da violência é grave e frequente, sendo

as zonas rurais tradicionais mais afetadas em comparação com zonas mais industrializadas (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2006). Relativamente a Portugal, segundo o relatório anual de monitorização do Ministério de Administração Interna (2014), no que diz respeito às participações de ocorrências de violência doméstica junto da GNR e PSP no decorrer do ano de 2013 em Portugal, apurou-se um registo de 27318 participações o que se traduz num aumento de cerca de 2.4% em relação a 2012. No que se refere ao 1.º semestre de 2014 foram registradas 13071 ocorrências por parte das Forças de Segurança o que equivale a uma variação de +2,3% face a 2013.

Prevalência da criança vítima de VRI

Para além da mulher que é vítima de violência, as crianças que residem nestes contextos são expostas a algum tipo de violência, direta ou indireta. Com base no The National Crime Victimization Survey 1993 (Bastian, 1995), a taxa de violência física contra a mulher pelo parceiro íntimo foi de 9.3 em cada mil e, mais tarde em 1996, de 7.5 em cada mil, revelando também esta investigação que em mais de 50% destas famílias residiam crianças menores de 12 anos de idade (Osofsky, 2003). É estimado que cerca de 3.3 milhões de crianças por ano testemunhem maus tratos físicos e verbais (Carlson, 1984; Jaffe, Wolfe, & Wilson, 1990 *cit. in* Osofsky, 2003), no entanto é importante realçar que estes dados podem não responder à realidade atual visto que foram recolhidos há quase 20 anos e não envolvem pais divorciados e crianças com idades inferiores a 3 anos (Osofsky, 2003). Um estudo de McCloskey, Figueredo, and Koss (1995 *cit. in* Osofsky, 2003), e McCloskey e Walker (2000 *cit. in* Osofsky, 2003), revelou que 20% das crianças de uma amostra da comunidade revelaram ter visto o pai bater na mãe. A literatura diz-nos também que crianças com menos de 5 anos de idade, comparativamente com crianças mais velhas, são mais propensas à exposição a VRI (Osofsky, 2003). Um relatório mais recente (U.S. Department of Justice, 2008) revelou que, em mais de um terço dos casos registados de lares onde ocorreu VRI, as crianças estavam presentes, sendo que existiu um número adicional de casos com uma taxa equivalente a 15,5% onde não foi possível apurar se as crianças estavam presentes, o que leva à possibilidade do número de crianças expostas ser maior. De facto, a verdadeira incidência e prevalência de casos de crianças expostas à VRI é provavelmente subestimada, dada a dificuldade em identificar e confirmar

estes casos (McDonald, Jouriles, Ramisetty-Mikler, Caetano, & Green, 2006). Segundo o Departamento de Justiça do EUA, estima-se que mais de 200 000 crianças sejam expostas à VRI anualmente.

Várias formas de violência

As crianças podem estar expostas à VRI de diversas formas, podendo incluir a observação da violência, ou a violência de ouvir ou saber que a violência está a ocorrer em casa, sendo esta exposição tida como uma forma de abuso emocional na criança que pode levar ao desenvolvimento de sentimentos de inadequação, impotência e desamparo (Graham-Bermann, 2002; Wekerle & Wolfe, 2003 *cit. in* Graham-Bermann, Gruber, Howell & Girz, 2009). A investigação tem demonstrado que a co-ocorrência de exposição à violência e o abuso físico de crianças é muito frequente. Hotaling e Sugarman (1986, 1990 *cit. in* Godbout, Dutton, Lussier & Sabourin, 2009) realizaram uma revisão empírica que lhes permitiu verificar que a causa mais consistente da VRI foi testemunhar violência parental enquanto criança (Godbout, Dutton, Lussier & Sabourin, 2009), ou seja, a exposição à violência enquanto criança pode ser vista como um preditor de um relacionamento violento no futuro. A investigação tem sugerido que a co-ocorrência de exposição à violência e o abuso físico de crianças é muito frequente.

Impacto da violência nas crianças

Hoje, através de estudos já realizados, é possível identificar os mecanismos pelos quais a VRI pode afetar as crianças de diferentes idades. Resultados de meta-análises apontaram que mais de metade das crianças em idade escolar expostas à violência apresentavam problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade e problemas de comportamento (Rhoades, 2008; Sternberg, Baradaran, Abbott, Cordeiro, e Guterman, 2006; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, & Jaffe, 2003). A literatura tem sugerido também que as crianças nessas idades começavam a apresentar uma variedade de trajetórias de desenvolvimento como resposta à VRI, incluindo problemas de internalização, problemas de comportamento, e problemas de externalização, embora outros sigam por uma trajetória de resiliência (Graham-Bermann & Levendosky, 2001). Os efeitos da VRI podem ser também observados no relacionamento das crianças com os pares (comportamento agressivo, re-activo e pró-ativo), pais, outras figuras de autoridade

e com a sociedade em geral, refletindo-se muitas vezes no desempenho acadêmico (baixo nível de desempenho acadêmico) (Levendosky & Graham-Bermann, 2001).

Para além do impacto a curto prazo, a evidência empírica tem sugerido que crescer num contexto caracterizado por abuso interparental continuado pode aumentar o risco de desenvolvimento de problemas a longo prazo, designado de efeito cumulativo da exposição ao stress (Appleyard, Egeland, Dulmen, & Sroufe, 2005), podendo também levar à revitimização de outras adversidades futuras (Holt, Buckley & Whelan, 2008). Para além da exposição crónica ao stress, a literatura tem revelado ainda que a pobreza, a vulnerabilidade genética, apoio social e questões da parentalidade são variáveis que podem ter impacto na relação entre a exposição à violência e o desenvolvimento desadaptativo por parte da criança (Fantuzzo & Mohr, 1999; Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, & Moylan, 2008; Kaufman, Yang, Douglas-Palumberi, Houshyar, Lipschitz, Krystal, & Gelernter, 2004; Levendosky & Graham-Bermann, 2001).

