



**CESPU**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

# **Avaliação Atuarial de Indicadores de Risco de Maus- tratos e Negligência infantil em Comissões de Proteção de Crianças e Jovens**

**Ana Sofia Duarte Pinho**

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e  
Neuropsicologia**

Gandra, dezembro 2025

**Ana Sofia Duarte Pinho**

**Dissertação** conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

Trabalho realizado sob a Orientação da  
**Prof<sup>a</sup> Doutora Alexandra Serra** e Coorientação da **Prof<sup>a</sup> Doutora  
Madalena Sofia Oliveira**

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Eu, Ana Sofia Duarte Pinho, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração desta Dissertação.

Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros/as autores/as foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## **Agradecimentos**

Terminada esta jornada, chega agora o momento de expressar a minha gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização.

Desta forma, quero deixar expresso o meu agradecimento:

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alexandra Serra, pela sua orientação e disponibilidade, pela confiança que depositou em mim e pela forma generosa com que me acolheu neste desafio. Agradeço profundamente todos os momentos de partilha, a paciência, o empenho e o apoio constante ao longo destes meses, que foram essenciais para o meu crescimento académico e pessoal.

A todos os professores e funcionários do IUCS que sempre me fizeram sentir bem-vinda e integrada.

A todos os meus colegas que, ao longo desta formação, fizeram de alguma forma parte da minha evolução académica e pessoal.

Ao meu pai, a quem muito provavelmente nunca encontrarei palavras que traduzam verdadeiramente a minha gratidão. Obrigada por todo o amor, por me permitires perseguir os meus sonhos e objetivos, e por nunca desistires de me ajudar a torná-los realidade, mesmo quando o caminho não foi fácil.

Ao meu irmão que apesar de todas as provocações trocadas nunca duvidou que eu conseguiria e esteve sempre disponível para me ouvir tanto nos bons como nos maus momentos.

Às minhas amigas Nina, Catarina e Joana pela motivação, apoio e amizade incondicionais e por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu própria não o conseguia fazer.

A todos, Muito Obrigada!

## Índice

I.	ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	1
1.	Maus-Tratos e Negligência na Infância: Definições .....	1
2.	Fatores de Risco Associados a Maus-Tratos e Negligência na Infância .....	6
3.	Impacto dos Maus-tratos e Negligência na Infância .....	8
3.1.	Impacto no Desenvolvimento Físico, Psicológico e Social .....	8
3.2.	Relação com Trajetórias Antissociais e Dificuldades de Integração Social .....	11
3.3.	O Papel da Transmissão Intergeracional da Violência .....	13
4.	O Sistema de Promoção e Proteção em Portugal .....	14
4.1.	A Importância das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens .....	15
5.	O Retrato Atual dos Maus-tratos e Negligência na Infância .....	18
6.	Avaliação do Risco nos Maus-tratos e Negligência na Infância .....	19
6.1.	Modelos de Avaliação do Risco nos Maus-tratos e Negligência na Infância .....	20
6.2.	Modelo Atuarial de Avaliação do Risco nos Maus-tratos e Negligência .....	21
6.3.	Avaliação do Risco em Portugal: Pilotagem da Escala de Avaliação do Risco Familiar de Abuso/Negligência.....	24
II.	ESTUDO EMPÍRICO .....	26
1.	Tipo de estudo e Objetivos.....	26
2.	Amostra .....	26
3.	Instrumento .....	29
4.	Procedimento de Recolha e Tratamento de dados.....	32
5.	Resultados .....	33
6.	Discussão de Resultados.....	45
III.	REFLEXÕES FINAIS.....	50
	Bibliografia.....	55

## Índice de Tabelas

<i>Tabela 1. Características sociodemográficas das crianças/ jovens acompanhados por situações de Negligência .....</i>	<i>27</i>
<i>Tabela 2. Características sociodemográficas dos cuidadores primários .....</i>	<i>28</i>
<i>Tabela 3. Características sociodemográficas dos cuidadores secundários.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabela 4. Fatores de Risco da Escala de Negligência da "Escala de Avaliação do Risco" .....</i>	<i>34</i>
<i>Tabela 5. Fatores de Risco da Escala de Abusos da "Escala de Avaliação do Risco" .....</i>	<i>35</i>
<i>Tabela 6. Resultados relativos aos Fatores de Risco da Escala Comum da "Escala de Avaliação do Risco" .....</i>	<i>36</i>
<i>Tabela 7. Escala de Fatores de Proteção da "Escala de Avaliação do Risco" .....</i>	<i>37</i>
<i>Tabela 8. Fatores do Índice de Sobrevalorização da "Escala de Avaliação do Risco" ....</i>	<i>37</i>
<i>Tabela 9. Caracterização do Nível de Risco de acordo com a "Escala de Risco de Abuso e Negligência na Infância" em processos acompanhados devido a situação de Negligência .....</i>	<i>38</i>
<i>Tabela 10. Caracterização do Nível de Risco de acordo com a "Escala de Risco de Abuso e Negligência na Infância" em processos arquivados sem celebração de APP.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabela 11. Correlação entre Nível de Risco e Fatores de Risco da Escala de Negligência .....</i>	<i>41</i>
<i>Tabela 12. Correlação entre Nível de Risco e Fatores de Risco da Escala de Abusos.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabela 13. Correlação entre Nível de Risco e Fatores de Risco da Escala Comum.....</i>	<i>43</i>

