



2018

UC/FPCE

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC):  
Estudo de validação com crianças e adolescentes em  
Acolhimento Residencial**

Mónica Costa Duarte (monicacostaduarte@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde (área de  
subespecialização em Psicologia Forense) sob a orientação da  
Professora Doutora Isabel Alberto

## **Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC): Estudo de validação com crianças e adolescentes em Acolhimento Residencial**

### **Resumo**

Nos últimos anos, a temática da institucionalização de crianças no âmbito da proteção da infância tem sido alvo de investigação e preocupação por parte dos profissionais de várias áreas. No entanto, a nível nacional o interesse tem-se focalizado na avaliação da qualidade das instituições e dos serviços, enquanto o investimento na pesquisa sobre a avaliação do domínio emocional, afetivo e social das crianças e jovens tem merecido menor atenção.

A avaliação psicológica das crianças e adolescentes em acolhimento residencial no âmbito do sistema de proteção é relevante por permitir aceder a informação sobre o seu funcionamento, vulnerabilidades e competências, e sobre o seu bem-estar pessoal. Um dos instrumentos clínicos usados na avaliação psicológica de crianças e adolescentes é o Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC), enquanto prova projetiva. O presente estudo pretende analisar as propriedades psicométricas do RATC numa amostra de crianças/adolescentes em acolhimento residencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Visa ainda comparar os resultados nas várias escalas do RATC, clínicas e adaptativas, entre a amostra forense de crianças/adolescentes em acolhimento residencial, e os dados de referência de uma amostra da população geral. A amostra forense é constituída por 35 crianças e jovens, acolhidos em Lares de Infância e Juventude (LIJ) a quem foram administrados o RATC e o Questionário de Problemas do Comportamento de Achenbach (YSR). Foram assegurados todos os procedimentos éticos de acordo com a APA e a OPP (ver Anexo A).

Os resultados do alfa de Cronbach registados nas escalas e nos indicadores clínicos do RATC variam entre “inadmissíveis” e “razoáveis”, traduzindo uma consistência interna “fraca” para a maior parte das escalas. Apenas nas escalas adaptativas *Identificação de Problemas* e *Pedido de Ajuda* se registaram coeficientes “razoáveis”.

Relativamente à validade convergente, analisada através do recurso ao YSR (Achenbach, 1991; Fonseca & Monteiro, 1999) obtiveram-se correlações moderadas e negativas entre a *Recusa* do RATC e os fatores *Isolamento*, *Comportamento Antissocial*, *Problemas de Atenção* e *Ansiedade e Depressão* do YSR. Registou-se uma correlação moderada negativa entre a *Resposta Maladaptativa* e o fator *Queixas Somáticas* e correlações moderadas positivas entre a escala *Estabelecimento de Limites* e o fator *Isolamento* e entre a escala *Suporte aos Outros* e o fator *Queixas Somáticas*.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a amostra forense e dados descritivos numa amostra da população geral nas escalas adaptativas *Apoio à Criança*, *Identificação de Problemas* e na *Resolução-2*, com as crianças/adolescentes acolhidas a obterem resultados mais baixos. Registou-se ainda uma diferença estatisticamente significativa na escala *Suporte aos Outros*, com a amostra forense a obter resultados superiores. Nos indicadores clínicos *Resposta Maladaptativa* e *Recusa* e nas escalas clínicas, com exceção da *Rejeição*, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, com a amostra forense a registar valores mais elevados.

Os resultados obtidos no presente estudo indicam a necessidade de desenvolver mais investigação no âmbito da avaliação psicológica de

crianças, particularmente as que integram o sistema de promoção e proteção da infância. Além disso, esta pesquisa realça a importância de se investir na avaliação psicológica para se ter um conhecimento mais integrado do funcionamento das crianças/adolescentes que estão em acolhimento residencial como medida de proteção.

**Palavras-chave:** RATC, validação, acolhimento residencial, abuso, negligência, crianças.

## **Roberts Apperception Test for Children (RATC): Validation study with children and adolescents in residential care**

### **Abstract**

In recent years, the theme of children institutionalization in the field of child protection has been the subject of research and concern on the part of professionals in several areas. However, at the national level the interest has been focused on the evaluation of the quality of institutions and services, while the investment in research on the assessment of the emotional, affective and social domain of children and young people has deserved less attention.

The psychological evaluation of children and adolescents in residential care under the protection system is relevant as it allows access to information about its functioning and their personal well-being. One of the clinical tools used in the psychological evaluation of children and adolescents is the Roberts Apperception Test for Children (RATC) as a projective test. Thus, the present study aims to analyze the psychometric properties of the Roberts Apperception Test for Children in a sample of children/adolescents in residential care, under the Protection of Children and Young People in Danger. It also strives to compare the results in the various scales of RATC, clinical and adaptive, between the forensic sample of children/adolescents in residential care, and a sample of the general population. The forensic sample is made up of 35 children and young people, housed in Homes for Children and Youth in the Portuguese territory, to whom were administered the RATC and the Youth Self-Report (YSR). All ethical procedures have been ensured in accordance with the APA and the OPP (see Appendix A).

Regarding the internal consistency of RATC scales and clinical indicators, Cronbach's Alpha values ranged from "unacceptable" to "reasonable", translating into "poor" consistency for most scales. Only "reasonable" coefficients were recorded on the Adaptive Scales *Problem Identification* and *Reliance on Others*.

With regards to the convergent validity, analyzed through the use of YSR (Achenbach, 1991; Fonseca & Monteiro, 1999), it displayed moderate and negative correlations between the RATC *Refusal* and the YSR factors *Isolation*, *Antisocial Behavior*, *Attention Problems* and *Anxiety and Depression*. It exhibited a moderate negative correlation between the *Maladaptive Outcome* and the *Somatic Complaints* factor and moderate positive correlations between the *Limit Setting* scale and the *Isolation* factor and between the *Support-Others* scale and the *Somatic Complaints*.

Statistically significant differences were found between the forensic sample and descriptive data in a sample of the general population on the *Child-Support*, *Problem Identification*, and *Resolution-2*, with the children/adolescents receiving lower scores. There was also a statistically significant difference in the *Support-Others* scale, with the forensic sample obtaining superior results. In the Clinical Indicators *Maladaptive Outcome* and *Refusal* and in the clinical scales, except for *Rejection*, we found statistically significant differences, with the forensic sample registering higher values.

The results obtained in the present study indicate the need to develop more research in the psychological evaluation of children, particularly those that integrate the system of promotion and protection of childhood. In addition, this research highlights the importance of having a more integrated knowledge of the functioning of the children/adolescents who are placed in residential care as a protection measure.

**Key Words:** RATC, validation, residential care, abuse, neglect, children.

## **Agradecimentos**

Para a concretização deste trabalho tenho que agradecer principalmente à minha família, por me apoiar nos bons e nos maus momentos, por me dar força para lutar pelos meus sonhos e por me elucidar que nada na vida se consegue sem esforço e trabalho. Esta investigação é o resultado de alguns meses de estudo, de procura e, acima de tudo, de aquisição de conhecimentos e experiências que serão tomadas como linhas orientadoras para a minha vida pessoal e profissional. Agradeço à minha mãe, que é o meu porto seguro, o meu pilar e que tanto me apoiou em todo este percurso. Ao meu pai, o meu grande exemplo de vida e que tanta sabedoria me transmite todos os dias. Ao meu irmão que me deu força para continuar a lutar e que sempre me ensinou a nunca baixar os braços perante as adversidades da vida.

Agradeço a todas as instituições que me abriram a porta e se disponibilizaram a colaborar nesta investigação, aos técnicos e funcionários que fizeram parte desta recolha e se mostraram disponíveis para ajudar na concretização deste trabalho. Estou muito grata especialmente a todos os jovens que deram do seu tempo e partilharam comigo as suas histórias e experiências; do fundo do coração, um grande obrigado a todos, pois sem vocês nada disto seria possível. São (pequenos) grandes exemplos que tanto têm muito a ensinar aos adultos.

Agradeço também a paciência, compreensão e disponibilidade da Professora Doutora Isabel Alberto e da Professora Doutora Manuela Vilar, pois apoiaram-me em todo este percurso. Tenho que agradecer por todo o conhecimento e ensinamentos que me transmitiram.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à equipa do CPSC, em especial à Auni Maria, por me aturar e pelos momentos que vivemos juntas durante este ano.

## Índice

Introdução .....	1
I. Enquadramento conceptual .....	2
1.1. Maus tratos a crianças e jovens .....	2
1.2. Acolhimento Residencial em Portugal .....	6
1.3. A Avaliação psicológica de crianças e jovens em contexto forense .....	9
1.4. Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC) .....	10
II. Objetivos .....	15
III. Metodologia .....	16
3.1. Amostra .....	16
3.2. Instrumentos .....	17
3.2.1. Questionário Sociodemográfico .....	17
3.2.2. Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC) (Monteiro, Morais, Pinto, & Machado, 1999) .....	18
3.2.3. Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR; Fonseca, & Monteiro, 1999) .....	19
3.3. Procedimentos .....	20
IV. Resultados .....	20
V. Discussão .....	29
VI. Conclusões .....	37
Bibliografia .....	38
Anexos .....	46

## **Lista de Anexos**

Anexo A – Consentimento informado .....	47
Anexo B – Questionário Sociodemográfico .....	48
Anexo C – Tipos e formas específicas de Maltrato .....	50
Anexo D – Consistência interna .....	52
Anexo E – Medidas Suplementares do RATC .....	53
Anexo F – Análise temática das pranchas do RATC .....	58
Anexo G – Correlações entre as escalas e indicadores do RATC e os fatores do YSR .....	61



## Introdução

Os maus-tratos infantis constituem fatores de adversidade que colocam em causa o desenvolvimento físico, afetivo, social, cognitivo e comportamental, bem como o bem-estar pessoal (Alberto, 2010; Belsky, 1980; McCoy & Keen, 2014). Os maus-tratos infantis caracterizam-se por ser um fenómeno multidimensional e como tal, para uma compreensão mais adequada e abrangente, deverá ser adotada uma perspetiva ecossistémica de análise desta problemática (Prino & Peyrot, 1994). A teoria ecológica do desenvolvimento humano, proposta por Bronfenbrenner, integra cinco níveis contextuais diferentes e interligados entre si, nomeadamente, o microsistema, o mesossistema, o exossistema, o macrosistema e o cronossistema. Esta teoria foi adaptada por Belsky para a compreensão do maltrato infantil, ao defender que esta problemática resulta da conjugação de condições de cada um dos diferentes sistemas (Belsky, 1980). De acordo com este modelo, o abuso e a negligência na infância não estão apenas associados às características pessoais dos pais/cuidadores, mas resultam da conjugação de diversos fatores de ordem individual, familiar, comunitária e cultural, como por exemplo o *stress*, relações dos pais/cuidadores no trabalho, problemas económicos, problemas conjugais e/ou violência doméstica, representações sociais dominantes, dinâmica e estrutura familiar, entre outros (Alberto, 2010). As famílias onde a comunicação e as interações são pobres, escassas e conflituosas, encontram-se mais suscetíveis para construir um contexto nocivo para o desenvolvimento das crianças. Para além dos fatores de ordem familiar, as características individuais da criança podem influenciar o comportamento dos seus cuidadores e resultar em condutas abusivas e/ou negligentes (Belsky, 1980; McCoy & Keen, 2014; U.S. Department of Health and Human Services, 2016).

As dinâmicas parentais abusivas e/ou negligentes têm diversas consequências nas crianças e adolescentes, o que está amplamente estabelecido pela investigação nacional e internacional. Contudo as implicações do abuso e/ou negligência são diferenciadas e devem ser avaliadas caso a caso. É fundamental a avaliação e identificação do impacto nas crianças e jovens que têm história de abuso/negligência, para que as intervenções sejam ajustadas e respondam a necessidades específicas. A avaliação do funcionamento da criança/jovem deve apoiar-se em diferentes metodologias e instrumentos de avaliação, como entrevistas, testes, observação do comportamento, e na recolha de informação com vários informantes (Alberto, 2010). O recurso a testes de avaliação psicológica é fulcral, sendo imprescindível que os instrumentos utilizados tenham por base estudos de validação e de análise das suas propriedades psicométricas, bem como indicação de dados normativos. As escalas de autorresposta são instrumentos de avaliação psicométrica de fácil aplicação, baseiam-se em estudos de validação que garantem a sua validade e precisão, mas não acedem ao mesmo nível de informação que os testes projetivos, sendo importante combinar a utilização de diferentes tipos de instrumentos para que a avaliação seja mais completa e fiável (Urbina, 2014). Os testes de autorresposta apresentam algumas limitações, nomeadamente o facto de serem mais suscetíveis de enviesamento das respostas do indivíduo, quando este tem tendência para responder de acordo com o que considera socialmente desejável (Coutinho, Tolentino, Santos, Souza, & Borges, 2013; Simões, 2005; Simões, Almeida, & Gonçalves, 1999). Para uma avaliação mais

fidedigna, o psicólogo deve recorrer a diversos instrumentos e à observação do comportamento do sujeito (Simões, 2005). Especialmente na avaliação de crianças deve haver recurso a testes “objetivos” e a técnicas projetivas (Seigel, 1987). A melhor forma de consolidar o recurso às provas projetivas na avaliação psicológica em contexto forense é promover a pesquisa e, sobretudo, garantir dados normativos com amostras forenses (Villemor-Amaral & Pasqualini-Casado, 2006). Na avaliação psicológica de crianças e jovens, o RATC tem-se mostrado um instrumento com elevado potencial, mas que carece de investigação a nível nacional (Gonçalves, Morais, Pinto, & Machado, 1999). O presente estudo procura contribuir para a validação do RATC, através da análise das propriedades psicométricas a nível da precisão e da validade convergente, bem como do estabelecimento de médias e desvios-padrão numa amostra forense de crianças e adolescentes em acolhimento residencial no âmbito do sistema de proteção.

Assim, a presente dissertação encontra-se organizada em duas partes: teórica e prática. Numa primeira parte é explorada a temática dos maus tratos, da institucionalização de crianças e jovens em Portugal, para além de incluir uma revisão da literatura sobre a avaliação psicológica em contexto forense e, particularmente, sobre as técnicas projetivas. Na segunda parte é apresentado o estudo empírico, com a caracterização da amostra, descrição dos instrumentos e dos procedimentos, seguindo-se a apresentação dos resultados e a sua discussão. Uma conclusão reflexiva encerra a dissertação.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **1.1. Maus tratos a crianças e jovens: concetualização e caracterização no contexto português**

Muitas são as crianças e adolescentes que estão sujeitos a diversas formas de negligência, abandono, abuso, exploração, enfrentando situações de violência nas suas próprias casas, escolas, comunidades ou instituições (UNICEF, 2009).

A conceptualização dos maus-tratos infantis, na sua dimensão abusiva e negligente, não é consensual atendendo à complexidade do fenómeno, à falta de acordo das entidades políticas na definição e intervenção neste âmbito e devido às diferenças nos referenciais sociais e culturais (Levesque, 2008). A Direção Geral de Saúde (DGS, 2011) propõe uma definição genérica descrevendo que “os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima” (p.7). Ainda a nível nacional, há a destacar a Lei de Promoção e Proteção de 1 de Setembro de 1999, que visa salvaguardar os direitos e proteger as crianças e jovens que se encontrem expostos a uma ou mais situações de perigo, nomeadamente: a) abandonada ou entregue a si própria; b) sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; c) não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; d) é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; e) está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; f) assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos

que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os seus pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação (Lei n.º147/99, 1 de Setembro com última atualização na Lei n.º142/2015 de 8 de Setembro 2015). Compete às entidades com competência em matéria de infância e juventude (e.g., creches, escolas, hospitais) sinalizar estas situações às comissões de proteção de crianças e jovens (CPCJ), sendo que quando estas não têm condições para execução das medidas, reencaminham os processos para os tribunais.

No Estudo Nacional de Incidência (NIS-1) realizado pelo Departamento de Saúde e Recursos Humanos dos Estados Unidos tem por base uma definição mais concreta e detalhada de maus-tratos (ver tabela 11, Anexo C), referindo o abuso sexual, o abuso físico, o abuso emocional, a negligência física, a negligência educacional e a negligência emocional (Sedlak, 2001).

As crianças e adolescentes são usualmente vítimas de abuso e/ou negligência por parte de pessoas conhecidas, em quem elas confiam, nomeadamente os seus pais/cuidadores, professores e profissionais das entidades dimensionadas para a infância e juventude (Almeida, André, & Almeida, 1999). Embora a família seja considerada o contexto privilegiado para a proteção e desenvolvimento das crianças, parece ser o espaço onde estas têm grande probabilidade de experienciar violência, muitas vezes associada à educação e autoridade dos pais. Num estudo realizado em 37 países entre 2005 e 2006, verificou-se que 86% das crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 14 anos eram vítimas de violência física ou psicológica exercida pelos seus pais ou cuidadores como forma de disciplina (UNICEF, 2009). Segundo dados recolhidos no NIS-4, nos Estados Unidos, em 81% dos casos de maus-tratos, a criança ou adolescente foi vítima de abuso ou negligência por parte dos seus pais biológicos (Sedlak et al., 2010).

De acordo com a investigação, os maus-tratos infantis não resultam de uma única condição, mas da conjugação de fatores e devem ser analisados através de uma abordagem multidimensional (Wolfe, 2011). Para a compreensão desta problemática é indispensável avaliar as características individuais da criança e dos seus cuidadores, o contexto familiar, o enquadramento social e comunitário bem como os referenciais culturais dominantes, assumindo uma análise ecossistémica (McCoy & Keen, 2014). Belsky (1993) utilizou a teoria ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner para a compreensão da complexa problemática dos maus-tratos infantis, tendo subjacente a necessidade de integrar a análise do funcionamento do indivíduo nos diversos contextos onde este interage e se desenvolve. Segundo a Teoria Ecológica existem quatro níveis sistémicos: o microsistema, o exossistema, o macrosistema e o cronossistema. O microsistema é constituído pela família, escola e/ou vizinhança, e envolve as relações de maior proximidade e importância para a criança, ou seja, pais, irmãos, colegas, professores, entre outros. (Belsky, 1993; Papalia, Olds e Feldman, 2006). No que diz respeito aos pais/cuidadores, características como a impulsividade, baixo nível de escolaridade, abuso de substâncias, história prévia de agressão e/ou abuso como vítimas ou como agressores, depressão, ansiedade, baixa tolerância à frustração, sentimentos de insegurança, falta de confiança nos outros e padrões de vinculação insegura, aumentam a probabilidade maltratarem os seus filhos ou as crianças às quais têm o dever de cuidar (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). As dificuldades emocionais, cognitivas e físicas que impedem os pais de reconhecer e compreender adequadamente as

necessidades dos filhos, resultam muitas vezes numa resposta desadequada, abusiva ou negligente (DGS, 2011). Papalia et al. (2006) defendem que o tipo de vinculação estabelecida com os seus próprios pais/cuidadores e as experiências nos primeiros anos de vida influenciam fortemente a relação que a mãe vai desenvolver com o(s) seu(s) filho(s). Uma mãe que não apresente um padrão de vinculação segura terá mais dificuldades em identificar e responder de forma adequada às necessidades do filho. Por sua vez, quando é estabelecida uma vinculação segura, as crianças apresentam-se mais sociáveis com os pares e os adultos, mostram-se mais curiosas, empáticas e resilientes e desenvolvem uma autoimagem mais positiva (Papalia et al., 2006). Ainda ao nível do sistema familiar, o abuso e a negligência têm mais probabilidade de ocorrer em famílias multiproblemáticas/multidesafiadas, sendo os fatores de risco comumente identificados relacionados com a organização, a estrutura e recursos familiares, nomeadamente o elevado número de filhos, a violência doméstica, graves conflitos conjugais e/ou divórcio, monoparentalidade, rede de suporte familiar fraca ou ausente e o isolamento social (Thomas, Leicht, Hughes, Madigan & Dowell., 2003). Segundo o NIS-4, filhos de pais solteiros têm 8 vezes mais probabilidade de serem negligenciados e 10 vezes mais probabilidade de serem abusados (física, emocional e/ou sexualmente) e, de acordo com a literatura internacional, a incidência de maus-tratos a crianças e jovens foi mais elevada em famílias com 4 ou mais filhos (Sedlak et al., 2010). Por outro lado, as mães que são vítimas de violência no casal mostram-se menos responsáveis perante as necessidades dos filhos, havendo uma maior probabilidade de negligência a nível físico, educacional e emocional (Wolfe, 2011).