Em termos comparativos, estudos mostram que grande parte das crianças expostas à VRI revelam maiores problemas de adaptação do que crianças não expostas, enquanto outras conseguem manter-se numa trajetória adaptativa apesar da exposição à violência (Howell, 2011). A exposição à violência por si só já se trata de um fator de risco para a criança, mas no entanto pode co-ocorrer juntamente com outros fatores de risco já anteriormente falados como a pobreza ou a vulnerabilidade genética. Apesar dos fortes fatores de risco, existem fatores que protegem a criança da adversidade que são os chamados fatores protetores, estes ajudam a criança a manter-se numa trajetória adaptativa apesar do ambiente de adversidade em que se encontra. Exemplos de fatores protetores são o relacionamento com a mãe (Holt, Buckley, & Whelan, 2008), o temperamento positivo e vinculação segura, a capacidade intelectual da criança, a sua competência social, questões ligadas à família ou relações interpessoais, ou viver no seio de uma comunidade solidária (Gewirtz & Edleson, 2007). Tendo em conta que a grande maioria de VRI a que a criança é exposta ocorre em casa, a parentalidade e o ambiente doméstico são fatores que vão influenciar em grande medida a forma como a exposição vai afetar a criança (Gewirtz & Edleson, 2007).

Alguns estudos têm apresentado casos de resiliência em crianças vítimas de VRI. Grych e colaboradores (2000 *cit. in* Gewirtz & Edleson, 2007, p.158) realizaram um estudo com 228 crianças a viver em Casa Abrigo e constataram que “71 não

apresentaram problemas, outros 41 apresentaram apenas sintomas leves de socorro, 47 apresentaram problemas de externalização e 70 foram classificados como tendo multi-problemas”. Ou seja, 71 crianças foram resilientes.

Num estudo de Martinez-Torteya, Bogat, Eye, e Levendosky (2009) foram analisadas características individuais e familiares que predizem a resiliência entre crianças expostas à violência doméstica. No estudo apurou-se que crianças expostas à violência doméstica eram 3,7 vezes mais vulneráveis a desenvolver problemas de internalização e externalização do que crianças não expostas, apesar de que 54% das crianças expostas manteve uma adaptação positiva. As crianças que seguiram a trajetória adaptativa eram crianças tidas como tendo temperamento fácil e mães não deprimidas, enquanto que as crianças que seguiram uma trajetória desadaptativa eram tidas como crianças de temperamento difícil e com mães com sintomatologia depressiva. Neste sentido é importante realçar a teoria de Bowlby que enfatiza o papel crucial das relações de parentalidade saudáveis e a sua importância para o desenvolvimento saudável das crianças a longo prazo (Bowlby, 1969 *cit. in* Sousa, Herrenkohl, Moylan, Tajima, Klika, Herrenkohl & Russo, 2011).

Na grande maioria dos casos, o cuidador primário das crianças é a mãe e é em torno da relação de vinculação estabelecida com a mesma que vivem as crianças mais jovens. Contudo, os resultados empíricos sugerem que a vitimação de VRI diminui a disponibilidade emocional e instrumental para cuidar dos filhos, podendo aumentar a aplicação de práticas parentais mais autoritárias, envolvendo mesmo abuso físico (Holt, Buckley, & Whelan, 2008; Murray, Bair-Merritt, Roche, & Cheng, 2012). Estudos revelam que o facto de a mulher estar envolvida numa relação violenta, pode levar a que não seja capaz de orientar os seus filhos através de trajetórias normais de desenvolvimento e de fomentar sentimentos de confiança e segurança que são a base para um desenvolvimento emocional saudável (Levendosky & Graham-Bermann, 2001; Levendosky, Huth-Bocks, Shapiro, & Semel, 2003 *cit. in* Holmes, 2013). Práticas parentais coercivas estão associadas a um risco aumentado nas crianças de stress, problemas de desenvolvimento (Osofsky, 1999), perturbações de sono e *distress* emocional (Lundy & Grossman, 2005). Quando a violência direccionada para a mãe é essencialmente física e sexual, existe uma grande probabilidade da mãe apresentar recorrentes sintomas de medo, psicopatologia e sintomas de stress pós-traumático, que poderão colocar em risco de trajetórias desajustadas os filhos (Paradis & Boucher, 2010).

Tal como já foi referido anteriormente, milhões de famílias são afetadas pela VRI atualmente o que levou a que as atitudes em relação à prevalência e aceitabilidade da VRI tenham mudado significativamente nos últimos anos. Os serviços de apoio às vítimas de VRI tornaram-se mais disponíveis (Shephard & Pense, 1999 *cit. in* Kulkarni, Bell & Rhodes, 2012), o que pode dever-se também, em grande parte, aos movimentos das mulheres agredidas (movimento feminista que vê o desmantelamento das desigualdades sociais de género como solução para a diminuição da violência contra a mulher) (Kulkarni, Bell & Rhodes, 2012).

Um dos serviços que começou a ser amplamente utilizado foi as Casa Abrigo. As Casa Abrigo surgem como uma resposta de suporte social a crianças e mães vítimas de VRI. No entanto, a decisão da mulher de sair de uma relação abusiva e procurar ajuda junto deste tipo de serviço pode levar anos até acontecer, devido a uma grande variedade de razões (Galano, Hunter, Howell, Miller, Graham-Bermann, 2013).