O exossistema comporta a relação entre dois ou mais contextos, sendo que pelo menos um deles não integra a criança. Por exemplo, o local de trabalho dos pais/cuidadores é um dos ambientes em que a criança não está presente, mas que influencia a qualidade da relação pais/filhos. Quando o contexto laboral é instável e promotor de *stress*, os pais acabam por refletir o seu estado emocional e psicológico na prestação de cuidados e interações com os filhos (Papalia et al., 2006). Os fatores de risco associados à comunidade em que a família se insere incluem então, a precaridade económica e laboral, dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, desemprego, isolamento e falta de apoio social, exposição ao racismo, bairros com dinâmicas sociais violentas, a mudança constante de residência e a alta densidade populacional (Krug et al., 2002; Thomas et al., 2003). Nas comunidades envolvidas no tráfico de drogas, com elevadas taxas de desemprego ou isolamento social generalizado (e.g., locais onde as pessoas não conhecem os vizinhos ou não se envolvem com a comunidade) existe uma maior probabilidade de ocorrência de situações de violência (Krug et al., 2002).

O macrossistema abrange os padrões culturais, ou seja, os valores, crenças, ideologias e sistemas políticos predominantes na comunidade em que a criança/adolescente se insere (Papalia et al., 2006). Estes podem fomentar contextos favoráveis a práticas violentas, nomeadamente normas culturais que veem a agressão como forma aceitável ou adequada de resolução de problemas e conflitos, normas que priorizam os direitos e a autoridade dos pais em detrimento do bem-estar da criança, tolerância ao uso de violência por parte das autoridades policiais, normas que incitem a conflitos políticos e políticas de saúde pública, educativas e económicas que resultam em desigualdades sociais e inacessibilidade diferenciada (Krug et al., 2002).

Por fim, o cronossistema é a dimensão temporal que engloba a influência da mudança ou estabilidade, como por exemplo, modificações ao nível da família, local de residência, de trabalho e mudanças na sociedade (Papalia et al., 2006).

Posteriormente este modelo ecológico sofreu algumas alterações, sendo que mais recentemente passou a ser denominado de Modelo Bioecológico, onde não é apenas dado destaque aos contextos de desenvolvimento, mas também à pessoa em desenvolvimento e às suas características biológicas e psicológicas (Leão, Souza & Castro, 2015). Embora seja claramente assumido que as crianças não são responsáveis pelos maus-tratos sofridos, existem certas características individuais que podem aumentar o risco de abuso ou negligência, nomeadamente a presença de um temperamento difícil, de deficiência física, cognitiva e/ou emocional, de doença crónica, grupo de pares antissocial, a sua idade, sendo que as crianças mais novas são mais vulneráveis a abusos, manifestações de agressividade, problemas de comportamento e défices de atenção (Thomas et al., 2003).

Assim, é imprescindível uma avaliação integrada dos diferentes sistemas, bem como a coordenação e cooperação entre os vários serviços da comunidade, de forma a investigar, avaliar e intervir nos maus-tratos, procurando implementar programas de saúde pública que visem a prevenção e suporte social às famílias (Wolfe, 2011).

O funcionamento da criança/jovem é influenciado pelas experiências de abuso/negligência. As consequências dos maus tratos podem ser de curto e/ou longo prazo, colocando em causa a qualidade do seu desenvolvimento e o seu bem-estar psicológico (Papalia et al., 2006). As manifestações físicas, comportamentais e emocionais dos maus-tratos infantis variam, dependendo da fase de desenvolvimento da criança, do momento em que ocorre o abuso, da sua gravidade, da relação com o agressor, do intervalo de tempo e do contexto em que acontecem (Child Welfare Information Gateway, 2013).

Do abuso físico podem resultar lesões abdominais/torácicas, lesões cerebrais, fraturas, lacerações, danos visuais, podendo provocar incapacidade ou deficiência e, no limite, a morte (DGS, 2011; McCoy & Keen, 2014). As crianças vítimas de abuso físico podem apresentar dificuldades a nível escolar, no relacionamento interpessoal, sendo que têm maior probabilidade de apresentar comportamentos antissociais no futuro (DGS, 2011; McCoy & Keen, 2014). Já o abuso psicológico pode gerar perturbações de ansiedade, depressão, ideação suicida, automutilação, perturbações alimentares, alteração do controlo de esfíncteres e comportamentos agressivos (DGS, 2011). O abuso sexual, por sua vez, está associado a distúrbios alimentares, perturbações do padrão de sono, consumo de álcool e/ou drogas, comprometimento cognitivo e/ou atrasos no desenvolvimento, comportamentos de risco, depressão e ansiedade, sentimentos de vergonha e culpa, hiperatividade, relações superficiais e precárias, baixo desempenho escolar, baixa autoestima, distúrbios psicossomáticos, PTSD e comportamentos suicidas e automutilação (Papalia et al., 2006).

Da negligência podem resultar atrasos no desenvolvimento e nas aquisições sociais, nomeadamente, linguagem, motricidade e na socialização. Para além disso podem surgir danos físicos (e.g., hematomas, queimaduras), resultantes da falta de supervisão por parte dos cuidadores da criança (Alberto, 2010).

Resumidamente, as consequências dos maus tratos infantis identificadas na literatura envolvem o desenvolvimento global da criança/ jovem e podem

influenciar negativamente a qualidade das relações que estes estabelecem com os outros ao longo da vida (Alberto, 2010).

Na sequência da identificação e sinalização de situações de maus tratos infantis, é ativada a intervenção das CPCJs, que podem aplicar medidas de proteção em contexto natural de vida (e.g., apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea, apoio para a autonomia de vida e confiança a pessoa selecionada para a adoção) ou em contexto de colocação, que pode ser familiar ou residencial (Decreto-Lei nº 147/99 de 1 de Setembro). As medidas de colocação residencial são aplicadas apenas quando todas as medidas em meio natural de vida se mostram ineficazes e/ou a criança permanece exposta a situações de risco.

## 1.2. Acolhimento Residencial em Portugal

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2009), a família é o ambiente natural para o crescimento, bem-estar e proteção das crianças, e todos os esforços devem ser direcionados para permitir que estas permaneçam ou voltem para o seu contexto familiar. No entanto, quando os cuidados parentais colocam em risco a vida e o bem-estar da criança, o Estado é responsável por protegê-la assegurando a prestação de cuidados alternativos adequados (Almeida et al., 1999; Decreto-Lei nº 147/99 de 1 de Setembro). O Estado tem autoridade para intervir na relação entre os pais/cuidadores e as crianças quando aqueles não são capazes de proteger os filhos ou quando são estes que os colocam em risco.

Quando é sinalizada uma situação de maus-tratos infantis, é acionada a intervenção protetiva através da CPCJ, sendo que só os Tribunais de Família e Menores têm competência para determinar se a criança deve ser retirada aos pais e acolhida em instituição ou em família de acolhimento. Após uma avaliação de todos os fatores de risco e proteção, tal como o potencial de mudança dos cuidadores/família, entre outros aspetos, o Tribunal deve decidir se a retirada da criança à família é a decisão que melhor salvaguarda os interesses desta (Goldman et al., 2003). Quando a criança/adolescente é colocada junto de uma família de acolhimento ou numa instituição, os prestadores de cuidados das instituições e família de acolhimento devem ser integrados no processo de tratamento/intervenção (Goldman et al., 2003). O processo de acolhimento residencial, segundo as *Guidelines for the Alternative Care of Children*, estabelecidas no Human Rights Council, Resolution 11/7, deve procurar manter a criança o mais próximo possível do seu local de residência, com o objetivo de facilitar o contacto e a potencial reintegração familiar e minimizar o afastamento do seu contexto educativo, cultural e social. A entidade que acolhe a criança/jovem tem responsabilidades específicas, nomeadamente: garantir alojamento, cuidados de saúde, oportunidades de desenvolvimento, apoio psicossocial e educativo; contribuir para a identificação de uma solução estável e adequada ao bem-estar e desenvolvimento da criança; promover a articulação com as várias instituições prestadoras de serviços; e promover o contacto criança- família, quando apropriado. As instalações que oferecem cuidados residenciais devem ser pequenas e organizadas em torno dos direitos e necessidades da criança, num ambiente o mais próximo possível do contexto familiar (Human Rights Council, Resolution 11/7).

É reconhecido na literatura que o afastamento da criança do seu contexto familiar constitui uma rutura, podendo caracterizar-se por ser um acontecimento difícil e traumático; contudo, considerando que o acolhimento ocorre quando a criança se encontra num ambiente familiar pouco estimulante, ameaçador, com pais pouco responsivos ou abusivos, a instituição é o recurso para garantir um ambiente de proteção e promotor de um desenvolvimento normativo da criança/adolescente (Siqueira & Dell'Aglio, 2006). A retirada do contexto familiar deve ser entendida como uma oportunidade para a aquisição de competências quer por parte dos pais/cuidadores quer por parte das crianças (Cansado, 2008). Num estudo realizado por Santos (2010) junto de adultos que foram institucionalizados em algum momento da sua vida, concluiu-se que a colocação em instituição constituiu um momento de rutura dos laços com a família de origem e de adaptação a um novo contexto, pelo que os primeiros tempos acarretam grandes dificuldades. Porém, a vida numa instituição de acolhimento pode promover uma autoimagem mais positiva, integrada e segura e resultar na diminuição de dificuldades emocionais (Pasian & Jacquemin, 1999 como citado em Siqueira & Dell'Aglio, 2006).

O impacto da institucionalização tem sido objeto de vasta pesquisa. Román, Palacios e Moreno (2011) realizaram um estudo junto de 50 crianças institucionalizadas em lares de acolhimento em Espanha e concluíram que 36% das crianças da amostra apresentavam graves problemas no desenvolvimento cognitivo e atrasos significativos no crescimento físico (e.g., altura e peso). Contudo, estes autores destacaram que, embora a qualidade da prestação de cuidados por parte das instituições seja um fator importante no desenvolvimento das crianças, existem problemas que são prévios à institucionalização e que influenciam o funcionamento pessoal. Padmaja, Sushma e Agarwal (2014) realizaram um estudo com 40 adolescentes institucionalizados e 76 adolescentes em contexto familiar com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos de idade. Na amostra de jovens institucionalizados foram identificados mais problemas emocionais, sendo que os resultados apontam para altos índices de depressão e baixos níveis de bem-estar nas crianças institucionalizadas. Num estudo realizado por Kortenkamp e Macomber (2002) concluiu-se que 27% das crianças e jovens que se encontram no sistema de proteção americano apresentam múltiplos problemas comportamentais e emocionais, 39% demonstram baixo investimento nas atividades escolares e 28% apresentam dificuldades de aprendizagem ou outras limitações cognitivas. Já em contexto português, Batista (2013) realizou um estudo junto de jovens portugueses em acolhimento residencial no âmbito da proteção da infância e concluiu que estes apresentam diversos problemas comportamentais e emocionais. A institucionalização está assim associada a uma complexa combinação de privações sociais, físicas, intelectuais e emocionais (McLean, 2003). Quando o afastamento do contexto familiar e acolhimento da criança é combinado com outros fatores de risco (e.g., baixo QI, problemas de comportamento, conflitos parentais, baixo estatuto socioeconómico), a probabilidade do desenvolvimento da criança ou adolescente ser afetado é maior (McLean, 2003). Van IJzendoorn et al., (2011) realçam a este respeito que é difícil perceber se é a institucionalização que está na origem dos problemas no desenvolvimento ou se simplesmente mantém ou reforça os problemas preexistentes.

Gunnar (2001 como citado em Van IJzendoorn et al., 2011) classifica a qualidade dos cuidados prestados em instituições em três níveis: o primeiro

nível integra as instituições que prestam cuidados desadequados a nível de saúde, nutrição, estimulação e relacionamento a crianças e jovens; num segundo nível encontram-se as instituições que satisfazem as necessidades de saúde e nutrição, mas que se caracterizam por uma escassez de estimulação das várias competências (cognitivas, emocionais, relacionais); e, por fim, no último nível, encontram-se as instituições que, para além da satisfação das necessidades básicas, promovem as competências pessoais e gerem relacionamentos estáveis, consistentes e de longo-prazo com os cuidadores. A nível nacional, de forma a promover a melhoria e uniformização da prestação de cuidados nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), foi instaurado o Plano DOM (Desafios, Oportunidades e Mudança). Em 2012, o Plano DOM foi substituído pelo plano SERE+ (Sensibilizar, Envolver, Renovar, Esperança, MAIS) que visa a implementação de medidas de especialização em lares de infância e juventude, de forma a fomentar a melhoria da promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens acolhidos, para que no menor tempo útil, estes alcancem um sentido de identidade, de autonomia e segurança para a sua desinstitucionalização (Despacho n.º 9016/2012).

Numa análise genérica da institucionalização em Portugal e, de acordo com Martins (2005, p.8), “o perfil da população infantil beneficiária de proteção está a mudar, evidenciando uma tendência para o aumento da idade e da severidade dos problemas - são cada vez mais (pré)adolescentes multiproblemáticos”. Sendo que a problemática dos maus tratos ganhou destaque a partir dos anos 80, nos últimos anos, apesar do número ainda ser elevado, tem-se mantido a tendência de decréscimo de crianças e jovens institucionalizados em Portugal, contanto com 8175 crianças e adolescentes em situação de acolhimento. No sistema de acolhimento português existe uma ligeira prevalência de crianças e jovens do sexo masculino (52,7%). A faixa etária predominante encontra-se entre os 15 e 17 anos de idade, representando 35.6% da população acolhida (ISS, IP, 2016). Segundo o Relatório CASA (ISS, IP, 2016), os problemas mais prevalentes são os de oposição/comportamento (e.g., mentira, fugas breves, intimidações, pequenos furtos, destruição de propriedade, agressões físicas, mas também roubos com confrontação das vítimas, utilização de arma branca e destruição de propriedades com prejuízos consideráveis) existentes em 27% da população institucionalizada. A negligência é a situação de perigo predominante que leva ao acolhimento destas crianças e jovens, seguida do abuso psicológico; no entanto, o abuso físico e o abuso sexual apresentam percentagens relevantes. Dentro das situações de negligência destaca-se a falta de supervisão e acompanhamento familiar, a exposição a modelos parentais desviantes, a negligência de cuidados de educação e dos cuidados de saúde.

A colocação em instituição, apesar das desvantagens que pode acarretar, constitui parte da rede de apoio social e afetiva que a criança ou jovem dispõe no momento da decisão (Calvante, Magalhães & Pontes, 2007). A institucionalização pode ser uma experiência securizante e reparadora, quando os profissionais assumem uma postura empática e de compreensão, contribuindo para a construção da identidade das crianças e jovens (Alberto, 2010). Para que tal seja garantido, deve dar-se especial relevo à avaliação e intervenção iniciada aquando do acolhimento na instituição para assegurar o estabelecimento de um projeto de vida autónomo, bem como a mobilização e gestão dos meios de apoio social para a reintegração social e/ou familiar do indivíduo acolhido (Martins, 2004).



### 1.3.A Avaliação Psicológica de crianças e jovens em contexto forense

A avaliação psicológica baseia-se no recurso a múltiplos métodos e fontes de informação, no sentido de minimizar as limitações inerentes aos instrumentos, visando obter informação diversificada sobre o funcionamento do sujeito a nível da despistagem de problemas, competências e recursos, providenciando um prognóstico do comportamento futuro e a planificação de intervenções ajustadas (Simões, 1994). Os testes psicológicos são recursos importantes de recolha de informação no processo de avaliação psicológica (Noronha & Vendramini, 2003).

A avaliação psicológica realizada em contexto forense apresenta algumas especificidades quando comparada com a avaliação clínica “tradicional”, sendo que a primeira exige novos domínios de avaliação (Fonseca, 2006). Os psicólogos forenses devem ter uma formação especializada contínua, procurando adaptar-se às características e exigências do sistema judiciário (Fonseca, Matos, & Simões, 2008). Embora o desenvolvimento de instrumentos específicos de avaliação em contexto forense tenha aumentado, os instrumentos tradicionais de avaliação clínica continuam a desempenhar um papel de destaque nas avaliações forenses (Archer, Wheeler & Vauter, 2016). No que respeita à avaliação psicológica de crianças e jovens, existem requisitos e particularidades importantes. Para além do cuidado com a postura e linguagem, o profissional deve estabelecer um protocolo de avaliação psicológica que integre testes “objetivos” e testes projetivos (Siegel, 1987). Apesar das vantagens associadas aos testes objetivos, estes permitem aceder a níveis de informação diferentes dos suscitados pelas técnicas projetivas. Os instrumentos objetivos, especificamente os inventários e escalas de autorresposta são particularmente suscetíveis às respostas intencionais e premeditadas que procuram ir ao encontro das normas e dos comportamentos considerados socialmente desejáveis. Por seu lado, os testes projetivos suscitam no indivíduo respostas espontâneas e tornam mais difícil a identificação do que pretendem medir (Villemor-Amaral & Pasquali-Casado, 2006). As técnicas projetivas proporcionam um amplo campo de interpretação relativamente ao inconsciente do indivíduo e a sua utilização permite ao profissional, tal como os testes objetivos, identificar as características do funcionamento pessoal (Formiga & Mello, 2000).

Em 1939, Frank introduziu a designação de “método projetivo” argumentando que o indivíduo, perante um estímulo pouco ou nada estruturado, revela a sua forma particular de ver e interpretar as situações, de sentir e pensar, ou seja, a forma como percebe e dá significado ao mundo envolvente (Formiga & Mello, 2000). Os testes projetivos baseiam-se na hipótese projetiva, que tem como base a ideia de que quando é apresentado um estímulo relativamente ambíguo ao indivíduo, as suas necessidades, motivos, expectativas, ansiedade e processos de pensamento são projetados nas respostas (McArthur & Roberts, 1982). A projeção é tida pela psicanálise como um mecanismo de defesa que pressupõe que os indivíduos atribuem aos que o rodeiam características, pensamentos e sentimentos tidos pelo próprio como inaceitáveis. No entanto, tem-se comprovado que a projeção é um processo que tem uma utilidade mais ampla e representa uma tendência geral dos indivíduos para expressarem os seus sentimentos e pensamentos. Foi a partir desta aceção que se deu início ao desenvolvimento e introdução dos testes projetivos (Jesuino, 2007). Através destes não se procura apenas

quantificar ou medir determinado traço da personalidade, mas compreender o seu funcionamento e a sua forma de responder perante determinados acontecimentos e situações (Formiga & Mello, 2000). No teste projetivo é pedido ao indivíduo que construa algo da sua autoria, como uma história, um desenho, ou que interprete uma imagem ambígua (Seigel, 1987). Os estímulos ambíguos mostram-se vantajosos pois o examinando não compreende o objetivo do teste, minimizando o “efeito de defesa” que pode estar presente nos testes de autorresposta. Roberts (1958, como citado em McArthur & Roberts, 1982), no estudo que realizou, concluiu que as situações-estímulo que representam interações sociais ambíguas produzem respostas com níveis de projeção mais elevados, comparativamente com as que refletem claramente uma temática. Conclui também que as respostas dos indivíduos a estímulos com figuras humanas resultavam em informação com maior utilidade clínica.

Durante as décadas de sessenta e setenta, as técnicas projetivas geraram alguma controvérsia e foram alvo de numerosas críticas relativamente à sua natureza e utilidade, o que resultou no aumento do número de publicações relativas à fiabilidade e validade, contribuindo para o seu reforço científico (Villemor-Amaral & Pasquali-Casado, 2006). No entanto, muitos psicólogos optaram por se manter na segurança dos testes objetivos que utilizam sistemas precisos e generalizados que permitem uma avaliação mais imparcial e objetiva das respostas (Pinto, 2014).

As técnicas projetivas apresentam algumas limitações ao nível da utilidade clínica pois, geralmente, não se encontram adaptadas ou não são adequadas para crianças. Outro dos limites está relacionado com os estímulos que podem influenciar ou enviesar as respostas das crianças/adolescentes de modo que os resultados não retratam as características singulares da sua personalidade. E, por fim, critica-se a falta de standardização e de um sistema de cotação dos conteúdos temáticos e da estrutura das respostas, que possibilite a sua utilização e cotação mais objetivas por parte dos profissionais. Sem um sistema standardizado, as cotações ficam dependentes, muitas vezes, da experiência do clínico, da sua especialização e orientação teórica e da personalidade do profissional (McArthur & Roberts, 1982). Como refere Pinto (2014, p.150) “quando estão em jogo as deduções produzidas a partir dos métodos projetivos, é preciso evitar, sobretudo, o risco da interpretação revelar mais do intérprete do que do sujeito interpretado”. Foi num esforço de superar estas limitações que McArthur e Roberts (1982) desenvolveram o Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (*Roberts Apperception Test for Children - RATC*).

#### **1.4. Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC)**

O Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC) resultou de quase vinte anos de pesquisa. Pode ser utilizado como ferramenta de investigação, de avaliação e para a planificação da intervenção (Roberts, 1990) e procura colmatar as limitações associadas à maioria dos testes projetivos para crianças, pelo que foi construído especificamente para crianças e adolescentes entre os 6 e os 16 anos, com as figuras dos cartões a representarem situações e temáticas do quotidiano infantil, com um sistema de cotação simples e que integra medidas objetivas (McArthur & Roberts, 1982). Embora os estudos tenham mostrado que as crianças preferem os testes com figuras de animais em detrimento de figuras humanas, verificou-se que estas últimas geravam respostas com um conteúdo clinicamente mais útil, eram mais estruturadas,

com evidência de menos rejeições e que incluem mais informação e detalhes, onde é revelada de forma menos defensiva a dimensão da afetividade (McArthur & Roberts, 1982).

O RATC é composto por 16 imagens-estímulo, sendo que 11 são comuns a ambos os sexos e 5 têm como figura de referência uma criança do sexo feminino ou masculino, de acordo com o sexo da criança a quem é aplicada a prova. Após a apresentação de cada cartão é solicitado à criança/adolescente que elabore uma história integrando a identificação e explicação dos sentimentos, ações e comportamentos, bem como das relações estabelecidas entre as personagens. Cada um dos cartões tem uma temática subjacente, nomeadamente: “confronto familiar”, “suporte materno”, “atitude face à escola”, “suporte à criança”, “afeição parental”, “interação com pares”, “dependência/ansiedade”, “conferência familiar”, “agressão física”, “rivalidade fraterna”, “medo”, “conflito parental”, “agressão desviada”, “estabelecimento de limites pela mãe”, “nudez/sexualidade” e “suporte parental” (McArthur & Roberts, 1982).

McArthur e Roberts (1982) criaram uma estrutura da cotação das respostas em três tipos de escalas: a) oito escalas adaptativas que englobam *Pedido de Ajuda*, *Suporte aos Outros*, *Apoio à Criança*, *Estabelecimento de Limites*, *Identificação de problemas* e três níveis de *Resolução* (1, 2 e 3). Resultados elevados nestas escalas associam-se a um funcionamento normativo, agregado à utilização e procura de recursos e respostas adequadas; b) cinco escalas clínicas que refletem temas particulares, comportamentos ou sentimentos, considerados normativos e não patológicos, nomeadamente a *Ansiedade*, *Depressão*, *Agressão*, *Rejeição* e *Problema Não Resolvido*, sendo que apenas a ausência ou excesso na cotação podem sugerir a presença de sintomatologia clínica; c) três indicadores clínicos, *Resposta Atípica*, *Resposta Maladaptativa* e *Recusa*, que não têm as mesmas qualidades psicométricas das escalas adaptativas e clínicas porque raramente surgem na amostra de standardização, mas que apresentam elevada utilidade clínica e variam com a idade da criança (McArthur & Roberts, 1982).

Para além das escalas e indicadores, o RATC inclui ainda 3 medidas suplementares, *Funcionamento do Eu*, *Agressão* e *Nível de Projeção*, que procuram fornecer mais detalhes e informação complementar para a prática clínica. O índice de *Funcionamento do Eu* está associado ao aspeto da personalidade que testa, organiza e avalia estímulos internos e externos; o índice de *Agressão* avalia a capacidade da criança em lidar e responder a sentimentos ou situações de agressividade e o *Nível de Projeção* avalia a capacidade de elaboração cognitiva da criança na construção das histórias.

Adicionalmente, de forma a perceber melhor qual o tipo de relação e o papel desempenhado pelas diferentes personagens em cada história, os autores elaboraram uma *Matriz Interpessoal*, onde é assinalado a quem corresponde (e.g., pai, mãe, irmão, pares) determinada escala ou indicador em cada cartão (McArthur & Roberts, 1982).

Considerando o estudo original de validação do RATC, Roberts e McArthur (1982) recorreram a uma amostra de 200 crianças/adolescentes dos 6 aos 15 anos de idade, 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Foi ainda integrada uma amostra clínica de 200 crianças e adolescentes. Comparando estas duas amostras, os autores encontraram diferenças significativas nas várias escalas e indicadores clínicos, sendo que as crianças da população geral obtiveram resultados mais elevados nas escalas adaptativas, nomeadamente *Pedido de Ajuda*, *Suporte aos Outros*, *Apoio à*

*Criança e Resolução-2*, enquanto o grupo clínico obteve pontuações mais elevadas para as escalas clínicas *Rejeição* e *Problema Não Resolvido*. Apesar de não ser extensa a investigação com o RATC são vários os estudos, principalmente a nível internacional que usam este instrumento de avaliação (ver Tabela 1).

Em 1966, Roberts procurou estudar as características de 23 cartões-estímulo, com o objetivo de escolher os que gerassem o máximo de informação clínica relevante e, a partir de uma amostra de 80 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos. As histórias elaboradas foram analisadas relativamente à quantidade de informação gerada, à temática abordada e à identificação das personagens que integram o estímulo. O autor concluiu que a quantidade de material produzido aumenta com a idade, as temáticas abordadas pelas diferentes crianças foram convergentes e as personagens identificadas foram genericamente análogas (Roberts, 1990).

Mais tarde, em 1976, Roberts procurou avaliar a capacidade de três testes, incluindo o RATC, na produção e/ou recolha de informação clínica significativa. Para tal, foram selecionados 18 cartões, nomeadamente seis cartões do RATC, seis do CAT e seis do TAT, administrados a 98 crianças do sexo masculino. Deste estudo foi possível concluir que o RATC produz respostas menos estereotipadas quando comparado com o CAT ou o TAT, sendo possível aferir que os estímulos dos seus cartões despoletam narrativas que espelham não só a descrição da imagem, mas também as crenças e experiências pessoais dos sujeitos (McArthur & Roberts, 1982).

Com a amostra normativa do estudo de validação do RATC de 1982 (McArthur & Roberts, 1982) concluiu-se que existem sete escalas cuja cotação aumenta com a idade, nomeadamente *Pedido de Ajuda*, *Suporte aos Outros*, *Identificação de Problemas*, *Resolução 2* e *3*. Verificou-se ainda um decréscimo da cotação em função da idade em duas escalas e um indicador clínico: *Problema Não Resolvido*, *Resolução 1* e *Resposta Atípica*. De forma a avaliar o poder discriminativo do RATC entre diferentes grupos, os resultados obtidos na amostra de crianças “bem-ajustadas” foram comparados com uma amostra clínica de 200 crianças e jovens. As conclusões foram as expectáveis, sendo que a amostra de crianças “bem-ajustadas” pontuou mais nas escalas adaptativas, por exemplo, *Pedido de Ajuda*, *Suporte aos Outros* e *Apoio à Criança*, quando comparada com a amostra clínica. As crianças da amostra clínica apresentaram resultados superiores nas escalas *Rejeição* e *Problema Não Resolvido*. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas escalas clínicas *Depressão*, *Ansiedade* e *Rejeição*, pois, segundo os autores existem cartões elaborados para incitar agressão (por exemplo, a prancha 14) e a capacidade para expressar agressividade é saudável desde que seja feita de forma ajustada (McArthur, & Roberts, 1982).

Relativamente a outros estudos com o RATC, Bell e Nagle (1999) consideram que a amostra usada para standardização é desadequada, sendo que os resultados não devem ser usados para diagnósticos clínicos. A capacidade para discriminar crianças vítimas de abuso sexual referida por McArthur e Roberts foi reforçada num estudo realizado Friedrich e Share (1998), em que as crianças vítimas de abusos relataram mais conteúdos sexuais nas histórias do que as crianças que não sofreram qualquer abuso.

**Tabela 1. Estudos que envolveram o RATC a nível internacional**

Autor(es), Ano	Estudo	Caracterização da Amostra
Roberts, 1969	Desenvolvimento e seleção dos cartões-estímulo do RATC	N = 80 (6 -12 anos)
Roberts, 1975	Estudo Piloto	N = 17 refugiados do Vietnam (9 -14 anos)
McArthur, 1976	Comparação da eficácia de três testes projetivos – RATC, CAT e TAT – para obter informação clinicamente significativa	N = 98 (sexo masculino)
Muha, 1977	Avaliação da capacidade discriminativa do RATC entre uma amostra clínica de crianças e uma amostra normativa	N = 50 (amostra com 25 famílias bem-ajustadas e 25 famílias na amostra clínica, que tenham um filho entre os 7 e os 14 anos)
Hersh, 1978	Avaliação da potencialidade do RATC para avaliar as alterações durante um acompanhamento psicoterapêutico	N = 25 (crianças entre os 6 os 13 anos que foram referenciados para uma avaliação psiquiátrica)
Roberts, 1982	Amostra normativa	N = 200 (100 rapazes e 100 raparigas dos 6 aos 15 anos)
Headen, 1986	<i>Roberts Apperception Test for Children</i> : estudantes sinalizados e estudantes não sinalizados	N = 58 (do 1º ao 8º ano de escolaridade)
Smith, 1991	Desempenho de crianças vítimas de abuso sexual no RATC: comparação entre uma amostra de crianças abusadas sexualmente e uma amostra de crianças que não foram vítimas de abuso sexual e o desenvolvimento de um novo perfil de cotação	
Palomares, Crowley, Worchel, Olson, & Rae, 1991	Análise da estrutura factorial do RATC: comparação entre a amostra original estandardizada e uma amostra com crianças diagnosticadas com alguma doença crónica	N = 48 (6 -15 anos)
Friedrich & Share, 1998	O RATC: um estudo exploratório da sua utilidade com crianças vítimas de abuso sexual	N = 93 (4 -13 anos)
Bell & Nagle, 1999	Problemas interpretativos com o RATC: limitações do grupo normativo	N = 86 (59 rapazes e 27 raparigas)
Louw & Ramkisson, 2002	A adequação dos testes RATC, House-Tree-Person (HTP) e Daw-A-Person (D-A-P) na sinalização do abuso sexual infantil na comunidade indígena: um	N = 40 (23 raparigas abusadas sexualmente e 17 que não sofreram qualquer abuso)

---

Em Portugal, o primeiro estudo com o RATC foi realizado por Gonçalves et al. (1999) e teve como objetivo obter dados normativos do teste para a população portuguesa. Teve por base 40 protocolos (20 rapazes e 20 raparigas) de crianças “bem-ajustadas” com idades entre os 6 e os 9 anos recolhidos em contexto escolar. Neste estudo verificou-se que as diferenças em função do sexo se refletiam apenas na escala *Ansiedade*, com as raparigas a obterem pontuações mais elevadas. Constatou-se ainda que as pontuações nas escalas adaptativas aumentam significativamente com a idade. Este aumento está associado não a uma diminuição das adversidades, mas a um incremento de competências e procura de recursos por parte das crianças e adolescentes. Neste estudo os autores recolheram também 44 protocolos de crianças que tinham apoio psicológico (e.g., perturbações de comportamento, de ansiedade, de humor, dificuldades de aprendizagem, hiperatividade e défice de atenção, perturbações de eliminação e diagnósticos múltiplos) de forma a comparar os resultados das crianças “bem-ajustadas” com esta amostra clínica. Obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras, com o grupo clínico a ter resultados na sua generalidade mais elevados nas escalas clínicas (e.g., UNR) e a amostra normativa a registar resultados mais elevados nas escalas adaptativas (e.g., SUP-O e RES-2). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas escalas *Ansiedade*, *Depressão*, *Agressão* e *Rejeição*.

Numa investigação conduzida por Alberto (1999) que tinha como objetivo avaliar a sintomatologia em crianças vítimas de abuso e negligência foi incluído o RATC. Este estudo teve como amostra 182 crianças e adolescentes entre os 10 e os 15 anos de idade, 90 da população geral e 92 vítimas de abuso/negligência que se encontravam em acolhimento residencial. A consistência interna obtida na amostra de crianças e jovens vítimas de abuso e/ou negligência nas escalas do RATC variou entre 0.20 e 0.77, sendo que a escala *Estabelecimento de Limites, Resolução-1* e *Depressão* foram as que registaram valores “razoáveis”. No que respeita às cotações, a amostra de abuso/negligência obteve resultados estatisticamente superiores nas escalas *Resolução-1* e *Apoio à Criança* e estatisticamente inferiores na escala *Suporte aos Outros*. Na análise da influência da variável Idade verificaram-se valores superiores na *Identificação de Problemas* para os participantes mais velhos da amostra de abuso/negligência, sendo que na amostra da população geral os valores foram superiores nesta escala para os participantes mais novos.

Em 2008, Lavado inclui o RATC no protocolo de investigação em que estudou os padrões de vinculação em crianças com dermatite atópica numa amostra de 5 participantes com idades compreendidas entre os 9 e os 10 anos. Neste estudo não se analisaram as propriedades psicométricas do RATC.

Em 2012, Canais utilizou o RATC para analisar as diferenças do funcionamento emocional, comportamental e social e na autoestima entre uma amostra de 30 adolescentes institucionalizados e uma amostra de 30 adolescentes da população geral. Neste estudo conclui-se que a amostra de adolescentes institucionalizados cotou mais na escala *Problema Não Resolvido* e a amostra da população geral obteve resultados mais elevados nas escalas *Identificação de Problemas*, *Resolução-2* e *Suporte aos Outros*.

Na investigação realizada por Mendes e Sani (2015) e que visava avaliar as representações através de técnicas projetivas de 9 crianças e adolescentes, entre os 8 e os 15 anos, expostas à violência interpaparental e acolhidas em casa abrigo utilizou-se o cartão “Conflito Parental” do RATC. Concluiu-se que nas narrativas destas crianças era recorrente a presença de conflitos parentais e familiares e de sentimentos negativos. As histórias elaboradas são desorganizadas e incoerentes, apresentando fracos recursos verbais.

Por fim, o mais recente estudo realizado com o RATC envolveu uma amostra de 40 adolescentes a cumprir medida tutelar em Centro Educativo, sob a alçada da Lei Tutelar Educativa (Marques, 2018). Neste estudo concluiu-se que o funcionamento cognitivo dos jovens (avaliado através da aplicação da WAIS-III) pode influenciar as respostas ao RATC. Relativamente à comparação entre a amostra forense e uma amostra da população geral foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas escalas *Suporte aos Outros*, *Apoio à Criança*, *Identificação de Problemas*, *Ansiedade*, *Agressão*, *Problema Não Resolvido*, *Resposta Atípica*, *Resposta Maladaptativa* e na *Recusa* (Marques, 2018).

Pode-se verificar deste breve levantamento que existem poucas investigações, especialmente a nível nacional, que integram o RATC, e que fazem uma análise das qualidades psicométricas desta prova de avaliação psicológica. Assim, o presente estudo visa contribuir para o reforço da pesquisa desta técnica e das suas qualidades psicométricas. É indiscutível que os instrumentos de avaliação psicológica requerem atualizações periódicas e de uma regulamentação rigorosa, incluindo materiais práticos, instruções e procedimentos de aplicação, dados normativos, validade e fiabilidade, entre outros. Os métodos projetivos não devem ser exceção e para que estes alcancem um maior rigor psicométrico devem fundamentar-se na investigação (Villemor-Amaral & Pasquali-Casado, 2006).

## II - Objetivos

A presente investigação pretende analisar as qualidades psicométricas do RATC e obter dados de média e desvio-padrão para as várias escalas do RATC numa amostra de crianças e adolescentes em acolhimento residencial como medida de proteção.

Os objetivos específicos que orientam o presente trabalho são:

- a) Identificação das temáticas mais relevantes na amostra em estudo através da análise de conteúdo das histórias;
- b) Analisar a consistência interna das várias subescalas do RATC;
- c) Analisar a validade convergente através das correlações entre as escalas do RATC e as escalas do YSR;
- d) Obter dados normativos (médias e desvios-padrão) para as escalas adaptativas, clínicas e indicadores do teste projetivo para esta amostra forense;
- e) Analisar a influência das variáveis Idade e Sexo nos resultados nas várias escalas do RATC;

- f) Comparar as médias obtidas nas escalas e indicadores clínicos do RATC na amostra em estudo, com as médias obtidas numa amostra da população geral<sup>1</sup>.

### III - Metodologia

#### 3.1. Amostra

A amostra forense é constituída por 35 crianças/adolescentes acolhidas em sete Lares de Infância e Juventude no âmbito do sistema de proteção.<sup>2</sup>

As idades dos participantes situam-se entre os 11 e os 16 anos de idade, sendo a média de 14.31 (DP = 1.367); 16 participantes (45.7%) são do sexo feminino e 19 (54.3%) do sexo masculino (ver Tabela 2).

No que diz respeito à atividade profissional das mães dos participantes, 34.3% ( $n = 12$ ) são domésticas, 34.3% ( $n = 12$ ) encontram-se desempregadas, 14.3% ( $n = 5$ ) são Trabalhadores Não Qualificados, 8.6% ( $n = 3$ ) desempenham funções como Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca, 1 trabalha no sector Pessoal dos Serviços e Vendedores e em 5.7% ( $n = 2$ ) não há informação. Relativamente à atividade profissional dos pais, 34.3% ( $n = 12$ ) encontram-se desempregados, 20% ( $n = 7$ ) desempenham funções como Operários, Artífices e Trabalhadores Similares, 11.4% ( $n = 4$ ) são Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca, 8.6% ( $n = 3$ ) são Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem, 5.7% ( $n = 2$ ) encontram-se Reformados, 2.9% ( $n = 1$ ) integram o sector Pessoal dos Serviços e Vendedores, 2.9% ( $n = 1$ ) são Trabalhadores Não Qualificados e, por fim, para 14.3% ( $n = 5$ ) não existe informação disponível.

**Tabela 2. Características sociodemográficas da amostra forense (N=35)**

Variáveis		<i>n</i>	%	M (DP)	Amplitude
<b>Género</b>	Feminino	16	45.7		
	Masculino	19	54.3		
<b>Idade</b>		35		14.31 (1.367)	11-16
<b>Anos de escolaridade</b>		35		7.86 (1.458)	
<b>Nível socioeconómico</b>	Baixo	34	97.1		
	Médio	1	2.9		
<b>Motivo da institucionalização</b>	Vários tipos de Abuso	2	5.7		
	Negligência	27	77.1		
	Abuso e Negligência	5	14.3		
	Abuso Sexual	1	2.9		

<sup>1</sup> Os valores de média de referência da população geral utilizados na análise comparativa com a amostra forense são os do estudo de Canais (2012) na sua tese de Mestrado, que integrava 30 participantes entre os 10 e os 15 anos, sendo 21 (70%) do sexo masculino e 9 (30%) do sexo feminino.

<sup>2</sup> Para garantir o anonimato das crianças e jovens participantes optou-se por não colocar os nomes das instituições de acolhimento.



Variáveis		<i>n</i>	%	M (DP)	Amplitude	
Duração da institucionalização (em meses)				37.60 (31.338)	2-120	
Atividade profissional da progenitora	Pessoal dos Serviços e Vendedores	1	2.9			
	Agricultores e Trabalhadores qualificados da Agricultura e Pesca	3	8.6			
	Trabalhadores não qualificados	5	14.3			
	Desempregado	12	34.3			
	Doméstica	12	34.3			
	Ausente	2	5.7			
Atividade profissional do progenitor	Pessoal dos Serviços e Vendedores	1	2.9			
	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca	4	11.4			
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	7	20			
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	3	8.6			
	Trabalhadores não qualificados	1	2.9			
	Desempregado	12	34.3			
	Reformado	2	5.7			
	Ausente	5	14.3			
	Instituição de Recolha <sup>3</sup>		2	5.7		
			4	11.4		
		4	11.4			
		8	22.9			
		9	25.7			
		4	11.4			
		4	11.4			

Em relação ao motivo da institucionalização, o mais representativo é a Negligência com 77.1% ( $n = 27$ ), seguido de situações de conjugação de Abuso e Negligência que representam 14.3% ( $n = 5$ ) dos casos, 5.7% ( $n = 2$ ) estão associados a Vários tipos de Abuso e um participante está acolhido por Abuso Sexual.

O intervalo de tempo do acolhimento residencial varia entre 2 e 120 meses, com o valor médio de 37.60 (DP = 31.34).

### 3.2. Instrumentos

O presente estudo teve por base um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico, o Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC; McArthur & Roberts, 1982) e o Questionário de Comportamentos de Achenbach, versão autorresposta (YSR; Fonseca & Monteiro, 1999).

#### 3.2.1. Questionário Sociodemográfico

Este questionário foi construído especificamente para o presente estudo com o objetivo de se caracterizar a amostra e inclui a recolha de informação

<sup>3</sup>O nome das instituições não foi indicado por uma questão de salvaguardar os interesses e privacidade das crianças e jovens que integram a amostra.

relativa à idade, sexo, atividade profissional dos pais, nível socioeconómico, motivo e duração da institucionalização, estrutura e composição familiar e o estado civil dos pais dos participantes. O questionário foi preenchido pelo profissional da equipa técnica responsável pelo processo de cada participante (ver Anexo B).