Estudos demonstram que os sentimentos positivos que nutrem pelos seus parceiros se sobrepõem à negatividade do abuso, principalmente quando este é menos grave (Escolha & Lamke, 1997; Rusbult & Martz, 1995 *cit. in* Galano, Hunter, Howell, Miller, Graham-Bermann, 2013); a longevidade da relação e a existência de filhos revela-se em mais um fator impeditivo para a mulher sair, pois muitas acreditam que ficar com o agressor é o mais benéfico para a criança (Emergy, 2009 *cit. in* Galano, Hunter, Howell, Miller, Graham-Bermann, 2013) e para além disso a criança acaba por representar um elo de ligação entre a vítima e o agressor, sendo as questões que envolvem a guarda da criança vistas pela vítima como um impedimento à sua total liberdade, fazendo-a sentir que mesmo que saia da relação abusiva nunca vai conseguir sentir-se livre verdadeiramente (Shalansky, Ericksen, e Henderson 1999 *cit. in* Galano, Hunter, Howell, Miller, Graham-Bermann, 2013).

Outra questão importante que impede a mulher de sair da relação é o facto de, na sua grande maioria serem dependentes financeiramente do parceiro (Galano, Hunter, Howell, Miller, Graham-Bermann, 2013).

As mulheres vítimas de VRI que procuram ajuda junto das Casa Abrigo, normalmente apresentam necessidades no domínio da habitação, financeiras, qualidade de relacionamentos, saúde, segurança e capacitação (Jonker, Sijbrandij & Wolf, 2012). Neste sentido, as Casa Abrigo parecem ser o local ideal para responder às suas necessidades pois, embora seja temporário, estas fornecem

habitação, aconselhamento, advocacia, orientação jurídica e outras fontes de assistência que posteriormente permitirão à mulher obter os recursos necessários para deixar de forma definitiva o relacionamento abusivo (Anderson & Saunders, 2003 *cit. in* Galano, Hunter, Howell, Miller, Graham-Bermann, 2013).

No que diz respeito às crianças, não foram encontrados estudos que analisem o impacto da residência em Casa Abrigo no seu desenvolvimento e ajustamento psicológico. Da reduzida literatura empírica no domínio, do ajustamento psicológico das crianças expostas a VRI e a viver em Casa Abrigo a literatura sugere-nos que os problemas de comportamento da criança mantêm-se após a saída da casa (Ware, Jouriles, Spiller, McDonald, Swank & Norwood, 2001), sendo que uma das variáveis que pode explicar este facto é a qualidade dos programas de intervenção utilizados com as crianças em Casa Abrigo (Jarvis & Novaco, 2006), evidenciando a necessidade de criar serviços eficazes para identificar e ajudar a reduzir os problemas de comportamento deste grupo. (Ware, Jouriles, Spiller, McDonald, Swank & Norwood, 2001).

A literatura diz-nos que os principais problemas na qualidade dos serviços de apoio prendem-se com os recursos organizacionais inadequados, neutralização de pessoal, falta de formação e má integração com outros recursos da comunidade, ressaltando as relações fortalecedoras e respeitadas como maior preditor da qualidade dos serviços de apoio a vítimas de VRI (Kulkarni, Bell & Rhodes, 2012).

A maior parte dos estudos no âmbito da VRI têm sido realizados com amostras da comunidade. Não encontramos estudos que tenham comparado mulheres a viver em Casa Abrigo e a viver com o companheiro. Na maioria das investigações já realizadas foram utilizados apenas outcomes de auto-relato o que pode aumentar o nível de viés da investigação, sendo neste estudo utilizados outcomes objetivos recolhidos por uma pessoa externa para além destes, de modo a diminuir o nível de viés e aumentar a validade do estudo.

O presente estudo

Considerando as limitações na investigação empírica, o presente estudo teve como objetivo testar diferenças entre crianças que viviam em Casa Abrigo destinadas para vítimas de VRI e crianças que viviam na residência com a mãe e o companheiro agressivo. A nossa hipótese foi que as crianças a residir em Casa Abrigo apresentariam maiores níveis de sintomas de internalização (SI) e

externalização (SE) do que as crianças a residir em casa. Também colocamos a hipótese que as potenciais diferenças entre ambos os grupos se manteriam significativas após o controlo estatístico de variáveis do ajustamento materno e da parentalidade, que a investigação prévia indicou serem preditivas do ajustamento psicológico das crianças, nomeadamente, a frequência da vitimação, a psicopatologia, o suporte social, as práticas parentais e a competência materna.

Método

Participantes

O estudo envolveu uma amostra por conveniência de 155 mulheres, com média de idade de 36.43 anos ($DP = 7.6$). Os dados sociodemográficos da amostra estão sumariados na Tabela 1. Da amostra total, 53 mulheres encontravam-se casadas (34.0%), sendo este o estado civil mais frequente entre as participantes. Das restantes, 37 referiram estar no momento a viver em união de facto (23.7%) e 65 encontravam-se solteiras, divorciadas/separadas ou viúva (41.2%). A maioria das mulheres casadas referiu estar casada com o pai da criança-foco (54.5%), sendo o desemprego a situação profissional mais frequente (73.7%).

Das 155 mulheres, 81 estavam no momento da recolha de dados a residir em Casa Abrigo (51.9%) não usufruindo, na sua maioria (87.7%), de outro tipo de retaguarda institucional. A grande maioria das participantes a viver neste contexto relatou que o filho assistiu a episódios de violência (92.6%). A maioria das participantes desta subamostra (54.3%) relatou também que o filho não foi vítima de violência direta. A maior parte dos filhos de mulheres a viver em Casa Abrigo encontrava-se sem quaisquer problemas de saúde (70.4%).

Setenta e quatro das 155 mulheres encontravam-se a residir com o companheiro agressor (47.4%) e na, sua maioria, não usufruíam de retaguarda institucional (53.3%). A maioria das participantes a residir com o companheiro relatou que o filho assistiu a episódios de violência (80.7%). Foi referido por 58.7% da subamostra que o filho não foi vítima de violência direta. A maior parte dos filhos de mulheres a residir com o companheiro não apresentavam problemas de saúde (70.7%).