### **3.2.2. Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC; McArthur & Roberts, 1982)**

O RATC, tal como referido anteriormente, visa a avaliação do funcionamento comportamental, emocional e social de crianças e adolescentes entre os 6 e os 16 anos de idade, através da apresentação de cartões que retratam situações de interação que se estabelecem com a família e os pares. São apresentados 16 cartões a cada criança, sendo que 11 são específicas (com figuras infantis masculinas ou femininas) em função do sexo e 5 são comuns a ambos os sexos. É pedido à criança que elabore uma história com princípio, meio e fim sobre cada cartão. Pressupõe-se que a criança projete os seus pensamentos, preocupações, conflitos e estilos de resolução de problemas nessas histórias (McArthur & Roberts, 1982).

McArthur e Roberts (1982) organizaram a cotação do RATC em escalas de perfil, indicadores clínicos e Matriz Interpessoal (*Interpersonal Matrix*). Assim, o RATC inclui oito escalas adaptativas, nomeadamente, o Pedido de Ajuda (REL), Suporte aos Outros (SUP-O), Apoio à Criança (SUP-C), Estabelecimento de Limites (LIM) e Resolução (RES-1, RES-2 e RES-3). Inclui cinco escalas clínicas, designadamente, Ansiedade (ANX), Agressão (AGG), Depressão (DEP), Rejeição (REJ) e Problema Não Resolvido (UNR). Além disso existem três indicadores clínicos: Resposta Atípica (ATY), Resposta Maladaptativa (MAL) e Recusa (REF). Cada história é codificada relativamente à ausência ou presença de cada uma destas escalas e indicadores.

O RATC inclui também três medidas suplementares de cotação para fins de investigação e prática clínica, nomeadamente o Índice de Funcionamento do Eu (*The Ego Functioning Index*), o Índice de Agressão (*The Aggression Index*) e o Índice de Projeção (*The levels of projection scale*). O primeiro índice indica o grau e direção da percepção da criança e pode caracterizar-se como distorcida, moderadamente perturbada, estereotipada ou criativa. O *Índice de Agressão* está associado à competência que a criança tem para lidar com situações que suscitam a expressão e gestão da agressão e subdivide-se em agressão destrutiva, agressão indireta ou agressão construtiva, sendo esta última uma resposta em que a criança lida de forma adequada com a agressão e/ou com sentimentos agressivos. O *Índice de Projeção* caracteriza a capacidade de elaboração cognitiva e do Eu de cada indivíduo e classifica as respostas em níveis de descrição, atribuição, explicação e integração (McArthur & Roberts, 1982).

Há ainda a matriz interpessoal que fornece informação detalhada sobre a percepção da criança relativamente à qualidade das relações que esta estabelece e com quem as estabelece (McArthur & Roberts, 1982).

Este é um instrumento que não se encontra aferido para a população portuguesa e carece de estudos (Gonçalves et al., 1999). Mesmo a amostra

americana recolhida por McArthur e Roberts é pequena (N = 200) e muito restrita (Frick, Barry, & Kamphaus, 2010).<sup>4</sup>

No estudo original de validação do RATC foram obtidos valores de consistência interna que variam entre resultados “inadmissíveis” e “razoáveis”, nomeadamente entre 0.44 e 0.86 (fórmula de Lord e Nowicki) e entre 0.48 e 0.86 (correlação de Spearman-Brown). Especificamente, as escalas que apresentaram melhor consistência interna são *Suporte (aos Outros e à Criança)*, *Identificação do Problema*, *Problema Não Resolvido e Resolução 2 e 3*, sendo que as restantes escalas revelaram valores que variam entre uma consistência “fraca” e “inadmissível” (McArthur & Roberts, 1982). Na investigação realizada por Alberto (1999), em Portugal, foi analisada a consistência interna das escalas do RATC através do alfa de Cronbach considerando que é a medida mais robusta e que as características projetivas dos cartões não permitem identificar equivalências entre metades seccionadas do teste. Os coeficientes de consistência interna obtidos foram globalmente mais baixos que os do estudo americana, variando entre 0.20 e 0.77. As escalas que obtiveram uma consistência interna “razoável” foram *Estabelecimento de Limites* e *Resolução 1* e registaram-se valores “fracos” na escala *Depressão*, sendo que nas restantes escalas foram obtidos coeficientes de consistência interna “inadmissíveis”.

### 3.2.3. Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR; Achenbach, 1991; Fonseca, & Monteiro, 1999)

O YSR foi desenvolvido por Achenbach, em 1987, tendo sido traduzido e validado para a população portuguesa em 1999, por Fonseca e Monteiro. É um questionário de autoavaliação do comportamento e tem como objetivo descrever e avaliar competências sociais e problemas de comportamento de crianças e adolescentes, tal como são percebidos pelo próprio. O YSR destina-se a crianças e jovens entre os 11 e os 18 anos de idade (Fonseca & Monteiro, 1999).<sup>5</sup>

Este instrumento está integrado no Modelo Multiaxial de Achenbach (ASEBA) que funciona como um processo estruturado de recolha de informação e avalia a perceção dos diferentes intervenientes, tais como, pais, professores e a criança ou adolescente (Fonseca & Monteiro 1999).

O Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR) encontra-se dividido em duas partes, sendo que a primeira é constituída por 17 itens relacionados com competências, atividades e interesses sociais das crianças e jovens. A segunda parte integra 119 itens, em que 103 estão relacionados com diversos problemas de comportamento e/ou perturbações emocionais e 16 itens são relativos com comportamentos socialmente desejáveis (como por exemplo: “sou muito honesto”, “procuro ser justo para os outros”), pelo que não são considerados para efeitos de pontuação. A criança ou adolescente deve indicar se o comportamento descrito em cada item se aplica ou não a si e qual a

---

<sup>4</sup> Há uma versão mais atualizada do RATC, o Roberts 2, mas optou-se por usar a versão mais antiga, considerando que a segunda versão do teste não dispõe de estudos nacionais e a nível dos estudos internacionais a pesquisa é ainda muito escassa.

<sup>5</sup> Há uma versão mais atualizada do YSR validada para a população portuguesa, no entanto os Lares de Infância e Juventude usam a versão validada por Fonseca e Monteiro, daí a opção por integrar esta versão no presente estudo.

intensidade (*Muitas vezes verdadeira; Às vezes verdadeira; Não verdadeira*), considerando os últimos 6 meses (Fonseca & Monteiro, 1999).

Através da aplicação do YSR é obtido um resultado total e resultados para seis escalas específicas, nomeadamente, o Comportamento Antissocial, Problemas de Atenção/ Hiperatividade, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas somáticas e Problemas de Pensamento. O YSR encontra-se aferido para a população portuguesa e apresenta boas qualidades psicométricas, sendo que os valores de alfa de Cronbach são “satisfatórios” para todas as escalas, variando entre 0.70 e 0.80, com exceção da escala de Queixas Somáticas (Fonseca & Monteiro, 1999).

### 3.3. Procedimentos

Para se realizar o presente estudo, foram contactados os diretores técnicos de Lares de Infância e Juventude, a quem foram apresentados os objetivos e a metodologia do estudo, tendo sido solicitada a sua autorização e participação. Foram garantidos os princípios éticos do anonimato e da confidencialidade dos dados pessoais, sendo atribuído um código de identificação para cada participante. Foi dada a informação de que a colaboração da criança ou adolescente no estudo seria voluntária e só se concretizaria após o seu consentimento prévio. O questionário sociodemográfico foi preenchido por elementos da equipa técnica e/ou equipa educativa, considerando que eram colocadas questões relativas ao acolhimento residencial. Posteriormente, realizou-se a marcação da aplicação do protocolo de forma a não prejudicar as atividades educativas e extracurriculares dos participantes e procedeu-se a aplicação do mesmo. A aplicação do protocolo foi individual e teve uma duração média de 45 minutos, dependendo de cada participante que, no geral, assumiu uma postura descontraída e colaborante nas sessões de avaliação.

Os resultados obtidos foram inseridos no programa IBM-SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0 para MAC, através do qual foram realizadas as análises estatísticas. A consistência interna foi calculada através do *Alfa de Cronbach*. Para análise da correlação entre as escalas do RATC e do YSR recorreu-se ao coeficiente de Pearson. Para comparação dos resultados nas subescalas do RATC da amostra forense com a população geral foram usados como referência os resultados do estudo de Canais (2012), recorrendo-se ao teste *t-Student* para uma amostra. Para calcular a diferença entre dois grupos etários e em função do sexo foi utilizado o teste *U de Mann Whitney* para amostras independentes.

## IV - Resultados

Os resultados das análises de dados conduzidas no presente estudo serão apresentados de seguida.

### 4.1. Análise das temáticas abordadas no RATC

Considerando que as designações dadas pelos autores a cada cartão refletem os temas principais que emergiram no estudo original, é fundamental analisar-se o conteúdo das histórias da amostra em estudo, tendo por

referência as categorias definidas por McArthur e Roberts (1990). Globalmente, os temas projetados pelas crianças e adolescentes em acolhimento residencial da amostra em estudo foram convergentes com as categorias originais, no entanto, há algumas diferenças a nível das temáticas das histórias (ver tabela 39, Anexo F).

No cartão 1, denominado “Confronto Familiar”, surgiram dois temas primordiais, sendo que um deles coincide com a amostra americana, nomeadamente as respostas relacionadas com a punição da criança (n=11; 31.4%); o outro tema emergente remete para o sentimento de tristeza (e.g., a criança está triste, a família está triste).

No cartão 2, que representa o “Suporte Materno”, a temática que mais surgiu reflete situações negativas experienciada pela criança, cuja mãe está a dar apoio/confortar, o que vai ao encontro das propostas do estudo original. Registaram-se duas recusas para este cartão.

No cartão 3, designado de “Atitude face à escola, as histórias abordam maioritariamente dificuldades na realização dos trabalhos de casa (n=16; 45.7%) e a recusa em estudar ou fazer os trabalhos da escola (n=12; 34.3%), o que é convergente com o manual do RATC.

No cartão 4, denominado “Suporte à Criança/Agressão”, surgiram algumas diferenças em relação ao estudo original, no qual a grande maioria dos participantes relata uma situação de acidente em que a criança se magoa e a outra pessoa presta auxílio ou pede ajuda. No presente estudo, 31.4% (n=11) das histórias também envolvem a prestação de ajuda à criança magoada; no entanto, surge ainda como tema relevante a não prestação de ajuda para a resolução da situação (n=9; 25.7%) e a morte da criança (n=7; 20%).

No cartão 5, designado por “Afeição Parental”, os temas obtidos são convergentes com os do estudo original, sendo que quase metade das histórias abordam felicidade e aceitação da criança perante a expressão de afeto entre os pais (n=16; 45.7%), resultados que se mostram superiores aos encontrados na amostra americana; contudo 17.1% (n=6) das histórias envolve a desaprovação da troca de afetos entre os pais.

No cartão 6, que representa uma “Interação Pares/Racial”, existe correspondência com o tema mais abordado no estudo original, com 42.9% (n=15) das crianças a referirem uma interação positiva com os pares. Existe ainda um número elevado de histórias relacionadas com a rejeição racial (n=11; 31.4%), sendo este valor mais elevado do que o encontrado no estudo original (11%).

No cartão 7, “Dependência/Ansiedade”, os temas mais abordados foram os pesadelos, a criança estar doente ou ter dificuldades em adormecer, que são convergentes com o registo pelos autores.

No cartão 8, denominado “Conferência Familiar”, a maioria das histórias aborda situações negativas, nomeadamente, o conflito parental (n=15; 42.8%) e a punição da criança (n=9; 25.7%). Surgem nesta prancha alguns temas que não são referenciados no Manual, nomeadamente, problemas financeiros e adoção. Destaca-se ainda a elevada percentagem de histórias que abordam conflitos entre os progenitores, contrariamente ao estudo original, em que em apenas 17% das histórias surge esta temática (Roberts, 1990).

No cartão 9, “Agressão Física”, 82.8% (n=29) das histórias incluem agressão entre pares; no entanto, contrariamente ao descrito no Manual, não emerge na presente amostra a resolução do conflito nem pelo próprio, nem por terceiros. Neste cartão registou-se ainda uma recusa para contar a história e surgem três histórias onde a agressão é negada.

No cartão 10, onde está subjacente a “Rivalidade Fraterna”, o sentimento de rejeição e os ciúmes são os mais prevalentes nas histórias elaboradas (n=14; 40%) seguidos da mera observação da mãe a prestar cuidados ao bebé (n=9; 25.7%) e a felicidade em ter um irmão (n=9; 25.7%). Os dados obtidos são diferentes da amostra recolhida por Roberts (1982; 1990), na qual prevalece a reação positiva à interação da mãe com o bebé e, quando implícitos sentimentos de rejeição, estes são resolvidos. Na amostra de crianças e jovens institucionalizados existem apenas duas histórias (5.7%) onde este sentimento negativo é resolvido pela criança e/ou por terceiros.

No cartão 11, denominado “Medo”, em quase metade das histórias foi narrado o medo sentido pela criança (n=17; 48.5%), despoletado por alguém ou alguma coisa. Neste cartão foram elaboradas algumas histórias com elementos atípicos, nomeadamente vampiros, lobisomens e múmias (n=6; 17.1%) e houve ainda 5.7% (n=2) de recusa em elaborar uma história, verbalizando que não sabiam o que dizer ou o que estava a acontecer nesta imagem. Relativamente à amostra americana, quase todas as histórias para esta prancha integram o sentimento de medo, porém não existem elementos atípicos, contando apenas com 3% de histórias onde este sentimento não é integrado.

No cartão 12, que representa o “Conflito Parental/Depressão”, registou-se diversidade nas histórias, sendo verbalizado conflito parental (n=7; 20%), doença ou morte de um familiar (n=7; 20%), tristeza dos elementos da família por causa de um problema (n=6; 17.1%), prestação de apoio à mãe por parte do pai (n=6; 17.1%), entre outros. Os temas emergentes neste cartão são convergentes com os do estudo original.

No cartão 13, “Agressão Desviada”, houve grande homogeneidade nas histórias com 97.1% (n=34) das crianças e jovens a descreverem expressão de raiva, mas sem indicação de qualquer resolução ou elaboração da emoção. Na amostra americana há referência à expressão de raiva em mais de metade das histórias, mas com indicação de resolução, autónoma ou com a intervenção de terceiros.

No cartão 14, “Estabelecimento de Limites”, a maioria das histórias aborda a situação em que a criança suja a parede e é castigada; no entanto, não é descrita qualquer explicação por parte da mãe relativamente ao motivo/função da punição (n=25; 71.4%). Na amostra americana, mais de metade das histórias elaboradas relatam a punição e o estabelecimento de limites por parte da figura materna, tal como no presente estudo, mas fornecendo uma explicação sobre a imposição ou castigo aplicado.

No cartão 15, que representa a “Nudez/Sexualidade”, 31.4% (n=11) das histórias descrevem um rapaz a observar uma rapariga ou uma mulher (que não a mãe ou irmã), que fica zangada com o comportamento; em 31.4% (n=11) das histórias o rapaz observa a mãe ou a irmã a tomar banho sem referência à resposta por parte da pessoa observada (e.g., fecha a porta e sai); em 14.3% (n=5) das histórias é expressa a curiosidade da criança pela nudez e em 11.4% (n=4) é verbalizado que o rapaz observa a rapariga a tomar banho porque está apaixonado por ela. Surgem ainda temas em que a “menina” está triste ou há uma distorção da idade da personagem que se encontra à porta, sendo verbalizado que é o pai a observar a filha (n=1; 2.9%) ou a mãe (n=1; 2.9%).

Por fim, no cartão 16 sobre “Suporte Parental”, o tema mais recorrente é a criança a mostrar um trabalho da escola, uma prova ou as notas ao pai (37.1%; n=13). Algumas histórias reportam interações negativas, nomeadamente a

rejeição por parte do pai (n=6; 17.1%) e a punição da criança (n=1; 2.9%). De destacar que no presente estudo surgiram duas histórias que integram outra personagem que não o pai, nomeadamente, o professor e o padrasto. No estudo original, são prevalentes as interações positivas entre o pai e filho(a), sendo que apenas em 11% das histórias representam uma interação negativa.

#### 4.2. Medidas descritivas das escalas do RATC

Relativamente às medidas descritivas, foram analisados os valores de Média e Desvio-padrão para cada uma das escalas Adaptativas e Clínicas, bem como para os Indicadores Cínicos (ver Tabela 3). Nas escalas adaptativas, o valor de média mais elevado registou-se na escala *Identificação de Problemas*, que tem também maior valor de dispersão (DP), e o valor de média mais baixo foi obtido na escala *Resolução-3*.

Nas escalas clínicas, *Problema Não Resolvido* foi a que registou maior valor de média e de desvio-padrão, e a escala *Rejeição* obteve o valor de média mais baixo (ver Tabela 3).

Por fim, o indicador clínico *Resposta Atípica* obteve a média e o desvio-padrão mais elevados, enquanto a *Recusa* registou o valor mais baixo.

**Tabela 3. Medidas descritivas das Escalas e Indicadores do RATC (n = 35)**

Escalas adaptativas	M	DP	Mínimo - Máximo
REL	1.57	1.52	0-6
SUP-O	3.94	1.98	1-8
SUP-C	0.43	0.61	0-2
LIM	1.83	1.72	0-7
PROB	9.94	3.13	3-15
RES-1	1.26	1.42	0-5
RES-2	2	1.82	0-7
RES-3	0.03	0.17	0-1
Escalas clínicas	M	DP	Mínimo - Máximo
ANX	3.91	1.84	1-8
AGG	4.83	2.16	1-9
DEP	2.77	1.88	0-6
REJ	2.54	2.01	0-9
UNR	7.54	2.66	1-12
Indicadores	M	DP	Mínimo - Máximo
ATY	1.89	1.51	0-6
MAL	1.06	1.16	0-4
REF	0.11	0.32	0-1

Legenda: REL=Pedido de Ajuda; SUP-O=Suporte aos Outros; SUP-C=Apoio à Criança; LIM=Estabelecimento de Limites; PROB=Identificação do Problema; RES-1=Resolução 1; RES-2=Resolução 2; RES-3= Resolução 3; ANX=Ansiedade; AGG=Agressão; DEP=Depressão; REJ=Rejeição; UNR=Problema Não Resolvido; ATY=Resposta Atípica; MAL=Resposta Maladaptativa; REF=Recusa;

Foram também analisadas as percentagens das cotações das três medidas suplementares do RATC, nomeadamente, o Índice de Funcionamento do Eu, o Índice de Projeção e o Índice de Agressão (ver Tabelas 4, 5 e 6).

Relativamente ao Funcionamento do Eu, 94.3% das crianças e jovens apresentam pelo menos uma história *Não Resolvida*, e 91.4% dão respostas

que cotam no nível *Moderadamente Estereotipada* (ver Tabela 4). No entanto, 80% dos participantes cota numa ou mais histórias como *Moderadamente Criativa*. É de salientar que 71.4% dos participantes apresenta pelo menos uma resposta *Bizarra*, ou seja, inclui elementos atípicos ou recusa total ou parcial do cartão. As percentagens mais baixas registam-se no nível história *Confusa* (8.6%) e *Exceccionalmente Criativa* (2.9%).

**Tabela 4. Índice de Funcionamento do Eu**

	Percentagem (%)
Bizarra/Atípica/Recusa	71.4
Perceção distorcida	54.3
Confusa	8.6
Não Resolvida	94.3
Extremamente estereotipada	57.1
Moderadamente estereotipada	91.4
Moderadamente criativa	80.0
Exceccionalmente criativa	2.9

Relativamente ao Índice de Projeção, grande parte dos participantes apresenta pelo menos uma história que cota na *Projeção de Sentimentos e Motivações* (91.4%) e 91.4% tem pelo menos uma *História Incompleta* (ver Tabela 5). Verifica-se que 82.9% das crianças e adolescentes elaboram pelo menos uma *História Incompleta com Sentimentos e Motivações Explicados*. O primeiro nível do Índice de Projeção, que integra a descrição de pessoas ou objetos apresenta uma percentagem relativamente baixa (11.4%), comparativamente com o nível de *descrição da ação* que apresenta um valor mais elevado (48.6%). O nível oito do Índice de Projeção, a *História Expandida*, regista uma percentagem muito baixa (2.9%).

**Tabela 5. Índice de Projeção**

	Percentagem (%)
Descrição de pessoas/objetos	11.4
Descrição da ação	48.6
Projeção da ação/conversaço	80.0
Projeção de sentimentos/motivação	91.4
História incompleta	91.4
História incompleta com sentimentos/pensamentos explicados	82.9
História completa	74.3
História expandida	2.9

Analisando os valores percentuais registados no Índice de Agressão, verifica-se que todos os participantes ( $N = 35$ ) integram pelo menos numa história no nível *Ataque Físico* a pessoas ou animais e 97.1% elabora pelo menos uma história no nível *Destruição de Objetos* (ver Tabela 6). Os níveis de Agressão mais elevados, associados a uma resposta adequada à agressão apresentam valores muito baixos, com apenas 17.1% dos participantes a cotar no nível *Gestão Adequada de Sentimentos Agressivos*, não surgindo nenhuma história cotada na *Resolução Criativa de Sentimentos de Agressão*. Mais de metade dos participantes (62.9%) elaborou uma história cotada na *Ansiedade sobre a Agressão* e 77.1% cotam no nível de *Ataque Verbal*. É importante



ressalvar que 60% dos participantes elaborou pelo menos uma história que integra uma *Resposta Socialmente Aceite à Agressão* (ver Tabela 6).