A idade média do filho-focal à data de recolha de dados foi de 7.25 anos ($DP = 1.9$), sendo que 74 eram raparigas (47.7%). Das 81 crianças a residirem em Casa Abrigo, 40 eram raparigas (49.4%) e 41 rapazes (50.6%), sendo que das 74

crianças a residirem em casa com a mãe e o companheiro agressor, 34 eram raparigas (45.9%) e 40 rapazes (50.6%).

Tabela 1.

Descrição das Participantes (N = 155), n (%) para Variáveis Categriais e M (DP) para Variáveis Contínuas.

	Amostra Total (N = 155)		Mães em Casa Abrigo (n = 81)		Mães a viver com o companheiro (n = 74)	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Estado Civil						
Solteira	32	20.1	29	35.8	3	4.0
Casada	53	34.0	16	19.8	37	49.3
União de facto	37	23.7	10	12.3	27	36.0
Divorciada/Separada	32	20.5	25	30.9	7	9.3
Viúva	1	0.6	1	1.2	0	0
Casada com o pai da criança						
Não	70	44.9	56	69.1	14	18.7
Sim	85	54.5	25	30.9	60	80.0
Situação Profissional						
Desempregada	115	73.7	60	74.1	55	73.3
Empregada	38	24.4	19	23.5	19	25.3
Nunca trabalhou	2	1.3	2	2.5	0	0
Filho exposto a episódios de violência						
Não	20	12.8	6	7.4	14	18.7
Sim	135	86.5	75	92.6	60	80.7
Filho foi vítima de violência						
Não	88	56.4	44	54.3	44	58.7
Sim	67	42.9	37	45.7	30	40.0
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade mães	36.43	7.6	35.38	7.3	37.57	7.9
Quantos anos estudou	7.61	2.8	7.62	2.5	7.59	3.1
	7.25	1.9	7.05	1.99	7.46	1.8
Idade do filho						

Medidas

Questionário Sociodemográfico. Questionário com indicadores sociodemográficos da mãe, tais como informações relativas ao estado civil, habilitações literárias, situação face ao emprego, quer da mãe, quer do pai da criança, assim como o contexto em que a mãe e a criança se encontravam (Casa Abrigo ou em união de facto com o agressor). Foram também incluídas outras variáveis da mãe, nomeadamente o seu historial clínico, presença ou ausência de consumo de substâncias, álcool e medicação, bem como historial de violência. Pretendeu-se ainda apurar dados relativamente à criança, quer na idade quer no género, bem como historial de violência a que a criança foi exposta.

Sintomas psicopatológicos. O *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1933; versão portuguesa de Canavarro, 1999) foi utilizado para medir os sintomas psicopatológico nas mães. O BSI foi construído como uma versão abreviada do SCL-90-R (Derogatis, 1977). Consiste num instrumento de auto-relato que pretende avaliar a sintomatologia psiquiátrica geral, descrevendo o grau em que cada problema o incomodou durante a última semana, numa escala tipo *Likert*, em que o 1 corresponde a “nunca” e o 5 a “muitíssimas vezes”. No presente estudo, foi utilizado o Índice Global de Severidade, identificado pelos autores como melhor indicador dos níveis atuais de *distress*, sendo que quanto maior a pontuação média, maior o *distress* percecionado pelo indivíduo. A versão portuguesa apresentou valores psicométricos satisfatórios (Canavarro, 1999).

Práticas parentais. As práticas parentais maternas foram avaliadas através da Escala de Estilos Parentais (PS-Parenting Scale; Arnold, O’Leary, Wolff, & Acker, 1993; versão portuguesa de Cruz & Abreu-Lima, 2013). Esta escala permite medir a existência de práticas disciplinares disfuncionais (sobre-reatividade, inconsistência e verbosidade) face a situações que são descritas em cada item. É constituída por 30 itens que devem ser classificados utilizando uma escala tipo *Likert* que varia em 1 a 7. No presente estudo, foi utilizado apenas o total da PS. Maiores pontuações representam maiores níveis de práticas parentais disfuncionais. Resultados psicométricos satisfatórios foram encontrados na versão portuguesa (Cruz & Abreu-Lima, 2013).

Competência materna. A Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC; Johnston & Mash, 1989; versão portuguesa de Seabra-Santos & Pimentel, 2007): é uma escala de auto-resposta composta por 16 itens que devem ser classificados utilizando uma escala tipo *Likert* que varia entre 1 (concorda totalmente) e 6 (discorda totalmente). Esta escala tem como objetivo avaliar a autoestima parental através de dois fatores: satisfação (refere-se à frustração, ansiedade e motivação no desempenho do papel parental) e eficácia (dimensão mais instrumental, que se refere à competência, habilidade na resolução de problemas e à capacidade no exercício do papel parental) (Johnston & Mash, 1989). No presente estudo, foi utilizado o *score* total da PSOC. Quanto maior a pontuação, menor o sentido de competência materna. A versão portuguesa em estudo apresentou valores preliminares satisfatórios de qualidade psicométrica (Seabra-Santos & Pimentel, 2007).

Suporte social. A Escala de Provisões Sociais (EPS; Cutrona & Russell, 1987; versão portuguesa de Moreira & Canaipa, 2007) mede o apoio social percebido pelo indivíduo perante situações de stress. A EPS avalia diferentes dimensões do suporte social, como aconselhamento, aliança fiável, vinculação, integração social, reafirmação de valor e oportunidade de prestação de cuidados. É uma escala composta por 24 itens que devem ser classificados, utilizando uma escala tipo *Likert* que varia entre 1 (discordo fortemente) e 4 (concordo fortemente). No presente estudo, utilizou-se o *score* total, em que quanto maior a pontuação obtida, maior o suporte social percebido. A versão portuguesa apresentou valores psicométricos bastante satisfatórios (Moreira & Canaipa, 2007).

Frequência da vitimação materna. A vitimação materna foi avaliada através das Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996; versão portuguesa de Paiva & Figueiredo, 2006). A CTS-2 mede o modo como os casais resolvem os seus conflitos, através de estratégias de negociação ou de abuso, sendo elas: abuso físico sem sequelas; agressão psicológica; abuso físico com sequelas e coerção sexual. As CTS2 são compostas por 39 itens agrupados em pares de perguntas destinados ao participante enquanto vítima e enquanto agressor. Diferentes índices de vitimação/perpretação podem ser obtidos com estas escalas. No presente estudo,

foi medida a frequência anual da vitimação. Para o efeito, foram somadas as pontuações nas subescalas que mediam a frequência anual de abuso físico sem sequelas, abuso físico com sequelas, agressão psicológica e coerção sexual, obtendo o total de frequência de vitimação no ano anterior. Quanto maior a pontuação, maior frequência de ter sido vítima de comportamentos violentos. Valores psicométricos adequados foram encontrados na versão portuguesa (Paiva & Figueiredo, 2006).

Sintomas de internalização e externalização na criança. O Questionário de Capacidade e de Dificuldades – versão pais/cuidadores (SDQ; Goodman, 1997; versão portuguesa por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2004) foi utilizado para medir os sintomas de internalização e externalização no filho-foco. O SDQ é um questionário amplamente utilizado ao nível internacional de despiste clínico do mal-estar psicopatológico de crianças e adolescentes entre os 4 e os 16 anos. É constituído por 25 itens divididos em cinco subescalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com os Colegas e Comportamento Pró-social. Cada subescala é composta por 5 itens com uma escala de resposta tipo *Likert* de 3 pontos (desde 0 ‘não é verdade’ a 2 ‘é muito verdade’) incluindo cinco itens em cada subescala. Seguindo as orientações de Goodman, Lamping e Ploubidis (2010), para o presente estudo, foram calculados um *score* total de sintomas de internalização (soma dos *scores* nas subescalas de Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com os Colegas) e um *score* total de sintomas de externalização (soma dos *scores* nas subescalas de Problemas de Comportamento e Hiperatividade). Em ambos os compósitos, quanto maior a pontuação, maior o número de sintomas.

Procedimentos

As participantes a residir em casa foram contactadas pelos investigadores, em colaboração com a APAV, outras Instituições de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica e Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, através de contacto telefónico ou por carta e foram convidadas a participar no estudo. Com as participantes a residir com o companheiro agressor, a participação decorreu nas instalações das instituições parceiras (e.g., APAV). No caso de mulheres e crianças a residir em Casa Abrigo, os investigadores foram a estas casas no sentido de

solicitar autorização para a recolha de dados. A participação decorreu nas Casas Abrigo. Os questionários de auto-relato foram preenchidos nas instalações da APAV, nas Casas Abrigo, ou outras instituições, numa sala que possibilitasse acautelar a privacidade do participante, incluindo a mãe, apenas acompanhada por um membro da equipa de investigação, de modo a fornecer ajuda/assistência em caso de necessidade. A cada participante foi oferecido um voucher a utilizar em estabelecimentos comerciais locais à sua escolha.

Consentimento informado. Foi fornecida informação sobre os objetivos do estudo, método e procedimentos às mães. Em caso de terem aceite participar voluntariamente no estudo, foram adicionalmente informadas dos seus direitos, natureza do estudo e dos dados recolhidos, confidencialidade e carácter voluntário da participação, através de um consentimento informado que deverá ser assinado pelos participantes e investigador, e entregue antes do preenchimento dos questionários. Todos os dados pessoais foram codificados de modo a identificar os participantes na segunda recolha, mas sem que a sua identidade fosse revelada, tornando assim anónimos e confidenciais todos os dados identificativos, de acordo com a Lei da Proteção de Dados Pessoais n. 67/98 de 26 de Outubro e Deliberação Nº 227 /2007.

Procedimento estatístico

Foram conduzidas análises de estatística descritiva das variáveis sócio-demográficas dos participantes (i.e., frequência, mínimo-máximo, média, desvio-padrão e percentagens). Foram conduzidos testes-t para testar diferenças nos problemas de externalização e internalização em função do tipo de residência. Posteriormente, foram igualmente realizados testes-t para examinar diferenças entre os dois grupos (Casa Abrigo vs. casa) em potenciais covariáveis. Finalmente, foram realizadas duas ANCOVA para testar diferenças nos problemas de internalização e externalização em função do tipo de residência, ajustadas ao efeito das covariáveis. Testes de poder estatístico realizados posteriormente demonstraram o poder estatístico das análises conduzidas. Para análise estatística dos dados, recorreu-se ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.0.

Resultados

SI, SE e tipo de residência

Para os problemas de internalização, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, sendo que as mães que vivem em Casa Abrigo relataram mais sintomas de internalização nos filhos do que as mães a viverem com o companheiro **tamanho efeito .51** (Tabela 2). Para os sintomas de externalização, foram igualmente encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que as crianças a viverem em Casa Abrigo com as suas mães apresentaram maiores scores de sintomas de externalização. **Tamanho efeito ponto .45** (Tabela 2).

Tabela 2.

Diferenças nos Sintomas de Internalização e Externalização em função do Tipo de Residência.

Variáveis	Tipo de residência				<i>t</i> (153)
	Casa Abrigo (<i>n</i> = 81)		Casa com o companheiro (<i>n</i> = 74)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Sintomas de internalização	7.28	4.07	5.47	2.89	3.16**
Sintomas de externalização	10.56	4.39	8.71	3.89	2.77*

* $p < .01$. ** $p < .001$.

Foram conduzidas análises para, primeiro, testar diferenças num conjunto de indicadores de ajustamento psicológico e social das mães em função do tipo de residência e, em caso de serem encontradas diferenças em determinadas variáveis, examinar, finalmente, se a diferença entre Casa Abrigo vs. casa com o companheiro se continua a verificar após o ajustamento às outras variáveis que diferem significativamente entre os grupos.