**Tabela 6. Índice de Agressão**

	Porcentagem (%)
Ataque físico	100
Ataque verbal	77.1
Destruição de objetos	97.1
Agressividade interiorizada	8.6
Deslocação da agressividade	31.4
Ansiedade sobre a agressão	62.9
Resposta socialmente aceite da agressão	60.0
Gestão adequada de sentimentos agressivos	17.1
Resolução criativa de sentimentos de agressão	0.0

### 4.3. Análise da Consistência interna das escalas do RATC

Para analisar a consistência interna para cada uma das escalas e indicadores do RATC recorreu-se ao Alfa de *Cronbach*, considerando-se os dezasseis cartões como itens de cada escala (ver tabela 12, Anexo D). Contrariamente aos autores do estudo americano que utilizaram o método *Split-Half*, para o presente estudo foi escolhida a medida estatística desenvolvida por Spearman e Brown por ser mais robusta. A metodologia utilizada no estudo original está sujeita a mais enviesamentos, pois o cálculo da consistência pode ser influenciado pela divisão dos itens, sendo necessária homogeneidade em todas as variâncias-covariâncias entre estes (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Segundo Pestana e Gageiro (2014) a consistência interna deve ser positiva e superior a 0.70 para que se possa considerar “boa” ou “muito boa”. Resultados que variem entre 0.60 e 0.70 indicam uma consistência “fraca” e inferiores a este são considerados “inadmissíveis”. Entre 0.70 e 0.80 a consistência é considerada “razoável”.

Considerando que este é um instrumento projetivo e que cada cartão tem uma probabilidade diferente de desencadear respostas que cotam nas diferentes escalas, foram sendo refinadas as análises, retirando itens para que se compreenda quais os cartões que efetivamente contribuem para cada escala. A consistência interna das várias escalas adaptativas, clínicas e indicadores clínicos no presente estudo varia entre -0.116 e 0.680 quando integrados todas as pranchas e entre 0 e 0.756, quando se excluem alguns cartões/itens, resultados que oscilam entre uma consistência “inadmissível” e “razoável” (ver tabela 13, Anexo D). As escalas que obtiveram valores de consistência satisfatória são o *Pedido de Ajuda* ( $\alpha=0.707$ ) e a *Identificação de Problemas* ( $\alpha=0.756$ ). Os valores mais baixos são observados nas escalas *Recusa* ( $\alpha=0$ ), *Resolução 3* ( $\alpha=0$ ), *Suporte aos Outros* ( $\alpha=0.426$ ), *Resposta Maladaptativa* ( $\alpha=0.514$ ) e *Resposta Atípica* ( $\alpha=0.522$ ). As escalas onde é observada uma subida considerável no coeficiente de consistência interna quando excluídos alguns itens são o *Pedido de Ajuda* que passa de um valor “inadmissível” ( $\alpha=0.468$ ) para um valor “razoável” ( $\alpha=0.707$ ) quando são eliminados os itens 1, 3, 5, 8, 9, 14, 15 e 16. Relativamente ao *Suporte aos Outros*, apesar da exclusão de 13 cartões, a consistência interna permanece igual, apresentando um valor “inadmissível”. De notar que no estudo original, no cálculo da consistência interna, as escalas *Suporte aos Outros* e *Apoio à Criança* são considerados juntamente. Na escala *Resolução-1*, após excluir os itens 1, 2, 4,

5, 15 e 16, a consistência interna passa de “inadmissível” para “fraca”, sendo que o mesmo acontece com a escala *Problema Não Resolvido* quando excluídas as pranchas 2, 3, 5, 7, 10, 11, 13 e 14 (ver tabela 13, Anexo D).

#### 4.4. Análise da validade convergente através das correlações entre as escalas do RATC e do YSR

Para o estudo de validade convergente, analisaram-se as correlações entre as escalas do RATC e do YSR através do coeficiente de *Pearson*. Segundo Cohen (1988 como citado em Filho & Júnior, 2009), uma correlação é moderada a partir de  $r = 0.300$ , resultados entre 0.300 e 0.490 constituem correlações médias ou moderadas e valores entre 0.500 e 1 são consideradas correlações fortes.

No presente estudo registaram-se correlações positivas moderadas entre a escala *Queixas Somáticas* (YSR) e a escala *Suporte aos Outros* e o indicador clínico *Resposta Maladaptativa* (RATC), e entre *Isolamento* (YSR) e *Estabelecimento de Limites* (RATC). Foram obtidas correlações negativas moderadas entre o indicador clínico *Recusa* do RATC com todas as dimensões do YSR, com exceção das *Queixas Somáticas* (ver Tabela 7).

**Tabela 7. Correlações de Pearson entre as escalas e indicadores do RATC e as escalas do YSR**

	Escala 1	Escala 2	Escala 3	Escala 4	Escala 5	Escala 6
Escalas						
Adaptativas						
SUP-O					0.337*	
LIM				0.318*		
Indicadores						
MAL					-0.377*	
REF	-0.447**	-0.398*	-0.360	-0.518**		-0.314*

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

Legenda: SUP-O=Suporte aos Outros; LIM=Estabelecimento de Limites; MAL=Resposta Maladaptativa; REF=Recusa; Escala 1=Problemas de comportamento; Escala 2=Problemas de Atenção/Hiperatividade; Escala 3=Ansiedade/Depressão; Escala 4=Isolamento; Escala 5=Queixas somáticas; Escala 6=Problemas de pensamento.

Não se obteve qualquer coeficiente de correlação moderado ou elevado entre as escalas clínicas do RATC e as dimensões do YSR.

#### 4.5. Análise das escalas e indicadores do RATC em função da Idade

Para analisar a influência da variável Idade, a amostra foi organizada em dois grupos etários, designadamente, um grupo de crianças com idade igual ou inferior a 13 anos e um grupo de jovens com idade superior a 14 anos. Os resultados nas várias escalas e indicadores clínicos do RATC foram comparados entre os dois grupos etários através da aplicação do teste não paramétrico *U de Mann Whitney* (ver Tabela 8). Registou-se apenas uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos etários, na escala *Resposta Atípica*. Tal como se pode observar na tabela 8 os participantes com idade inferior a 13 anos cotam mais na *Resposta Atípica* ( $M = 3.10$ ;  $DP = 1.85$ )

que os participantes com idade igual ou superior a 14 anos de idade ( $M = 1.40$ ;  $DP = 1.04$ ).

**Tabela 8. Comparação de Médias entre Diferentes Grupos Etários nas escalas e indicadores do RATC**

	≤13 anos	≥14 anos	<i>p</i>	Z	U
	( <i>n</i> = 10)	( <i>n</i> = 25)			
	M (DP)	M (DP)			
REL	1.50 (1.72)	1.60 (1.47)	0.790	-0.266	118.000
SUP-O	4 (2.45)	3.92 (1.82)	0.956	-0.055	123.500
SUP-C	0.60 (0.70)	0.36 (0.57)	0.302	-1.032	101.000
LIM	1.90 (1.91)	1.80 (1.68)	0.985	-0.019	124.500
PROB	9.50 (3.72)	10.12 (2.93)	0.673	-0.422	113.500
RES-1	1.10 (1.29)	1.32 (1.49)	0.789	-0.267	118.000
RES- 2	2.60 (2.32)	1.76 (1.56)	0.402	-0.838	102.500
RES- 3	0.10 (0.32)	0 (0)	0.114	-1.581	112.500
ANX	3.90 (1.97)	3.92 (1.82)	0.926	-0.092	122.500
AGG	4.40 (1.96)	5 (2.26)	0.495	-0.682	106.500
DEP	2 (1.56)	3.08 (1.94)	0.102	-1.634	81.000
REJ	2.30 (2.67)	2.64 (1.73)	0.289	-1.060	96.500
UNR	6.50 (3.17)	7.96 (2.37)	0.185	-1.324	89.000
ATY	3.10 (1.85)	1.40 (1.04)	0.009	-2.609	56.000
MAL	0.90 (1.29)	1.12 (1.13)	0.500	-0.674	107.500
REJ	0.10 (0.32)	0.12 (0.33)	0.868	-0.166	122.500

Legenda: REL=Pedido de Ajuda; SUP-O=Suporte aos Outros; SUP-C=Apoio à Criança; LIM=Estabelecimento de Limites; PROB=Identificação do Problema; RES-1=Resolução 1; RES-2=Resolução 2; RES-3= Resolução 3; ANX=Ansiedade; AGG=Agressão; DEP=Depressão; REJ=Rejeição; UNR=Problema Não Resolvido; ATY=Resposta Atípica; MAL=Resposta Maladaptativa; REF=Recusa;

#### 4.6. Análise das escalas e indicadores do RATC em função da variável Sexo

Para analisar a influência da variável Sexo compararam-se os resultados nas várias escalas e indicadores clínicos do RATC entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino através da aplicação do teste não paramétrico *U de Mann Whitney* (ver Tabela 9). Não se registaram diferenças significativas em nenhuma das escalas e indicadores do RATC.

**Tabela 9. Comparação de Médias entre Sexos para as escalas do RATC**

Escalas	Feminino	Masculino	U	Z	<i>p</i>
	( <i>n</i> = 16)	( <i>n</i> = 19)			
	M (DP)	M (DP)			
REL	1.94 (1.81)	1.26 (1.195)	123.000	-0.999	0.318
SUP-O	4 (2.221)	3.89 (1.823)	150.500	-0.050	0.960
SUP-C	0.38 (0.619)	0.47 (0.612)	137.000	-0.585	0.559
LIM	1.75 (2.113)	1.89 (1.370)	124.000	-0.950	0.342
PROB	10.13 (2.655)	9.79 (3.552)	149.000	-0.100	0.920
RES-1	1.06 (1.124)	1.42 (1.644)	143.000	-0.312	0.755
RES-2	2.06 (2.351)	1.95 (1.268)	137.500	-0.490	0.624

RES-3	0.06 (0.250)	0 (0)	142.500	-1.090	0.276
ANX	3.50 (2.160)	4.26 (1.485)	109.000	-1.442	0.149
AGG	4.94 (2.175)	4.74 (2.207)	136.500	-0.519	0.604
	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>			
<b>Escalas</b>	<b>(n = 16)</b>	<b>(n = 19)</b>	<b>U</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>M (DP)</b>	<b>M (DP)</b>			
DEP	2.69 (1.740)	2.84 (2.035)	149.500	-0.084	0.933
REJ	2.31 (2.210)	2.74 (1.939)	122.500	-0.995	0.320
UNR	7.56 (2.732)	7.53 (2.674)	147.500	-0.150	0.881
ATY	1.75 (1.183)	2 (1.764)	148.000	-0.137	0.891
MAL	0.88 (1.088)	1.21 (1.228)	128.000	-0.838	0.402
REF	0.13 (0.342)	0.11 (0.315)	149.000	-0.180	0.402

Legenda: REL=Pedido de Ajuda; SUP-O=Suporte aos Outros; SUP-C=Apoio à Criança; LIM=Estabelecimento de Limites; PROB=Identificação do Problema; RES-1=Resolução 1; RES-2=Resolução 2; RES-3= Resolução 3; ANX=Ansiedade; AGG=Agressão; DEP=Depressão; REJ=Rejeição; UNR=Problema Não Resolvido; ATY=Resposta Atípica; MAL=Resposta Maladaptativa; REF=Recusa;

#### 4.7. Comparação das médias obtidas nas escalas do RATC entre a amostra forense e dados de referência numa amostra da população geral

Para comparar os resultados da amostra em estudo com os da população geral usou-se como referência os valores de média obtidas por Canais (2012) na amostra da população geral que analisou no seu estudo, através do teste *t de Student* para uma amostra. Os valores médios na amostra da população geral variam entre 0 na escala de *Recusa* e 14.47 na *Identificação de Problemas*. No presente estudo variam entre 0.03 na escala de *Recusa* e 9.94 na *Identificação de Problemas* (ver Tabela 10).

Nas escalas Adaptativas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em quatro escalas, nomeadamente no *Suporte aos Outros* ( $t_{(34)}=4.212$ ;  $p<0.001$ ;  $d=0.83$ ), *Apoio à Criança* ( $t_{(34)}=-11.105$ ;  $p<0.001$ ;  $d=-1.0$ ), *Identificação de Problemas* ( $t_{(34)}=-8.547$ ;  $p<0.001$ ;  $d=-1.7$ ) e na *Resolução-2* ( $t_{(34)}=-27.478$ ;  $p<0.001$ ;  $d=-3$ ). Nas escalas Clínicas registaram-se diferenças significativas em todas as escalas com exceção da *Rejeição*. Nos Indicadores Clínicos obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas na *Resposta Maladaptativa* ( $t_{(34)}=5.027$ ;  $p<0.001$ ;  $d=1.17$ ) e na *Recusa* ( $t_{(34)}=2.095$ ;  $p=0.044$ ;  $d=0.48$ ) (ver Tabela 10).

Analisando as diferenças significativas, verifica-se que as crianças e adolescentes em acolhimento residencial apresentam resultados mais elevados na escala adaptativa *Suporte aos Outros*, enquanto a amostra da população geral tem valores superiores nas escalas *Suporte à Criança* e na *Identificação de Problemas*. Por outro lado, as crianças e adolescentes da amostra da população geral apresentam resoluções mais adequadas dos problemas (*Resolução-2*), enquanto os participantes em acolhimento residencial cotam mais na escala *Problema Não Resolvido*. Já nas escalas clínicas *Ansiedade*, *Agressão* e *Depressão* são observados resultados mais elevados na amostra da população geral. Nos indicadores do RATC, a amostra forense apresenta resultados estatisticamente mais elevados na *Resposta Maladaptativa* e na *Recusa* (ver Tabela 10).

**Tabela 10. Médias e desvios-padrão da amostra forense e da uma amostra da população geral**

	Amostra forense (n = 35)	Amostra da população geral de Canais (n = 30)	T (gl=34)	p
<b>Escalas Adaptativas</b>	M (DP)	M (DP)		
REL	1.57 (1.52)	1.10 (1.21)	1.835	0.075
SUP-O	3.94 (1.98)	2.53 (1.36)	4.212	0.000
SUP-C	0.43 (0.61)	1.57 (1.36)	-11.105	0.000
LIM	1.83 (1.72)	2.33 (1.49)	-1.721	0.094
PROB	9.94 (3.13)	14.47 (1.94)	-8.547	0.000
RES-1	1.26 (1.42)	1.50 (1.61)	-1.011	0.319
RES-2	2 (1.82)	10.43 (3.48)	-27.478	0.000
RES-3	0.03 (0.17)	0.07 (0.25)	-1.450	0.156
<b>Escalas Clínicas</b>	M (DP)	M (DP)		
ANX	3.91 (1.84)	4.80 (2.30)	-2.852	0.007
AGG	4.83 (2.16)	5.97 (2.42)	-3.123	0.004
DEP	2.77 (1.88)	4.03 (1.99)	-3.961	0.000
REJ	2.54 (2.01)	3.03 (1.63)	-1.437	0.160
UNR	7.54 (2.66)	3.97 (2.58)	7.944	0.000
<b>Indicadores</b>	M (DP)	M (DP)		
ATY	1.89 (1.51)	1.73 (1.02)	0.610	0.546
MAL	1.06 (1.16)	0.07 (0.25)	5.027	0.000
REF	0.11 (0.32)	0 (0)	2.095	0.044

Legenda: REL=Pedido de Ajuda; SUP-O=Suporte aos Outros; SUP-C=Apoio à criança; LIM=Estabelecimento de Limites; PROB=Identificação do Problema; RES-1=Resolução 1; RES-2=Resolução 2; RES-3= Resolução 3; ANX=Ansiedade; AGG=Agressão; DEP=Depressão; REJ=Rejeição; UNR=Problema Não Resolvido; ATY= Resposta Atípica; MAL=Resposta Maladaptativa; REF=Recusa;

## V - Discussão

No estudo de validação para a população portuguesa realizado em 1999 por Gonçalves et al., é destacada a escassez de estudos realizados com o RATC a nível nacional, ainda que esta prova projetiva seja reconhecida como importante na avaliação de crianças e adolescentes. O RATC, enquanto técnica projetiva, integra uma multiplicidade de indicadores clínicos e adaptativos e as respostas geradas pelas crianças/jovens refletem crenças e experiências de vida e não só meras descrições perante a exposição aos estímulos (McArthur & Roberts, 1982). Com a construção do RATC procurou-se colmatar algumas das limitações apontadas a outras técnicas projetivas, nomeadamente um sistema de cotação objetivo e a capacidade de análise das propriedades psicométricas. Atendendo à utilização do RATC em contexto de avaliação psicológica de crianças e jovens em acolhimento residencial em Portugal, desenvolveu-se o presente estudo para contribuir para a validação desta prova projetiva.

Inicialmente, procurou-se realizar uma análise qualitativa das temáticas abordadas em cada cartão-estímulo, tendo como ponto de o estudo original e as indicações dadas no Manual do RATC. De notar que as amostras se inserem em contextos culturais e geográficos distintos. Analisando as temáticas mais

abordadas para cada cartão, verifica-se que, de uma forma global, as histórias elaboradas pelas crianças e jovens em acolhimento residencial integram mais sentimentos negativos e problemas identificados sem qualquer resolução. Os cartões onde foi observada maior convergência das temáticas da amostra forense com a amostra americana foi no cartão 6 (“Interação Pares/Racial”), 7 (“Dependência/ansiedade”), 12 (“Conflito Parental/Depressão”) e no 15 (“Nudez”). Registaram-se resultados mais divergentes entre as duas amostras no cartão 4 (“Suporte à Criança/Agressão”), no cartão 10 (“Rivalidade Fraterna”) e no cartão 13 (“Agressão Desviada”), pois apesar das temáticas trazidas serem semelhantes, a distribuição dos resultados é bastante diferente. Da análise das temáticas referidas pelas crianças e adolescentes em acolhimento residencial verifica-se que houve uma maior homogeneidade nas histórias dos cartões 9 (“Agressão Física”), 13 (“Agressão Desviada”) e 14 (“Estabelecimento de Limites”). Estes resultados podem resultar do facto destes cartões terem sido elaborados especificamente para suscitar a evocação/expressão de agressividade em crianças e jovens (McArthur & Roberts, 1982). Os cartões onde se verificou uma maior dispersão e diversidade de respostas, cartão 4 (“Suporte à Criança/Agressão”), 12 (“Conflito Parental”) e 16 (“Suporte Parental”) estão associados a recursos individuais das crianças e jovens e ao seu percurso de vida e experiências passadas, não havendo um tema tão expresso nos estímulos apresentados. Analisando especificamente cada cartão, no 1, designado de “Confrontação familiar”, há uma maior percentagem de histórias onde existe a punição da criança e a tristeza associada à separação de alguma pessoa significativa, resultados convergentes com a amostra americana (Roberts, 1990). No cartão 2, onde a temática subjacente é o suporte materno, os resultados obtidos foram igualmente convergentes com a amostra americana, sendo que a maior parte das histórias aborda o suporte materno; no entanto é de destacar a referência à saudade (n=4) e à morte de um dos pais (n=4) por parte das crianças institucionalizadas. No cartão 3, direccionado para a atitude face à escola, as dificuldades escolares e a falta de interesse pela escola foram os temas mais abordados, de forma convergente com o estudo original.

No cartão 4, denominado de “Suporte à criança/agressão”, as histórias construídas dividem-se entre a prestação de auxílio e a incapacidade para resolver ou ajudar a criança que se encontra magoada. Surgem ainda sete histórias que terminam com a morte da criança e duas que integram o suicídio como tema central. Estes resultados divergem do estudo original (Roberts, 1990) onde é manifesto o pedido de ajuda perante a situação problemática com que a criança se depara ou a prestação de auxílio em 72% das histórias. A diferença no pedido de ajuda que surge de forma incipiente nas crianças institucionalizadas pode resultar da sua história de vida, em que aprenderam que estão por sua conta, não havendo uma figura cuidadora de referência. No cartão 5, nomeado de “Afeição parental”, a grande maioria das histórias contadas pelas crianças e jovens institucionalizados expressa sentimentos positivos perante a manifestação de afeto entre os cuidadores (n=16; 45.7%), sendo este um resultado consideravelmente superior em relação à amostra americana (29%) (McArthur & Roberts, 1990). No cartão número seis, onde é evidente a interação entre pares/racial, as histórias dividem-se maioritariamente por duas temáticas opostas, ou seja, uma parte integra uma interação positiva entre pares (e.g., brincar, conversar, combinar algo) e outra aborda a rejeição racial e o *bullying*. Conclui-se que existe negação do problema ou distorção do tema subjacente em quase metade dos participantes,

podendo este ser um mecanismo de defesa. Este foi um estímulo construído para despoletar uma resposta de agressão, porém cerca de metade das crianças e jovens da amostra negaram a existência desta problemática. Podemos explicar este comportamento pela dificuldade em lidar ou dar resposta ao problema, negando a sua existência (McArthur & Roberts, 1990). A falta de recursos dos jovens em acolhimento residencial pode ser uma explicação para esta atitude defensiva e de evitamento do problema (Canais, 2012). No cartão 7 designado de “dependência/ansiedade, destaca-se que para além dos pesadelos, surgem algumas histórias onde as crianças ressaltam a dificuldade/distúrbios no sono e durante a aplicação do protocolo, este foi o cartão com que as crianças mais se identificaram (e.g., “este sou eu sem conseguir dormir”; “às vezes demoro muito para adormecer”). As perturbações de sono são uma das problemáticas mais prevalentes entre crianças e jovens em acolhimento residencial que foram vítimas de maus tratos (Camacho, 2012). Na presente amostra, as dificuldades no sono foram verbalizadas por diversas crianças e jovens podendo ser uma consequência da experiência de maus tratos (ISS, IP, 2005). Estas podem relacionar-se ainda com o abandono da sua habitação e do seu espaço e com a falta de privacidade a que estão sujeitos nas instituições. No cartão 8, relacionado com uma “Conferência familiar”, grande parte das histórias indicam um conflito parental (n=15; 42.8%), uma interação negativa familiar ou a punição da criança (n=9; 25.7%), resultados distintos da amostra americana, sendo que nesta última foram obtidas mais histórias que abarcam interações positivas e menos narrativas sobre conflitos parentais (Roberts, 1990). No cartão 9, onde está subjacente o tema da agressão física, grande parte dos jovens aborda a agressividade entre pares, no entanto, e contrariamente ao encontrado por Roberts (1990), não existe uma resolução autónoma do problema, pelo contrário, existem comportamentos que mantém ou pioram o problema. Existe ainda um caso de recusa, que reflete o evitamento do tema (McArthur & Roberts, 1982). No cartão 10, intitulado de “Rivalidade fraterna”, as histórias dividem-se entre mera descrição da prestação de cuidados da mãe ao bebé e no sentimento de rejeição experienciado pela criança, sendo apenas incluído numa das histórias uma interação positiva com o bebé (e.g., dar carinho) e nove onde existe expressão de sentimentos positivos (e.g., contente por ter um irmão). No cartão 13, designado de “Agressão desviada”, na amostra americana prevalece a resolução adequada dos sentimentos de agressão, enquanto na presente amostra de crianças/jovens em acolhimento residencial a maioria das histórias envolve a expressão de raiva perante alguma pessoa ou acontecimento de vida sem qualquer resolução. No cartão 15, associado à nudez/sexualidade, as respostas recolhidas dividem-se entre a mera descrição do cartão, a curiosidade da criança e a interrupção do comportamento da criança por parte de um adulto. No último cartão, onde o autor destacou o suporte parental, a maioria das histórias aborda uma interação positiva com a figura paterna.

Relativamente à consistência interna, dois dos estudos com o RATC realizados a nível nacional não integram o cálculo desta, nomeadamente o estudo de Gonçalves et al. (1999) e o de Canais (2012). A maioria dos estudos internacionais também não fazem a análise das qualidades psicométricas do RATC. No entanto, calcular a consistência interna é essencial para a aceitação e disseminação de um instrumento na comunidade académica e na prática profissional (Maroco & Garcia-Marques, 2006). No presente estudo foi utilizado o *Alfa de Cronbach* para estabelecer o coeficiente de consistência

interna, pois esta é a medida estatística mais disseminada e aceita e fornece uma estimativa adequada da consistência interna (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Os valores obtidos no presente estudo oscilaram, segundo a categorização de Pestana e Gageiro (2014), entre resultados “inadmissíveis” e “razoáveis”, após a exclusão de alguns itens. No presente estudo as escalas que parecem convergir mais no contributo dos diferentes cartões são: *Pedido de Ajuda e Identificação de Problemas*. No estudo de McArthur e Roberts (1982), as escalas que apresentam uma consistência aceitável são *Estabelecimento de Limites*, *Problema Não Resolvido*, *Resolução 2 e 3*, *Identificação de Problemas* e *Suporte*. De destacar que os as escalas *Suporte aos Outros* e *Apoio à Criança* foram agrupadas como uma só escala. Para além disso, o método utilizado para calcular o coeficiente de consistência Interna foi distinto do presente estudo, sendo que os autores utilizaram o *Split-Half* (McArthur & Roberts, 1982). Na escala adaptativa *Pedido de Ajuda* verifica-se que oito dos cartões contribuem para medir o mesmo constructo, ou seja, avaliam o pedido de ajuda a terceiros para a resolução de um problema. Os cartões que mais contribuem para esta escala são as 2, 4, 6, 7, 10, 11, 12 e 13. Em contraste, no estudo original, a consistência interna desta escala foi “inadmissível” ( $\alpha=0.48$ ), o que é concordante com os dados obtidos no estudo de Alberto (1999), onde a consistência desta escala é ainda mais baixa ( $\alpha=0.29$ ). No cartão 4 “Suporte à Criança”, 11 das histórias (31.4%) integraram a solicitação de auxílio a um adulto para pois uma das crianças sofreu um acidente ou está doente. Relativamente à escala de *Identificação de Problemas*, no estudo de McArthur & Roberts (1982) é observada uma consistência interna “razoável”, tal como no presente estudo, sendo que as pranchas 3, 5, 6, 10, 12, 13 e 16 são as que apresentam maior correlação com a escala. No *Suporte aos Outros*, os itens que registam valores mais elevados de correlação com a escala total e que asseguram um maior valor de alfa são os cartões 1, 2 e 5. No caso da escala *Apoio à Criança* foi obtida um coeficiente de consistência interna “inadmissível”. No que respeita à consistência interna das escalas *Suporte aos Outros* e *Apoio à Criança* é necessário considerar que para cada história apenas pode ser cotada uma das escalas, mesmo que ambas estejam presentes, tendo de se optar pela que é considerada como mais representativa, o que pode estar a influenciar os resultados nos estudos de precisão. Denote-se que estas escalas são qualitativamente diferentes, ou seja, avaliam aspetos diferentes (McArthur & Roberts, 1982), pelo que seria importante registar a cotação das duas escalas quando surgem em simultâneo. Os cartões 1, 2, 3, 7, 9, 12, 14, 15 e 16 foram os que mais se correlacionaram com a escala *Estabelecimento de Limites*. No cartão 1 que corresponde à temática “Confronto Familiar”, 11 das histórias integram uma reprimenda e/ou castigo definido pela figura materna. Tal como acontece para o cartão 14 “Estabelecimento de Limites”, em que 25 das histórias (71.4%) integram a imposição de regras à criança.

A *Resolução-1* reflete a tendência para resolução de problema ou sentimento de forma não realista, ou seja, o problema deixa de existir e surge um “final feliz” sem qualquer explicação do processo de resolução, sendo que foi obtido um coeficiente de alfa “fraco” para esta escala, tal como se verifica no estudo original (McArthur & Roberts, 1982). A *Resolução-2* que mede a capacidade da criança ou jovem articular uma resolução para os problemas e conflitos de forma adequada e tal articulação ocorreu mais nos itens 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 16, sendo observado um alfa “fraco”, contrariamente ao coeficiente obtido no estudo original que se apresenta como muito bom.



No entanto, é de salientar que a cotação nesta escala é muito mais baixa na amostra de crianças e jovens em acolhimento residencial do que no estudo original. Na *Resolução-3* o Alfa de *Cronbach* é igual a 0, pois não foram obtidas na amostra em estudo cotações nesta escala que traduz resoluções construtivas que vão para além da solução do problema no imediato. Este tipo de resposta pressupõe uma atitude de resolução construtiva do problema que vai para além da situação problemática no imediato, resultando num comportamento e/ou atitude de resolução sistemática. Segundo o autor da prova projetiva, este tipo de resolução é mais comum em jovens mais velhos e que apresentem um leque de competências sociais e pessoais (McArthur & Roberts, 1990). Na presente amostra, as crianças e jovens apresentam dificuldade na resolução de problemas que pode estar associada à não identificação e conhecimento dos seus próprios sentimentos, conflitos e capacidades, que interfere com a discriminação dos passos necessários para resolver conflitos (Canais, 2012), devendo ponderar-se ainda os modelos de resolução de problemas partilhados no contexto familiar e que não são os mais ajustados.

Na escala clínica *Ansiedade* verificou-se que os cartões que contribuem para a consistência interna da escala são o 1, 2, 7, 9, 10, 11 e 12, mas resultando num coeficiente “fraco”. Na escala de *Agressão* foram mantidos 11 dos 16 itens no cálculo da consistência interna, o que significa que na maioria dos cartões foram evocados conteúdos relacionados com a expressão de agressividade. Na escala de *Depressão* a consistência obtida mesmo após a exclusão de seis itens foi “fraca”. Na consistência da escala clínica *Rejeição* verificou-se um alfa igualmente “fraco”, sendo que os itens 1, 3, 5, 7, 8, 10, 12, 15 e 16 foram os que se correlacionaram mais fortemente com esta escala. No item 10 por exemplo, denominado de “Rivalidade Fraternal” em 14 das histórias elaboradas (40%) estão subjacentes temas como a separação, ciúmes, inveja ou sentimentos de exclusão.

Relativamente aos indicadores do RATC, a *Resposta Atípica* e a *Resposta Maladaptativa* apresentaram uma consistência fraca e na *Recusa* observa-se um coeficiente “inaceitável”. No estudo de McArthur e Roberts (1982) não foi avaliada a consistência dos indicadores clínicos, o que se deve à baixa frequência de cotação.

Globalmente analisados, a amostra forense em estudo registou valores de consistência interna mais baixos que a amostra original (McArthur & Roberts, 1982).

Na análise comparativa entre a amostra forense e os dados de referência da amostra da população geral do estudo de Canais (2012) registaram-se diferenças estatisticamente significativas em quatro escalas adaptativas, nomeadamente no *Suporte aos Outros*, *Apoio à Criança*, *Identificação de Problemas* e na *Resolução-2*, nas escalas clínicas, com exceção da *Rejeição* e nos Indicadores Clínicos *Resposta Maladaptativa* e *Recusa*. As crianças e adolescentes em acolhimento residencial obtiveram valores superiores na escala adaptativa *Suporte aos Outros*, enquanto a amostra da população geral tem valores superiores nas escalas *Apoio à Criança* e na *Identificação de Problemas*. As crianças e adolescentes da amostra da população geral apresentam resultados superiores na *Resolução-2*, enquanto os participantes da presente investigação cotam mais na escala *Problema Não Resolvido*. Já nas escalas clínicas *Ansiedade*, *Agressão* e *Depressão* são observados resultados mais elevados na amostra da população geral. Nos indicadores do

RATC, a amostra forense apresenta resultados estatisticamente mais elevados na *Resposta Maladaptativa* e na *Recusa*.

Na escala *Suporte aos Outros*, no presente estudo foram obtidos valores superiores quando comparados com a amostra geral. Esta é uma escala que reflete a capacidade da criança ou jovem em prestar apoio emocional ou material aos outros. Tais resultados podem estar associados ao elevado tempo de institucionalização, ou seja, apesar do contexto familiar desorganizador, de instabilidade e imprevisibilidade promotor de insegurança e desconforto de onde as crianças provêm, estes podem ser minimizados quando as instituições e os profissionais promovem a estabilidade e segurança da criança e promovem a expressão de sentimentos positivos, tais como a gentileza, empatia e assumem uma postura de compreensão e partilha, que permita à criança alcançar um desenvolvimento global adequado e aquisição de competências pessoais e sociais (Alberto, 2002). Nas escalas *Identificação de Problemas* e *Resolução-2* os dados obtidos são superiores na amostra da população geral (Canais, 2012) e na escala clínica *Não Resolvido* registam-se resultados mais elevados na amostra de crianças e jovens institucionalizados. No tipo de resolução, a amostra da população geral manifesta maior capacidade de resolução dos problemas, contrariamente às crianças e jovens da amostra forense recolhida, que regista valores superiores na *Resolução-1* e na escala *Não Resolvido*. Estes dados vão ao encontro dos resultados do estudo original onde se verificou que crianças da amostra clínica apresentam normalmente menos maturidade cognitiva para resolver rápida e eficazmente os problemas com que se defrontam (McArthur & Roberts, 1982).

Ainda associado com o tipo de resposta dada aos problemas, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na *Resposta Maladaptativa*, com as crianças e jovens em acolhimento residencial a obterem valores mais elevados que a amostra da população geral (Canais, 2012), o que significa que indicam estratégias de resolução desajustadas que constituem em si mesmas mais um problema. Estas dificuldades podem resultar da sua história de vida, do seu enquadramento em contextos familiares pouco estimulantes e com pais/cuidadores que detinham poucos recursos para dar resposta às suas necessidades, não permitindo à criança o desenvolvimento de estratégias de  *coping*  e de resolução de problemas eficazes (Alberto, 2010). No estudo de Gonçalves et al. (1999) foram obtidas diferenças significativas entre a amostra clínica e a amostra normativa, sendo que as diferenças estão associadas às variáveis de resolução de problemas, pois a amostra da população geral obteve resultados mais elevados em respostas adequadas aos problemas identificados nas histórias (RES-2), contrariamente à amostra clínica que indica mais “ *finais felizes* ” onde não é apresentada qualquer explicação da resolução do problema (RES-1) ou então fica por resolver (UNR) o problema e/ou sentimento. Genericamente analisados, os resultados obtidos vão ao encontro do reportado por McArthur & Roberts (1982) de que crianças ajustadas apresentam valores mais elevados nas escalas adaptativas do que nas escalas clínicas comparativamente à amostra clínica (McArthur & Roberts, 1982), sendo a escala adaptativa *Suporte aos Outros* a única onde se verificam resultados superiores para a amostra forense no presente estudo. Já os indicadores clínicos refletem maior capacidade discriminativa e foram identificados resultados mais elevados na *Resposta Atípica* para a amostra de crianças e jovens em acolhimento residencial, que envolve a distorção do tema, agressividade elevada e inapropriada, pensamento ilógico e negação do tema sugerido (e.g., negar a agressão no cartão 9) que pode funcionar como

indicador de patologia. Alberto (1999) encontrou diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras (de vítimas de maus tratos e da população geral) nas escalas de *Apoio à Criança* e *Resolução-1*, onde são observados valores mais elevados na amostra clínica, enquanto na escala adaptativa *Suporte aos Outros* a amostra da população geral apresenta resultados mais elevados.

A *Recusa* registou um valor baixo no presente estudo, no entanto é um resultado elevado atendendo às cotações esperadas, sendo identificadas duas recusas no cartão 2 denominado de “Suporte Materno”, uma no cartão 9 “Agressão Física” e duas no cartão 11 “Medo”. Considerando que os temas centrais destes cartões, suporte materno, agressão e medo, são problemas amplamente identificados na população infantil e juvenil em acolhimento residencial, a recusa pode refletir uma postura defensiva, numa tentativa de evitar enfrentar de forma concreta esses temas/problemas.

Nas escalas clínicas *Ansiedade*, *Agressão* e *Depressão*, onde nos estudos anteriores não foram identificadas diferenças significativas (Alberto, 1999; Canais, 2012; Gonçalves et al., 1999), nesta investigação foram encontrados resultados superiores para a amostra da população geral comparativamente com a amostra forense. Estes resultados podem estar associados ao facto do RATC não ter sido desenvolvido para fins de identificação de sintomatologia, mas para a avaliação do funcionamento adaptativo, sendo que estas escalas apesar da sua denominação não diferenciam sintomatologia ansiógena, depressiva ou problemas de agressividade, sendo necessária a utilização de outros instrumentos de avaliação psicológica para esse fim. Os valores obtidos podem dever-se ao facto de as escalas não refletirem efetivamente sintomatologia, por exemplo, a escala “ansiedade” é cotada na presença de identificação de doença, acidentes e/ou remorsos, e não necessariamente na expressão de sintomatologia ansiógena. No caso da agressão, esta é uma resposta que tem diversas variantes e pode ser cotada mesmo na forma construtiva ou socialmente aceite da expressão de cólera. E, por fim, no caso da depressão, esta escala é cotada na presença de sentimentos de tristeza e aborrecimento, emoções estas experienciados por todas as pessoas perante situações negativas e não necessariamente na presença de sintomatologia depressiva, mas sim como uma resposta normativa (Alberto, 1999; McArthur & Roberts, 1982; Roberts, 1990).

No que respeita à validade convergente, analisando as correlações encontradas entre as escalas e indicadores do RATC e as escalas do YSR, registam-se correlações negativas moderadas entre o indicador clínica *Recusa* do RATC e *Problemas de Comportamento*, *Problemas de Atenção/Hiperatividade*, *Ansiedade/Depressão*, *Isolamento* e *Queixas Somáticas* do YSR. Estes resultados mostram que perante uma maior tendência para a *Recusa*, que traduz maior defensividade, menor é a probabilidade de identificação em si próprio de problemas concretos. Além disso, registou-se uma correlação negativa moderada entre a escala *Queixas Somáticas* do YSR e *Resposta Maladaptativa* do RATC. Considerando que a *Resposta Maladaptativa* se associa essencialmente a sintomatologia externalizante, compreende-se a correlação negativa com as queixas somáticas, que traduzem sintomatologia internalizante. A escala *Queixas Somáticas* correlacionou-se moderada e positivamente com o *Suporte aos Outros*, podendo esta correlação estar associada com a presença de uma resposta de apoio e ajuda perante a presença de problemas físicos, nomeadamente, de uma mãe que cuida do filho quando este está com febre ou

presta simplesmente apoio emocional durante o período de recuperação de um problema de saúde. Esta é uma resposta normativa e adaptativa, pois perante a identificação de mais problemas de saúde, existem mais respostas de apoio por parte de terceiros.

Considerando as medidas suplementares, para o *Índice de Funcionamento do Eu*, na amostra clínica recolhida por McArthur e Roberts (1982) registaram-se mais respostas *distorcidas* ou *moderadamente perturbadas*, comparativamente com a amostra de crianças bem ajustadas que apresentam histórias mais criativas. Os resultados obtidos neste estudo vão ao encontro do estudo americano. O *Índice de Funcionamento do Eu* foi construído a partir do pressuposto de que se o estímulo projetivo for adequado irá suscitar na criança uma resposta que integra a sua percepção imediata do estímulo em articulação com a informação resultante de experiências pessoais. Das histórias recolhidas pode-se concluir que grande parte das crianças e jovens institucionalizados contam pelo menos uma história não resolvida e 22.9% apresenta quatro ou mais histórias sem resolução. Todos os jovens têm pelo menos uma história *Moderadamente estereotipada*, ou seja, descrevem o estímulo e apenas acrescentam dois ou três elementos diferenciadores ou qualitativos (McArthur & Roberts, 1982). Relativamente às histórias criativas, apenas 2.9% (n=1) contou uma história excecionalmente criativa e 34.3% elaborou uma história moderadamente criativa. Esta falta de complexidade na elaboração das histórias pode estar associada a um menor desenvolvimento da aptidão verbal encontrado em crianças e jovens institucionalizados (Torres et al., 2012). De destacar que 31.4% obteve uma história cotada como atípica envolvendo elementos bizarros ou que integram a morte da personagem principal. Surgiram algumas histórias moderadamente criativas, o que é um indicador positivo; no entanto, as histórias incompletas ou sem resolução são as mais prevalentes. É comumente identificado em diversos estudos, que crianças vítimas de maus tratos apresentam uma autoestima mais baixa e uma ativação emocional elevada, sendo que não apresentam confiança nas suas capacidades o que as impede muitas vezes de progredir e ser persistentes na resolução de um problema (Camacho, 2012). Daí que elaborem muito pouco as histórias que constroem para cada cartão.