SI, SE e tipo de residência ajustado

Tal como pode ser verificado na Tabela 3, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de mães a residir na Casa Abrigo e o grupo a residir com o companheiro ao nível do suporte social e do total de vitimação, em que as mães do grupo que reside na Casa Abrigo relatou valores de vitimação e suporte social estatisticamente superiores aos relatados pelas mães a residirem com o companheiro. Não foram encontradas diferenças entre os dois grupos ao nível da psicopatologia materna, práticas parentais e competência materna. Não foram igualmente encontradas diferenças entre os dois grupos nas idades, $t(153) = -1.33$, *ns*, e género das crianças, $\chi^2(1) = 0.18$, *ns*, entre os dois grupos.

Tabela 3.

Diferenças em Potenciais Covariáveis em função do Tipo de Residência

	Tipo de residência				<i>t</i> (153)
	Casa Abrigo (N = 81)		Casa com o companheiro (N = 74)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Total vitimação materna	24.70	4.82	21.74	5.60	3.53**
Psicopatologia materna	2.44	0.45	2.44	0.39	-0.10
Suporte social	69.98	10.26	64.50	10.6	3.26**
Práticas parentais	3.58	9.42	3.55	0.53	0.32
Competência materna	3.26	0.69	3.27	0.66	-0.15

* $p < .01$. ** $p < .001$.

Considerando as diferenças encontradas nestas duas variáveis maternas entre os dois grupos, os testes de diferença subsequentes entre os dois grupos nos SI e nos SE foram ajustados ao nível de vitimação e suporte social das mães. A Tabela 4 apresenta as médias ajustadas, com os resultados da ANCOVA a revelar as mesmas diferenças significativas entre os dois grupos nos sintomas de internalização e externalização. Nem as médias dos grupos, nem os níveis de significância foram substancialmente modificados após o ajustamento das covariáveis.

Tabela 4.

Médias ajustadas

	Tipo de residência		Valor <i>p</i> ajustado ^a
	Caso abrigo (N = 81)	Casa com o companheiro (N = 74)	
	M ajustada ^a	M ajustada ^a	
Sintomas internalização	7.24	5.52	.009
Sintomas externalização	10.5	8.79	.02

^a Ajustadas para a total de vitimação materna e suporte social.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo testar diferenças entre crianças que viviam em Casa Abrigo destinadas para vítimas de VRI e crianças que viviam na residência com a mãe e o companheiro agressivo.

De acordo com os resultados obtidos existe um aumento de sintomas de externalização e internalização em crianças que residem em Casa Abrigo. Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de mães a residir na Casa Abrigo e o grupo a residir com o companheiro ao nível do suporte social e do total de vitimação, em que as mães do grupo que reside na Casa Abrigo relatou valores de vitimação e suporte social estatisticamente superiores aos relatados pelas mães a residirem com o companheiro.

No entanto, uma das maiores conclusões a que se chega com a realização deste estudo é que a residência em Casa Abrigo não emerge como um fator protetor automático para o ajustamento psicológico das crianças expostas à VRI. Várias hipóteses podem ser levantadas para explicar estes resultados que, do nosso conhecimento, são inovadores na literatura.

Apesar de evitar a exposição continuada à VRI tal como acontece nas crianças que permanecem em casa com as mães e os parceiros agressores, a retirada da criança de casa pode afetar o seu desenvolvimento em diferentes domínios e contextos desenvolvimentais. Usando uma perspetiva ecológica do desenvolvimento, o desenvolvimento positivo das crianças é explicado pela interação entre características da criança e as características do seu contexto. O

desenvolvimento psicológico da criança é produto de fatores de risco e fatores protetores nos diferentes níveis do contexto desenvolvimental. Se, por um lado, a retirada de casa pode ser vista como um fator protetor da criança, uma vez que a retira da exposição à VRI e possível vitimação, a saída de casa pode acarretar um conjunto de fatores de risco ecológicos.

Em primeiro, a quebra de relacionamento da criança com o pai pode ser fator de desajustamento, visto que as crianças, apesar de os pais serem agressores das mães, poderão ter relações afetivas e emocionais (algumas delas positivas) com os pais, sendo que com a retirada de casa as crianças deixam de contatar com os pais. De acordo com a tabela sociodemográfica acima descrita a maioria das mães relatam que os filhos não foram vítimas de violência (56.4%), o que significa que parte significativa destas crianças podem não interpretar os comportamentos agressores dos pais com as mães como ameaçadores, o que pode levar a uma reação aguda de sintomas de desajustamento nos primeiros meses fora de casa. Em segundo, de acordo com a Teoria da Segurança Emocional, que postula que a criança pode apresentar sintomas severos de desajustamento psicológicos quando exposta a qualquer evento que ameace a manutenção da família (independentemente do seu funcionamento), a retirada de casa pode ser interpretada, do ponto de vista cognitivo e emocional, pela criança como uma ameaça à sua segurança emocional (Davies & Cummings, 1994).

Adicionalmente, a residência em Casa Abrigo tem por inerência a mudança de cidade, a mudança de escola e a perda de contato com os pares.

A alteração do contexto habitacional e social em que a criança estava inserida e ambientada pode contribuir para o seu desajuste, o que vai de encontro ao que é referido na literatura, que nos diz que um fator que pode influenciar positivamente o funcionamento psicológico de crianças expostas à VRI é o contacto com membros da família alargada (Miller, VanZomeren-Dohm, Howell, Hunter & Graham-Bermann, 2014).

O mesmo acontece com as alterações nas suas crenças, ou seja, ao colocarmos a hipótese de a criança estar ajustada ao ambiente de violência no qual estava inserida, pode significar que esta não se percecionava como vítima. No entanto, a sua inserção na Casa Abrigo coloca-a, por inerência, de imediato numa posição de vitimação que lhe pode gerar desconforto, confusão e consequentemente desajuste.