Relativamente ao *Índice de Agressão*, os autores concluíram no estudo original que a expressão da agressão nas crianças da amostra clínica era mais destrutiva enquanto as crianças bem ajustadas procuravam dar respostas construtivas em relação a situações agressivas. A medida suplementar *Nível de Agressão* avalia a capacidade da criança para lidar com uma situação que incita a algum tipo de resposta agressiva e o RATC é sensível à direção da agressão, à ansiedade provocada por uma resposta agressiva e ao nível de controlo de impulsos agressivos das crianças (McArthur & Roberts, 1982). Destaca-se o facto de que a agressão física, verbal e destruição de objetos serem temas recorrentes nas histórias elaboradas pelas crianças e jovens institucionalizados desta amostra. Verificou-se que 34.3% (n=12) elaboraram histórias onde lidam com a agressão de uma forma socialmente aceite; no entanto, 40% das crianças da amostra em estudo não foi capaz de elaborar uma única história onde as personagens lidassem de forma adequada com a agressividade. Relativamente à ansiedade perante a agressão, mais de metade dos jovens (62.9%) contam uma história em que expressam inveja, raiva, agressão passiva ou agressão nos sonhos. As crianças expostas a situações de violência e conflito tendem a apresentar mais problemas de ajustamento, défices nas competências sociais, menor capacidade de resolução de

problemas, agressividade e temperamento difícil (Alberto, 2002; Alberto, 2012; Canais, 2012; Padmaja et al., 2014). Por outro lado, quando a criança está exposta de uma forma sistemática a situações de violência, corre o risco de a aceitar como uma forma efetiva de obter poder e controlo sobre os outros, tolerando com maior facilidade a agressividade e agindo mais frequentemente desta forma, quer com os pares, quer com os adultos, favorecendo a transmissão da violência de geração em geração (Magalhães, 2002; Papalia, Olds e Feldman, 2006).

Por último, o *Nível de Projeção* avalia a capacidade de elaboração cognitiva da criança e vai desde a elaboração de uma história descritiva até à elaboração de uma história integrada. Destaca-se o facto de 91.4% dos jovens contarem pelo menos uma história incompleta e 54.3% elaboram pelo menos quatro histórias sem antecedentes ou final e sem qualquer explicação dos sentimentos e motivações e 25.4% dos jovens não elabora nenhuma história completa. Estes resultados podem ser explicados pela exposição a contextos familiares e/ou escolares pouco estimulantes e à baixa escolaridade dos seus pais/cuidadores, o que tem grande influência no desenvolvimento lexical e fonológico nas crianças (Scopel, Souza, & Lemos, 2012). No estudo original, no *Nível de Projeção* foi possível observar que as crianças bem ajustadas contavam histórias mais elaboradas e com um maior nível de complexidade, em comparação com as crianças da amostra clínica que deram oito vezes mais respostas descritivas (McArthur & Roberts, 1982).

## VI - Conclusões

A avaliação de crianças e jovens em acolhimento residencial no âmbito do sistema de proteção é fundamental, para se poder conhecer o seu funcionamento pessoal, quer a nível das fragilidades quer das competências e recursos. Só assim é possível promover um plano de intervenção que permita o desenvolvimento e o bem-estar destas crianças, que se constitua como um projeto de vida útil e ajustado.

A avaliação psicológica deve recorrer a várias fontes e metodologias, sendo as provas projetivas um recurso útil, uma vez que tem menor suscetibilidade à influência da desejabilidade social e à postura de defesa da criança. O RATC é um teste que tem sido usado em Portugal, mas a investigação relativamente às suas propriedades é escassa.

O presente estudo constitui um contributo fundamental para a utilização do RATC na avaliação psicológica de crianças e jovens em acolhimento residencial, ao avaliar as qualidades psicométricas deste teste projetivo. Tanto no estudo de Gonçalves et al. (1999), como no de Canais (2012), não foi avaliada a consistência interna.

Na análise da consistência interna foram obtidos resultados que variam entre 0 e 0.756, quando se excluem alguns cartões, resultados que oscilam entre uma consistência “inadmissível” e “razoável”, destacando-se as escalas *Pedido de Ajuda* ( $\alpha=0.707$ ) e a *Identificação de Problemas* ( $\alpha=0.756$ ) onde foram obtidos valores de consistência satisfatórios.

Na validade convergente com o YSR registaram-se correlações positivas moderadas entre a escala *Queixas Somáticas* (YSR) e a escala *Suporte aos Outros* e o indicador clínico *Resposta Maladaptativa* (RATC), e entre *Isolamento* (YSR) e *Estabelecimento de Limites* (RATC). Foram obtidas

correlações negativas moderadas entre o indicador clínico *Recusa* do RATC com todas as dimensões do YSR, com exceção das *Queixas Somáticas*.

Na comparação dos resultados da amostra recolhida na presente investigação com a amostra da população geral de Canais (2012) verificou-se que as crianças e adolescentes em acolhimento residencial apresentam resultados mais elevados na escala adaptativa *Suporte aos Outros*, enquanto a amostra da população geral tem valores superiores nas escalas *Apoio à Criança* e na *Identificação de Problemas*. Contrariamente, as crianças e adolescentes da amostra da população geral apresentam resultados superiores na *Resolução-2*, enquanto os participantes da presente investigação cotam mais na escala *Problema Não Resolvido*. Já nas escalas clínicas *Ansiedade*, *Agressão* e *Depressão* são observados resultados mais elevados na amostra da população geral. Nos indicadores do RATC, a amostra forense apresenta resultados estatisticamente mais elevados na *Resposta Maladaptativa* e na *Recusa*.

Este estudo comporta algumas limitações relacionadas com a amostra, nomeadamente o reduzido número de participantes ( $N = 35$ ). Estudos posteriores serão necessários ao nível das várias escalas do RATC, da sua consistência interna e análise fatorial. Uma outra limitação prende-se com o facto de a cotação dos protocolos ter sido realizada por uma única pessoa, sendo importante para os estudos futuros que se avalie o acordo interavaliadores. Além disso, a matriz interpessoal não foi analisada pela complexidade e dificuldade que acarreta, no entanto, em estudos de caso e na prática clínica esta pode ser uma fonte de informação importante para perceber as relações e qualidade destas no contexto da criança e para uma melhor compreensão da sua rede de suporte e dos resultados obtidos no instrumento. Em estudos futuros será importante usar o Roberts 2, analisar as qualidades desta versão e averiguar da sua utilidade clínica como substituo do RATC.

A validação de instrumentos de avaliação psicológica é um processo que nunca está concluído ou finalizado, pelo que todos os estudos são importantes. Dado o potencial dos testes projetivos na avaliação de crianças e jovens e, mais especificamente do RATC, a validação deste para a população portuguesa seria uma mais-valia.

### Bibliografia

- Acherman, M. J. (2010). *Essentials of Forensic Psychological Assessment: Second Edition*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Alberto, I. (1999). *Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e suas consequências psicológicas em crianças e adolescentes vítimas de maltrato*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Alberto, I. (2002). “Como pássaros em gaiolas”? Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. In C. Machado, & R. A. Gonçalves (Coords.), *Violência e vítimas de crimes*. Vol. 2 – Crianças (pp.223-244). Coimbra: Quarteto.
- Alberto, I. (2010). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina.

- Almeida, A., André, I., & Almeida, H. (1999). Sombras e marcas: os maus tratos às crianças na família. *Análise Social*, 34 (150) 91-121.
- APA (2012). Guidelines for Psychological Evaluations in Child Protection Matters. *American Psychological Association*, 68 (1), 20–31.
- Archer, R., Wheeler, E., & Vauter, R. (2016). Empirically Supported Forensic Assessment. *Clinical Psychology Science and Practice*, 23, 348-364.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV.
- Batista, S. T. (2013). *Características do contexto de Acolhimento Residencial e Comportamentos dos Jovens Acolhidos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Belsky, J. (1980). Child Maltreatment: An Ecological Integration. *American Psychologist*, 35 (4), 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis. *Psychological Bulletin*, 114 (3), 413-434.
- Calvante, L., Magalhães, C., & Pontes, F. (2007). Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. *Atletheia*, 25, 20-34.
- Camacho, L. M. T. (2012). *O desenvolvimento Psicossocial de Crianças e Jovens em Risco Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Línguas e Administração, Leiria.
- Canais, J. C. P. (2012). *Diferenças no funcionamento emocional, comportamental e social (Roberts Apperception Test for Children) e na autoestima (Rosenberg Self Esteem Scale) entre jovens institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Canha, J. (2002). A criança vítima de violência. In C. Machado, & R. A. Gonçalves (Coords.), *Violência e vítimas de crimes*. Vol. 2 – Crianças (pp.15-43). Coimbra: Quarteto.
- Cansado, T. (2008). Institucionalização de crianças e jovens em Portugal Continental: o caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social. *E-cadernos Ces* [online] <http://journals.openedition.org/eces/1387> ; DOI : 10.4000/eces.1387.
- Carmo, R. (2014). A Psicologia na Formação dos Magistrados e a Formação dos Psicólogos Forenses: Reflexões. In M. Paulino, & F. Almeida (Coords.), *Psicologia, Justiça & Ciências Forenses* (pp. 1-10). Lisboa: PACTOR.

- Carvalho, M. J. (2013). *Sistema Nacional de Acolhimento de Criança e Jovens*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Child Welfare Information Gateway (2013). *Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect*. Washington, D. C.: Children's Bureau.
- Child Welfare Information Gateway (2013). *What is child abuse and neglect? Recognizing the signs and symptoms*. Washington: Children's Bureau.
- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente: dos 10 aos 18 anos*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Coutinho, K., Tolentino, B., Santos, C., Souza, F., & Borges, C. (2013). Testes objetivos e testes projetivos: conceitos e aplicação. *EFDeportes*, 183, 1-2.
- Decreto-Lei n.º 142/2015 de 8 de Setembro. *Diário da República N.º 175 – I Série*. Lisboa: Ministério da Justiça.
- Decreto-Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro. *Diário da República N.º 204 – I Série - A*. Lisboa: Ministério da Justiça.
- Despacho n.º 9016/2012 de 4 de Julho. *Diário da República N.º 128 – II Série*. Lisboa: Ministério da Justiça.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS.
- Figueiredo, C. (2001). A criança e jovem em risco. *Acta pediátrica*, 5, 301-600.
- Fonseca, A. C. (2006). Psicologia forense: uma breve introdução. In A. C. Fonseca, M. R. Simões, M. T., Simões, & M. S. Pinho (Eds.), *Psicologia Forense* (pp. 3-23). Coimbra: Almedina.
- Fonseca, A. C., & Monteiro, M. C. (1999). Um inventário de problemas de comportamento para crianças e adolescentes: O Youth Self-Report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79-96.
- Fonseca, A. C., Matos, A., & Simões, A. (2008). Psicologia e justiça: oportunidades e desafios. In A. C. Fonseca (Ed.), *Psicologia e Justiça* (pp. 3-35). Coimbra: Almedina.
- Formiga, N., & Mello, I. (2000). Testes psicológicos e técnicas projetivas: uma integração para um desenvolvimento da interação interpretativa indivíduo-psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20 (2), 12-19.
- Goldman, J., Salus, M, Wolcott, D. & Keneddy, K. (2003). *A Coordinated Response the Child Abuse and Neglect: The Foudation for Practice*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.



- Gonçalves, M., Morais, A. P., Pinto, H., & Machado, C. (1999). O Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (RATC). In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. (pp.185-198). Braga: APPORT.
- Gonçalves, R. A. (2010). Psicologia Forense em Portugal: Uma história de responsabilidades e desafios. *Análise Psicológica*, 1 (28), 107-115.
- Headen, E. H. (1986). *Roberts' Apperception Test for Children: Referred and nonreferred student profiles*. Tese de Mestrado em Psicologia não publicada. Omaha: Universidade de Nebraska. Consultado em <https://digitalcommons.unomaha.edu/studentwork/269>.
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2016). *CASA: Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2016*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2003). *Manual de Boas práticas: Um Guia para o acolhimento residencial das crianças e jovens*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto para o Desenvolvimento Social (IDS) (2000). *Lares de crianças e jovens - Caracterização e dinâmicas de funcionamento*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Jesuino, J. (2007). *O que é a Psicologia*. Lisboa: Quimera.
- Kortenkamp, K., & Macomber, J. E. (2002). *The Well-Being of Children Involved with the Child Welfare System: A National Overview*. Washington, D.C.: The Urban Institute.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lavado, A. M. (2008). *Relações de Vinculação em crianças com Dermatite Atópica*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Leão, M. A. B., Souza, Z. R., & Castro, M. A. C. (2015). Desenvolvimento humano e teoria bioecológica: sobre “O contador de histórias”. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 19 (2), 341-348.
- Levesque, R. J. R. (2008). *Child Maltreatment and Law: Returning to First Principles*. New York: Springer.
- Lima, L. I. G. F. N. (2009). *Estórias e projectos de vida de adolescentes institucionalizados*. Tese de doutoramento não publicada. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Machado, C., & Gonçalves, R. (2008). *Violência e Vítimas de Crimes: Crianças*. Coimbra: Quarteto.

- MacLean., K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15, 853-884.
- Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em Crianças e Jovens: Guia prático para profissionais*. Coimbra: Quarteto.
- Manita, C., & Machado, C. (2012). A Psicologia Forense em Portugal: novos rumos na consolidação da relação com o sistema de justiça. *Análise Psicológica*, 30 (2), 15-32.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a confiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Martins, P. C. M. (2004). *Proteção de Crianças e Jovens em Itinerários de Risco: representações sociais, modos e espaço*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga.
- Martins, P. C. M. (2005). *A Qualidade dos Serviços de Proteção às Crianças e Jovens – As Respostas Institucionais*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Martins, P. C. M. (2014). Vitimação de crianças em acolhimento institucional – contornos do problema. In M. Matos (Org.) *Vítimas de crime e violência: Práticas de intervenção* (pp. 149-159). Braga: Psiquilíbrios.
- McArthur, S., & Roberts, G. (1982). *Roberts Apperception Test for Children Manual*. California: Western Psychological Services.
- McCoy, M. L. & Keen, S. T. (2014). *Child abuse and neglect* (2ªed.). New York: Psychology Press.
- Marques, P. (2018). *Validação do Roberts Apperception Test for Children (RATC) numa amostra de adolescentes a cumprir medida em Centro Educativo*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Mendes, T., & Sani, A. (2015). Representações de crianças expostas a violência interpaparental através de provas projetivas. *Revista de Psicologia da Criança e Adolescente*, 6 (1), 171-192.
- Noronha, A., & Vendramini, C. (2003). Parâmetros psicométricos: Estudo Comparativo entre Testes de Inteligência e Personalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 177-182.
- Organização das Nações Unidas (ONU) (2009). *Guidelines for Alternative Care of Children*. Human Rights Council, Resolution 11/7.

- Pacheco, P. (2010). *Lares de Infância e Juventude: Contributos para um modelo de acolhimento e integração social*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social não publicada. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Padmaja, G., Sushma, B., & Agarwal, S. (2014). Psychosocial problems and well being in institutionalized and non institutionalized children. *Journal Of Humanities And Social Science*, 19 (10), 59-64.
- Palomares, R. S., Crowley, S. L., Worchel, F. F., Olson, T. K., & Rae, W. A. (1991). The Factor Analytic Structure of the Roberts Apperception Test for Children: A Comparison of the Standardization Sample With a Sample of Chronically III Children. *Journal of personality assessment*, 56 (3), 414-425.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). *O mundo da criança*. New York: McGrawHill.
- Paul, F. J., Barry, C. T., & Kamphaus, R. W. (2010). *Clinical Assessment of Child and Adolescent Personality and Behavior*. New York: Springer.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para Ciência Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílado.
- Pinto, E. (2014). Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. *Ágora*, 17 (1), 135-153.
- Prino, C. T., & Peyrot, M. (1994). The effect of child physical abuse and neglect on aggressive, withdrawn, and prosocial behavior. *Child Abuse and Neglect*, 24 (10), 871-884.
- Quintãns, C. R. P. (2009). *Era uma vez a Instituição onde eu cresci: Narrativas de adultos sobre experiências de institucionalização*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Roberts, G. (1990). *Interpretative handbook for the Roberts Apperception Test for Children*. L. A., California: Western Psychological Services.
- Roberts, G., & Gruber, C. (2005). *Roberts-2*. L. A., California: Western Psychological Services.
- Roesch, R., Zapf, P., & Hart, S. (2010). *Forensic Psychology and Law*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Román, M., Palacios, J., & Moreno, C. (2011). Development and Attachment in institutionalized children in Spain. In Medimond International Preceedingd (Ed.), *15<sup>th</sup> European Conference on Developmental Psychology*, (pp. 37-42). Italy: International Proceedings Division.
- Santos, M. A. M. (2010). *O acolhimento institucional prolongado de jovens em risco – a experiência passada de institucionalização e o seu*

*significado atual para os sujeitos adultos*. Dissertação de Mestrado em Ciência da Educação não publicada. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

- Scopel, R. R., Souza, V. C., & Lemos, S. M. A. (2012). A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da linguagem: Revisão da Literatura. *CEFAC*, 14 (4), 732-741.
- Sedlak, A. J. (2001). *A History of the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Sedlak, A.J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress, Executive Summary*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Seiglie, C. (2004). Understanding Child Outcomes: An Application to Child Abuse and Neglect. *Review of Economics of the Household*, 2, 143-160.
- Siegel, M.G. (1987). *Psychological Testing from Early Childhood Through Adolescence*. New York: International Universities Press.
- Simões, M. R. (1994). Notas em torno da arquitetura da Avaliação Psicológica. *Psychologica*, 11, 7-44.
- Simões, M. R., Almeida, L. S., & Gonçalves, M. M. (1999). Testes e Provas Psicológicas em Portugal: Roteiro de algumas questões que atravessam a utilização de instrumentos de/na Avaliação Psicológica. In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 1-12). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses/Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Simões, M.R. (2005). Relatórios psicológicos: Exercícios de aproximação ao contexto forense. In R.A. Gonçalves, & C. Machado (Eds.), *Psicologia forense* (pp.55-102). Coimbra: Quarteto.
- Siqueira, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18 (1), 71-80.
- Thomas, D., Leicht, C., Hughes, C., Madigan, A., & Dowell, K. (2003). *Emerging Practices in the Prevention of Child Abuse and Neglect*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Torres, N., Maia, J., Veríssimo, M., Fernandes, M., & Silva, F. (2012). Attachment Security Representations in Institutionalized Children and Children Living with Their Families: Links to Problem Behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19 (1), 25-36.
- U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families,

- Children's Bureau (2016). *Child maltreatment 2014*. Disponível em <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>
- UNAIDS, UNICEF & USAID (2004). *Children on the Brink: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York: United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2009). *Progress for Children: A Report Card on Child Protection*. New York: United Nations Children's Fund.
- Urbina, S. (2014). *Essentials of Psychological Testing*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J. S., Gunnar, M. R., Vorria, P., McCall, R. B., & Juffer, F. (2011). Children in Institutional Care: Delayed Development and Resilience. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76 (4), 8-30.
- Villemor-Amaral, A., & Pasquali-Casado, L. (2006). A cientificidade das técnicas projectivas em debate. *Psico-USF*, 2, 183-193.
- Vitor, P., & Alfaiate, A. (2017). Noções de Direito da Família e das Crianças e Jovens que revelam para a Prática Pericial. In F., Vieira, A., Cabral, & C. Saraiva (Eds.), *Manual de Psiquiatria Forense*. Lisboa: PACTOR.
- Wolfe, D. (2011). Risk Factors for Child Abuse Perpetration. In J. White, M., Koss, & A. Kazdin (Eds.), *Violence Against Women and Children* (pp. 31-53). Washington, D.C.: American Psychological Association.

## **Anexos**

**Anexo A – Consentimento Informado****Investigação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia****Consentimento informado**

Antes de autorizar o seu utente a participar leia com atenção.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia (especialização em Psicologia Forense) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra e tem como objetivo validar um teste psicológico numa amostra de jovens em acolhimento residencial com medida de proteção.

Para concretizar este objetivo é necessário aplicar dois testes, nomeadamente o *Roberts Apperception Test for Childrens* (RATC) e o *Youth Self-Report* (YSR) a crianças e/ou adolescentes em acolhimento residencial.

A participação da criança/jovem da Instituição pela qual V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> é responsável é muito importante. É nesse sentido que vimos solicitar a vossa colaboração no presente estudo, autorizando a aplicação destes testes. Informamos que a participação de cada criança ou jovem é voluntária. Todos os dados recolhidos são confidenciais e para uso exclusivo do presente estudo e é garantido o anonimato. Para tal, os dados serão trabalhados em programa estatístico, em que a identificação de cada caso será feita através de um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li cuidadosamente a informação acima apresentada e aceito que o meu/minha utente participe neste estudo.