No que respeita ao relacionamento com os pares, é do nosso conhecimento e está comprovado pela literatura que é com estes que a criança em idade escolar passa a maior parte do seu tempo (Papalia, Olds & Feldman, 2001), levando a que o desenvolvimento de uma relação saudável com os mesmos se revele num fator de extrema importância para uma boa adaptação a períodos de desenvolvimento posteriores (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

No relacionamento saudável com os pares a criança experiencia um conjunto de vivências positivas que lhe permitem desenvolver aspetos fundamentais para essa mesma adaptação, tais como a segurança emocional, desenvolvimento de relações empáticas e de respeito pelo outro (Papalia, Olds & Feldman, 2001), pelo que a quebra do relacionamento da criança com os mesmos pode acarretar um conjunto de fatores que levam ao seu desajuste.

Segundo literatura prévia, o comprometimento deste tipo de relação pode levar a um ajustamento negativo por parte da criança que envolve, não só dificuldades sócio-emocionais (e.g., ansiedade; baixa auto-estima), mas também dificuldades de relacionamento com novos pares e dificuldades académicas (Rubin, Coplan & Bowker, 2009).

Os sintomas de externalização revelam-se, um aspeto a considerar no estabelecimento da relação com novos pares, pois com base na literatura, os comportamentos de externalização tendem a ser expressos em comportamentos observáveis que afetam diretamente os outros e a relação da criança com os outros (Achenbach, 1991; Eisenberg, Cumberland, Spinrad, Fabes, Shepard, Reiser, & Guthrie, 2001), podendo contribuir para a rejeição por parte dos pares e para a continuidade dos sintomas (Cole, Teti & Zhahn-Waxler, 2003).

Os resultados podem ter implicações para a intervenção clínica com estas crianças. Alguns exemplos de intervenção clínica estão descritos na literatura.

Um desses exemplos são os programas de intervenção para as crianças residentes em Casa Abrigo. No que respeita à criança as Casa Abrigo funcionam como uma resposta de proteção à criança exposta à VRI, o que, segundo Edleson (2004 *cit. in* Holt, Buckley & Whelan, 2008) é um tipo de resposta que apenas deve ser implementada na minoria dos casos graves, defendendo e apelando à utilização de respostas de base comunitária para a maioria dos casos.

São poucos os estudos que avaliam a eficácia dos programas de intervenção para crianças residentes em Casa Abrigo, o que se traduz na inexistência de dados que comprovem a eficácia e a boa implementação desses mesmos programas.

Segundo Jouriles e colaboradores (1998 *cit. in* Poole, Beran & Thurston, 2008) e Stephens e colaboradores (2000 *cit. in* Poole, Beran & Thurston, 2008) existe uma grande variabilidade nas respostas das crianças expostas à VRI, sugerindo que tal facto pode ser atribuído à variabilidade do apoio prestado pela figura materna e também ao apoio social prestado à criança. Segundo os mesmos, embora não se deva presumir que todas as crianças expostas à VRI apresentem algum défice emocional ou psicológico, deve considerar-se que se revela uma tendência.

De acordo com a literatura, tendo em conta que o tempo esperado para a estadia das díades em Casa Abrigo é curto na grande maioria das casas, seria interessante que outros serviços comunitários se responsabilizassem por oferecer apoio às crianças (Poole, Beran & Thurston, 2008).

Posto isto, algumas questões podem ser levantadas: Serão os programas realmente eficazes? Não estarão os programas de intervenção em Casa Abrigo direccionados na sua maioria para as mães? Investigação futura deverá tentar responder a estas questões.

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro, é um estudo transversal, em que as crianças foram avaliadas apenas num momento. Seria pertinente um estudo longitudinal que permitisse uma avaliação contínua ao longo do tempo para ser possível traçar trajetórias de adaptação, analisando se as dificuldades psicológicas aumentam, diminuem ou mantêm ao longo do tempo. Testar esta hipótese poderá ser particularmente relevante, uma vez que a literatura prévia sugeriu que a psicopatologia materna estava significativamente relacionada com menor ajustamento da criança. Ou seja, à medida que a mãe aumenta os seus níveis de ajustamento psicológico, ela vai proporcionar também à criança os recursos que promovam o seu ajustamento, o que se verifica estar em consonância com a literatura num estudo que revela que mães que apresentam uma saúde mental adequada têm maior probabilidade de fornecer à criança uma relação mãe-filho

adequada, otimizando a vinculação positiva entre eles e fazendo com que a criança apresente menores níveis de agressividade nos seus comportamentos (Holmes, 2013).

A utilização exclusiva de instrumentos de auto-relato revela-se numa outra limitação deste estudo, pelo que a utilização de medidas de observação teria sido interessante de modo a aumentar a validade dos resultados.

Apesar destas limitações, o presente estudo apresenta evidência empírica sobre as diferenças no ajustamento psicológico das crianças em função do tipo de residências. Estes resultados poderão contribuir para a melhoria dos programas de intervenção com as crianças disponíveis nas Casa Abrigo, com vista a atenuar o potencial impacto negativo no ajustamento psicológico da criança após a retirada da sua ecologia.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4–18 and 1991 child profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Appleyard, K., Egeland, B., Dulmen, M. H., & Alan Sroufe, L. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 235-245.
- Armenta, M. F., Sing, B. F., & Osorio, N. C. (2008). Conduct problems in young victims of family abuse: Teachers' report. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 13(1), 3-11.
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137–144.
- Bastian, L. (1995). Criminal Victimization 1993: Results from National Crime Victimization Survey. Washington, DC: U.S. Department of Justice
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I.. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II) (pp. 96-109), Braga: SHO.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260-268.
- Cole, P. M., Teti, L., & Zahn-Waxler, C. (2003). Mutual emotion regulation and the stability of conduct problem between preschool and early school age. *Development and Psychopathology*, 15, 1-18.
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2014). *Violência Doméstica e De Género, V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de género, 2014-2017*. Lisboa, Portugal.
- Cruz, O., & Lima, J. (2013). Escalas dos Estilos Parentais. In Lemos, M. S., Gamelas, A., & Lima, J. A. (Eds.), *Instrumentos de investigação desenvolvidos, adaptados ou usados pelo Grupo de Investigação Desenvolvimental, Educacional e Clínica com Crianças e Adolescentes*. Porto: Universidade do Porto.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological bulletin*, 116(3), 387.