Contactos:

Telemóvel: 969076337

E-mail: [monicacostaduarte@gmail.com](mailto:monicacostaduarte@gmail.com)

**Anexo B – Questionário Sociodemográfico**

Nome: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

**1. Género** Masculino  Feminino**2. Ano de escolaridade**6º ano  7º ano  8º ano  9º ano  10º ano  11º ano  12º ano **3. Idade** \_\_\_\_\_**4. Composição do agregado familiar** Família nuclear (só com os pais)  
 Família nuclear e alargada (com os pais e com os tios, avós)  
 Família alargada (só com os tios/avós)  
 Comunidade ....**5. Estrutura familiar** Nuclear intacta  
 Pós-divórcio  
 Monoparental  
 Reconstituída  
 Adotiva**6. Estado civil dos pais** Casados/vivem juntos  
 Separados/divorciados/viúvos  
 Nunca viveram juntos**7. Tem irmãos?**Sim  Não 

Se sim, quantos \_\_\_\_\_

**8. Profissão do pai:**

\_\_\_\_\_

**9. Profissão da mãe:**

\_\_\_\_\_

**10. Idade do pai:** \_\_\_\_\_**11. Idade da mãe:** \_\_\_\_\_**12. Há quanto tempo se encontra institucionalizado**

\_\_\_\_\_

**13. Nível socioeconómico** Baixo



- Médio
- Elevado

**14. Motivo da institucionalização**

- Abuso físico
- Abuso sexual
- Abuso psicológico
- Vários tipos de abuso
- Negligência
- Abuso + negligência

## Anexo C – Tipos e formas específicas de Maltrato

Tabela 11. Tipo e formas específicas de Maltrato identificadas no NIS-1

Tipo de maltrato	Formas específicas de maltrato
<b>Abuso sexual</b>	Penetração peniana e/ou anal; Sexo oral; Sodomia; Prostituição infantil Pornografia infantil Penetração com dedos ou objetos; Contacto genital sem penetração (e.g., estimulação peniana ou vaginal); Beijos inadequados; Acariciar os seios e as nádegas;
<b>Maltrato físico</b>	Bofetadas; Palmadas; Murros; Abanões; Pontapés; Empurrar; Esfaquear; Bater com objetos (e.g., vara, cinto); Queimar; Sufocar; Afogar; Envenenar;
<b>Maltrato emocional</b>	Amarrar ou confinar a criança a uma área fechada como punição; Comentários depreciativo; Denegrir; Tratamento hostil ou de rejeição; Ameaças (e.g., abandono, suicídio, espancar); Privação (e.g., alimentar, de sono ou outras necessidades); Trabalho excessivo e/ou exploração económica da criança;
<b>Negligência física</b>	Não providenciar assistência médica; Incumprimento de recomendações médicas; Renúncia das responsabilidades parentais; Abandono (permanente ou por período indefinido); Inadequada ou falta de supervisão parental; Expulsar a criança/jovem da habitação; Mudanças constantes de habitação; Delegação de cuidados a terceiros (permanente ou por período indefinido); Exposição da criança a perigos dentro de casa (e.g., substâncias perigosas, sujidade, alimentos podres); Falta de cuidados de higiene; Conduzir sob o efeito de álcool ou outra substância com a

Tipo de maltrato	Formas específicas de maltrato
<b>Negligência educacional</b>	<p>criança ao seu cuidado; Deixar a criança sozinha no carro; Falta de cuidados de saúde preventivos;</p> <p>Progenitores/cuidadores permitem conscientemente o atraso ou absentismo escolar. Este comportamento ocorre pelo menos 5 dias por mês, os cuidadores foram informados pela escola do problema e não fizeram nada para alterar a situação ou não demonstraram preocupação perante esta situação e pelo bem-estar da criança;</p> <p>Manter a criança em casa e não a inscrever num estabelecimento de educação, fazendo com que esta perca um ou mais meses da escola;</p> <p>Recusa em obter ou realizar uma avaliação adequada e recomendada por profissionais para despiste de problemas de aprendizagem ou de necessidades educativas especiais;</p>
<b>Negligência emocional</b>	<p>Resposta inadequada ou inexistente perante as necessidades de apoio emocional, atenção ou supervisão da criança</p> <p>Rejeição emocional passiva ou falta de interesse no bem-estar ou desenvolvimento da criança;</p> <p>Falta de interesse ou procura de ajuda profissional perante problemas emocionais ou comportamentais da criança e não cumprimento das recomendações médicas;</p> <p>Exposição à violência interpaparental;</p> <p>Criança abusa de álcool ou drogas com conhecimento dos progenitores/cuidadores e não existe uma resposta para travar o problema ou desencorajar este tipo de comportamento;</p> <p>Criança exhibe comportamentos inadequados (e.g., agressividade com pares, delinquência) e os cuidadores não procuram modificar estes comportamentos;</p>

## Anexo D – Consistência Interna

Tabela 12. Consistência interna das escalas e indicadores do RATC

Escalas adaptativas	Itens	Alfa de Cronbach
Pedido de Ajuda	16	0.468
Suporte aos Outros	16	0.426
Apoio à Criança	16	-0.116
Estabelecimento de Limites	16	0.572
Identificação de Problemas	16	0.680
Resolução 1	16	0.453
Resolução 2	16	0.532
Resolução 3	16	0.000
<b>Escalas clínicas</b>		
Ansiedade	16	0.40
Agressão	16	0.538
Depressão	16	0.515
Rejeição	16	0.555
Não Resolvido	16	0.476
<b>Indicadores</b>		
Resposta Atípica	16	0.384
Desadaptação	16	0.379
Recusa	16	-0.089

Tabela 13. Consistência interna das escalas e indicadores do RATC, com exclusão de itens

Escalas adaptativas	Nº de Itens	Alfa de Cronbach com exclusão de itens	Itens incluídos
REL	5	0.707	2,4,6,7,10,11,12,13
SUP-O	3	0.426	1,2,5
SUP-C	10	0.000	1,2,4,5,8,9,11,12,13,14,15
LIM	9	0.694	1,2,3,7,9,12,14,15,16
PROB	7	0.756	3,5,6,10,12,13,16
RES-1	10	0.665	3,6,7,8,9,10,11,12,13,14
RES-2	12	0.617	3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16
RES-3	16	0.000	
<b>Escalas clínicas</b>			
ANX	7	0.625	1,2,7,9,10,11,12
AGG	11	0.572	1,2,3,5,6,7,8,11,14,15,16
DEP	10	0.623	1,3,5,6,8,9,10,12,15,16
REJ	10	0.663	1,3,5,7,8,10,12,15,16
UNR	8	0.639	1,4,6,8,9,12,15,16
<b>Indicadores</b>			
ATY	9	0.522	2,5,7,8,11,13,14,15,16
MAL	6	0.514	3,4,6,11,12,13
REF	16	0.00	

## Anexo E – Medidas Suplementares do RATC

**Tabela 14. Nível 1 do Funcionamento do Eu (n = 35) – História Atípica**

	Frequência	Percentagem (%)
0	10	28.6
1	11	31.4
2	6	17.1
3	5	14.3
4	2	5.7
5	1	2.9

**Tabela 15. Nível 2 do Funcionamento do Eu (n = 35) – Percepção Errada**

	Frequência	Percentagem (%)
0	16	45.7
1	9	25.7
2	7	20.0
3	2	5.7
4	1	2.9

**Tabela 16. Nível 3 do Funcionamento do Eu (n = 35) – História Confusa**

	Frequência	Percentagem (%)
0	32	91.4
1	3	8.6

**Tabela 17. Nível 4 do Funcionamento do Eu (n = 35) – História Não Resolvida**

	Frequência	Percentagem (%)
0	2	5.7
1	2	5.7
2	5	14.3
3	2	5.7
4	8	22.9
5	6	17.1
6	4	11.4
7	3	8.6
8	1	2.9
9	1	2.9
10	1	2.9

**Tabela 18. Nível 5 do Funcionamento do Eu (n = 35) – História Extremamente Estereotipada**

	Frequência	Percentagem (%)
0	15	42.9
1	6	17.1
2	4	11.4
3	4	11.4
5	4	11.4
6	1	2.9
9	1	2.9

**Tabela 19. Nível 6 do Funcionamento do Eu (n = 35) – História Moderadamente Estereotipada**

	Frequência	Percentagem (%)
1	3	8.6
2	4	11.4

3	4	11.4
4	6	17.1
5	5	14.3
6	2	5.7
7	5	14.3
8	5	14.3
9	1	2.9

**Tabela 20. Nível 7 do Funcionamento do Eu (n = 35) – História Moderadamente Criativa**

	Frequência	Porcentagem (%)
0	7	20.0
1	12	34.3
2	2	5.7
3	2	5.7
4	5	14.3
5	2	5.7
7	5	14.3

**Tabela 21. Nível 8 do Funcionamento do Eu (n = 35) – História Excepcionalmente Criativa**

	Frequência	Porcentagem (%)
0	34	97.1
4	1	2.9

**Tabela 22. Nível 1 de Agressão (n = 35) – Ataque físico**

	Frequência	Porcentagem (%)
1	13	37.1
2	9	25.7
3	8	22.9
4	2	5.7
5	1	2.9
6	2	5.7

**Tabela 23. Nível 2 de Agressão (n = 35) – Ataque verbal**

	Frequência	Porcentagem (%)
0	8	22.9
1	6	17.1
2	12	34.3
3	5	14.3
4	2	5.7
5	1	2.9
6	1	2.9

**Tabela 24. Nível 3 de Agressão (n = 35) – Destruição de objetos**

	Frequência	Porcentagem (%)
0	1	37.1
1	13	25.7
2	17	22.9
3	4	5.7

**Tabela 25. Nível 4 de Agressão (n = 35) – Agressividade interiorizada**

	Frequência	Porcentagem (%)
0	32	91.4
1	2	5.7

4	1	2.9
---	---	-----

**Tabela 26. Nível 5 de Agressão (n = 35) – Deslocação da agressividade**

	Frequência	Percentagem (%)
0	24	68.6
1	9	25.7
2	2	5.7

**Tabela 27. Nível 6 de Agressão (n = 35) – Ansiedade perante a agressão**

	Frequência	Percentagem (%)
0	13	37.1
1	6	17.1
2	9	25.7
3	3	8.6
4	3	8.6
5	1	2.9

**Tabela 28. Nível 7 de Agressão (n = 35) – Lidar com a agressão de forma socialmente aceite**

	Frequência	Percentagem (%)
0	14	40.0
1	12	34.3
2	8	22.9
4	1	2.9

**Tabela 29. Nível 8 de Agressão (n = 35) – Lidar adequadamente com sentimento agressivos**

	Frequência	Percentagem (%)
0	29	82.9
1	2	5.7
2	3	8.6
3	1	2.9

**Tabela 30. Nível 9 de Agressão (n = 35) – Resolução criativa/construtiva dos sentimentos de agressão**

	Frequência	Percentagem (%)
0	35	100.0

**Tabela 31. Nível 1 de Projeção (n = 35) – Descrição de pessoas ou objetos**

	Frequência	Percentagem (%)
0	31	88.6
1	4	11.4

**Tabela 32. Nível 2 de Projeção (n = 35) – Descrição da ação**

	Frequência	Percentagem (%)
0	18	51.4
1	9	25.7
2	2	5.7
3	2	5.7
4	1	2.9
5	1	2.9
6	2	5.7

**Tabela 33. Nível 3 de Projeção (n = 35) – Projeção da interação**

	Frequência	Porcentagem (%)
0	7	20.0
1	5	14.3
2	6	17.1
3	7	20.0
4	3	8.6
5	5	14.3
6	1	2.9
7	1	2.9

**Tabela 34. Nível 4 de Projeção (n = 35) – Projeção de sentimentos e/ou motivações**

	Frequência	Porcentagem (%)
0	3	8.6
1	3	8.6
2	7	20.0
3	7	20.0
4	5	14.3
5	4	11.4
6	4	11.4
8	1	2.9
9	1	2.9

**Tabela 35. Nível 5 de Projeção – História incompleta**

	Frequência	Porcentagem (%)
0	3	8.6
1	2	5.7
2	5	14.3
3	6	17.1
4	7	20.0
5	4	11.4
6	1	2.9
7	1	2.9
8	3	8.6
9	1	2.9
10	1	2.9
12	1	2.9

**Tabela 36. Nível 6 de Projeção – História incompleta, com pensamentos/sentimentos explicados**

	Frequência	Porcentagem (%)
0	6	17.1
1	11	31.4
2	4	11.4
3	6	17.1
4	6	17.1
5	1	2.9
6	1	2.9



**Tabela 37. Nível 7 de Projeção (n = 35) – História completa**

	Frequência	Porcentagem (%)
0	9	25.7
1	8	22.9
2	4	11.4
3	3	8.6
4	4	11.4
5	3	8.6
6	3	8.6
7	1	2.9

**Tabela 38. Nível 8 de Projeção (n = 35) – História expandida**

	Frequência	Porcentagem (%)
0	34	97.1
5	1	2.9

## Anexo F – Análise temática das pranchas do RATC

Tabela 39. Análise dos temas abordados nos cartões-estímulo do RATC (N = 35)

Cartão	n (%)	Temas
<b>Confronto familiar</b>	11 (31.4%)	Reprimenda/punição
	4 (11.4%)	Resolução de problemas
	4 (11.4%)	Dar conselhos
	4 (11.4%)	Más notícias
	11 (31.4%)	Tristeza (e.g., pai vai emigrar)
	1 (3%)	Aprovação familiar
<b>Suporte materno</b>	20 (57.1%)	Criança está triste e mãe dá suporte
	4 (11.4%)	Sentimentos negativos/Depressão
	4 (11.4%)	Saudades da mãe/pai
	4 (11.4%)	Morte do pai
	2 (5.7%)	Suporte de outra pessoa que não a mãe
	1 (3%)	Recusa
<b>Atitude face à escola</b>	16 (45.7%)	Criança tem dificuldade nos trabalhos de casa
	12 (34.3%)	Criança não quer fazer os trabalhos de casa/estudar
	3 (8.5%)	Descrição do estímulo
	3 (8.5%)	A criança aplica-se nos estudos para ter boas notas
	1 (3%)	Professora mete criança de castigo
<b>Suporte à Criança/ Agressão</b>	11 (31.4%)	Criança está magoada e a outra procura ajuda
	9 (25.7%)	Criança está magoada e a outra não presta auxílio
	7 (20%)	História acaba com a morte da criança
	2 (5.7%)	Suicídio da mãe
	4 (11.4%)	<i>Bullying</i>
	1 (2.9%)	Mãe está doente
	1 (2.9%)	Birra da criança
<b>Afeição Parental</b>	3 (8.6%)	Mãe/pai regressa a casa
	4 (11.4%)	Criança espera por atenção
	16 (45.7%)	Criança gosta da manifestação de afeto dos pais
	6 (17.1%)	Criança desaprova da manifestação de afeto dos pais
	3 (8.6%)	Mãe arranja novo companheiro
	1 (2.9%)	Sentimentos negativos em relação ao pai
	2 (5.7%)	Resolução de problemas
<b>Interação pares/racial</b>	15 (42.9%)	Interação positiva (e.g., fazer amigos, brincar, conversar)
	3 (8.6%)	Pedir dinheiro à criança
	6 (17.1%)	Conflito com pares
	11 (31.4%)	Rejeição racial

<b>Cartão</b>	<b>n (%)</b>	<b>Temas</b>
<b>Dependência/ Ansiedade</b>	11 (31.4%)	Criança assustada por causa de um pesadelo
	4 (11.4%)	Criança está a levantar-se/deitar-se
	7 (20%)	Criança tem dificuldade em adormecer
	9 (25.7%)	Criança está doente
	2 (5.7%)	Criança não quer ir à escola
	1 (2.9%)	Criança está a pensar na vida
	1 (2.9%)	Criança tem medo de um barulho
<b>Conferência familiar</b>	9 (25.7%)	Crianças portaram-se mal e vão ser castigados
	15 (42.8%)	Conflito conjugal ou interação familiar negativa
	4 (11.4%)	Resolver problemas
	1 (2.9%)	Criança faz um pedido aos pais
	1 (2.9%)	Convívio com família alargada
	4 (11.4%)	Família está com problemas financeiros
	1 (2.9%)	Pais decidem que vão adotar uma criança
<b>Agressão física</b>	29 (82.8%)	Agressividade com pares
	3 (8.6%)	Agressão é negada (cair, brincar)
	2 (5.7%)	Agressão muito violenta
	1 (2.9%)	Recusa
<b>Rivalidade fraterna</b>	9 (25.7%)	Mãe presta cuidados ao bebé e criança observa sem expressar qualquer emoção
	2 (5.7%)	Criança sente-se rejeitada, zangada, mas o problema fica resolvido
	14 (40%)	Criança sente-se rejeitada, zangada, mas o problema não fica resolvido
	9 (25.7%)	Criança está contente por ter um irmão pequeno
	1 (2.9%)	Criança dá carinho ao bebé
<b>Medo</b>	17 (48.5%)	Criança assustada com alguma situação, animal ou pessoa
	2 (5.7%)	Criança sente-se sozinha/deprimida
	3 (8.6%)	Criança magoa-se
	6 (17.1%)	Criança está assustada com alguma figura mística ou sobrenatural (e.g., múmia, vampiro, lobisomem)
	1 (2.9%)	Tempestade
	1 (2.9%)	Morte do pai/mãe
	2 (5.7%)	Criança está doente
	1 (2.9%)	Criança foi vítima de bullying
	2 (5.7%)	Recusa
<b>Conflito parental/ depressão</b>	7 (20%)	Conflito entre os pais
	6 (17.1%)	Família está triste porque tem um problema
	3 (8.6%)	Criança portou-se mal
	6 (17.1%)	Pai dá apoio à mãe e/ou criança que está doente

<b>Cartão</b>	<b>n (%)</b>	<b>Temas</b>
<b>Conflito parental/ depressão</b>	3 (8.6%)	Violência física
	7 (20%)	Doença/Morte de um familiar
	1 (2.9%)	Filho desaparece/foge
	1 (2.9%)	Professor dá apoio
	1 (2.9%)	Pai conta á família que é um vampiro
<b>Agressão desviada</b>	1 (2.9%)	Expressão de raiva com resolução (pelo próprio ou por terceiros)
	34 (97.1%)	Expressão de raiva sem resolução
<b>Estabelecimento de limites pela mãe</b>	25 (71.4%)	Criança suja a parede e é castigada, mas não há explicação da punição por parte da mãe
	2 (5.7%)	Criança está a fazer asneiras
	6 (17.1%)	Destruição propositada da parede para chatear a mãe
	1 (2.9%)	Castigo severo, desapropriado
	1 (2.9%)	Pintar um quadro/prenda para a mãe
<b>Nudez/ sexualidade</b>	11 (31.4%)	Rapaz vê a irmã ou mãe a tomar banho e não acontece nada
	1 (2.9%)	Rapaz vê a irmã ou mãe e é castigado
	5 (14.3%)	Rapaz tem curiosidade
	4 (11.4%)	Rapaz está apaixonado
	11 (31.4%)	Rapaz vê uma rapariga ou mulher a tomar banho e esta fica chateada
	1 (2.9%)	Menina triste
	1 (2.9%)	Pai vê a filha a tomar banho
	1 (2.9%)	Pai vê a mãe a tomar banho
<b>Suporte parental</b>	3 (8.6%)	Criança pede algo ao pai
	2 (5.7%)	Pai pune a criança
	5 (14.3%)	Pai ajuda com algo que a criança pede
	13 (37.1%)	Criança mostra trabalho, prova ou notas ao pai
	6 (17.1%)	Rejeição por parte do pai
	1 (2.9%)	Professor castiga menino
	3 (8.6%)	Pai conta história
	1 (2.9%)	Criança conversa com padrasto
	1 (2.9%)	Polícias e presidentes querem matar o pai

### Anexo G – Correlações entre as escalas e indicadores do RATC e os fatores do YSR

**Tabela 40. Correlações de Pearson entre as escalas e indicadores do RATC e as escalas do YSR**

	Escala 1	Escala 2	Escala 3	Escala 4	Escala 5	Escala 6
Escalas						
Adaptativas						
REL	0.002	-0.264	-0.165	-0.183	0.041	-0.197
SUP-O	0.184	0.026	-0.120	0.216	0.337*	0.159
SUP-C	-0.005	0.045	0.136	0.053	-0.065	-0.005
LIM	0.038	0.141	0.187	0.318*	-0.026	-0.072
PROB	-0.226	-0.241	-0.117	-0.216	0.010	0.104
RES-1	0.007	-0.204	-0.028	0.010	-0.178	-0.316*
RES-2	-0.130	0.021	-0.089	0.073	0.161	-0.109
RES-3	-0.159	-0.135	-0.052	0.158	0.248	0.081
Escalas clínicas						
ANX	0.124	0.008	0.117	-0.105	-0.002	0.148
AGG	-0.025	0.105	0.115	-0.035	-0.170	0.212
DEP	0.051	-0.020	0.106	-0.028	0.034	0.080
REJ	-0.103	-0.197	-0.074	-0.110	-0.212	-0.057
UNR	0.064	-0.118	0.139	-0.232	0.106	0.289
Indicadores						
ATY	-0.144	0.191	0.099	0.067	-0.045	0.067
MAL	0.062	0.108	-0.212	-0.109	-0.384*	-0.174
REF	-0.447**	-0.398*	-0.360*	-0.518**	-0.147	-0.314

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$