- Derogatis LR. *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., & Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behaviour. *Child Development*, 72(4), 1112-1134.
- Fantuzzo, J. W., & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The future of children*, 9(3), 21-32.
- Fleitlich, B., Loureiro, M. J., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2004). Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa.
- Galano, M. M., Hunter, E. C., Howell, K. H., Miller, L. E., & Graham-Bermann, S. A. (2013). Predicting shelter residence in women experiencing recent intimate partner violence. *Violence Against Women*, 19(4), 518-535.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368, 1260-1269.
- Gewirtz, A. H., & Edleson, J. L. (2007). Young children's exposure to intimate partner violence: Towards a developmental risk and resilience framework for research and intervention. *Journal of Family Violence*, 22(3), 151-163.
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16(3), 365-384.
- Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalizing and externalizing subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1179-1191.
- Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H., & Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 648-660.
- Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. A. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(2), 84-99.

- Holmes, M. R. (2013). Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child abuse & neglect*, 37(8), 520-530.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child abuse & neglect*, 32(8), 797-810.
- Howell, K. H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 562-569.
- Jarvis, K. L., & Novaco, R. W. (2006). Postshelter adjustment of children from violent families. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(8), 1046-1062.
- Johnston, C., & Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175.
- Jonker, I. E., Sijbrandij, M., & Wolf, J. R. (2012). Toward needs profiles of shelter-based abused women latent class approach. *Psychology of Women Quarterly*, 36(1), 38-53.
- Kaufman, J., Yang, B. Z., Douglas-Palumberi, H., Houshyar, S., Lipschitz, D., Krystal, J. H., & Gelernter, J. (2004). Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(49), 17316-17321.
- Kulkarni, S. J., Bell, H., & Rhodes, D. M. (2012). Back to basics essential qualities of services for survivors of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 18(1), 85-101.
- Levendosky, A. A., & Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16(2), 171-192.
- Lundy, M., & Grossman, S. (2005). The mental health and service needs of young children exposed to domestic violence: Supportive data. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(1), 17-29.
- Martinez-Torteya, C., Bogat, G., Eye, A., & Levendosky, A. A. (2009). Resilience among children exposed to domestic violence: The role of risk and protective factors. *Child development*, 80(2), 562-577.
- McDonald, R., Jouriles, E. N., Ramisetty-Mikler, S., Caetano, R., & Green, C. E. (2006). Estimating the number of American children living in partner-violent families. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 137-142.

- Miller, L. E., VanZomeran-Dohm, A., Howell, K. H., Hunter, E. C., & Graham-Bermann, S. A. (2014). In-home social networks and positive adjustment in children witnessing intimate partner violence. *Journal of Family Issues*, 35(4), 462-480.
- Ministério De Administração Interna, (2014). *Violência Doméstica-2013. Relatório Anual de Monitorização*. Lisboa, Portugal.
- Moreira, J. M., & Canaipa, R. I. T. A. (2007). A Escala de Provisões Sociais: Desenvolvimento e validação da versão portuguesa da "Social Provisions Scale". *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 24(2), 23-58.
- Murray, K. W., Bair-Merritt, M. H., Roche, K., & Cheng, T. L. (2012). The impact of intimate partner violence on mothers' parenting practices for urban, low-income adolescents. *Journal of Family Violence*, 27(6), 573-583.
- Osofsky, J. D. (1999). The impact of violence on children. *The Future of Children*, 9(3), 33-49.
- Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 161-170.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2006). Versão portuguesa das "Escala de Táticas de Conflito Revisadas": Estudo de validação. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 14-39.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança (8ª ed.)*. Lisboa: McGraw Hill.
- Paradis, A., & Boucher, S. (2010). Child maltreatment history and interpersonal problems in adult couple relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(2), 138-158.
- Poole, A., Beran, T., & Thurston, W. E. (2008). Direct and indirect services for children in domestic violence shelters. *Journal of Family Violence*, 23(8), 679-686.
- Rhoades, K. A. (2008). Children's responses to interparental conflict: A meta-analysis of their associations with child adjustment. *Child Development*, 79(6), 1942-1956.
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual review of psychology*, 60, 141.

- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence Against Women*, 6(2), 142-161.
- Seabra-Santos, M. J., Major, S., Pimentel, M., Gaspar, M. F., Antunes, N., & Roque, V. (2015). Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC): estudos psicométricos. *Avaliação Psicológica*, 14(1), 97-106.
- Sousa, C., Herrenkohl, T. I., Moylan, C. A., Tajima, E. A., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2011). Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to domestic violence, parent-child attachments, and antisocial behavior in adolescence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(1), 111-136.
- Sprague, S., & Olf, M. (2014). Intimate partner violence and mental health. *European journal of Psychotraumatology*, 5.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- U.S. Department of Justice (2008). *Criminal Victimization in the United States, 2008*. Washington: U.S. Department of Justice.
- Ware, H. S., Jouriles, E. N., Spiller, L. C., McDonald, R., Swank, P. R., & Norwood, W. D. (2001). Conduct problems among children at battered women's shelters: Prevalence and stability of maternal reports. *Journal of Family Violence*, 16(3), 291-307.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 171-187.