## Índice de Abreviaturas / Siglas

**APP** – Acordo de Promoção e Proteção

**CAPTA** – Child Abuse Prevention and Treatment Act

**CNPDP CJ** – Comissão Nacional de Promoção e Proteção das Crianças e Jovens

**CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**CRC** – Children’s Research Center

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**LPCJP** – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

**MP** – Ministério Público

**MPP** – Medida de Promoção e Proteção

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PPP** – Processo de Promoção e Proteção

**SDM** – Structured Decision Making

**TVI** – Transmissão Intergeracional de Violência

## RESUMO

**Introdução:** Os maus-tratos e a negligência infantil constituem uma problemática de elevada relevância social e de saúde pública, com consequências significativas no desenvolvimento físico, psicológico e social das crianças e jovens. Em Portugal, a negligência surge de forma consistente como a tipologia de perigo mais frequentemente sinalizada nas CPCJ, evidenciando a necessidade de processos de avaliação do risco rigorosos, objetivos e baseados na evidência.

**Objetivo:** Analisar os indicadores de risco e de proteção associados a situações de maus-tratos e negligência infantil, através da aplicação da Escala de Avaliação do Risco Familiar de Abuso/Negligência, bem como caracterizar os níveis de risco atribuídos.

**Método:** Estudo de natureza quantitativa, exploratória e descritiva, com base na análise documental de 145 PPP sinalizados por situações de perigo. Foram analisados indicadores de risco e de proteção familiares e socioeconómicos, bem como os níveis de risco global e as MPP aplicadas. A análise estatística incluiu procedimentos descritivos e inferenciais, adequados à natureza das variáveis em estudo.

**Resultados:** Os resultados evidenciam uma elevada prevalência de indicadores associados à negligência, nomeadamente ao nível da supervisão, das competências parentais e condições socioeconómicas desfavoráveis, sendo que 37% dos agregados já tinham sido alvo de intervenções prévias. A presença de historial de vitimação na infância em 19% dos cuidadores sublinha a relevância da TVI. 51,7% dos casos foram classificados como de risco moderado, o que poderá explicar a ausência de correlação estatisticamente significativa entre o nível de risco e o tempo de acompanhamento técnico. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o nível de risco e o tipo de medida aplicada ( $\chi^2 = 36,90$ ;  $p = .001$ ), com riscos elevados associados a medidas mais restritivas e riscos baixos ou moderados a intervenções junto da família. Os itens de sobrevalorização do risco, revelaram-se determinantes na afinação do risco final, evidenciando a convergência entre a avaliação atuarial e o julgamento profissional.

**Conclusão:** Os resultados reforçam a utilidade da avaliação atuarial do risco como ferramenta de apoio à decisão em contexto de proteção infantil, contribuindo para uma maior objetividade, consistência e fundamentação técnica das intervenções das CPCJ. A Escala de Avaliação do Risco Familiar de Abuso/Negligência revela-se um instrumento relevante para a identificação precoce de situações de risco, devendo ser utilizada de forma complementar ao juízo clínico. Este estudo contribui para a consolidação empírica deste instrumento no contexto português e sublinha a importância da articulação entre evidência científica e prática profissional na promoção do superior interesse da criança/jovem.

*Palavras-chave: Maus-Tratos e Negligência infantil; Avaliação de risco; Promoção e proteção de crianças e jovens; Fatores de risco; Modelo e avaliação Atuarial.*

## ABSTRACT

**Introduction:** Child abuse and neglect are issues of high social and public health relevance, with significant consequences for the physical, psychological, and social development of children and young people. In Portugal, neglect consistently emerges as the type of danger most frequently reported to the CPCJ, highlighting the need for rigorous, objective, and evidence-based risk assessment processes.

**Objective:** To analyze the risk and protection indicators associated with situations of child abuse and neglect, through the application of the “Escala de Avaliação do Risco Familiar de Abuso/Negligência”, as well as to characterize the assigned risk levels.

**Method:** Quantitative, exploratory, and descriptive study based on the documentary analysis of 145 PPP. Family and socioeconomic risk and protection indicators were analyzed, as well as overall risk levels and PPM applied. The statistical analysis included descriptive and inferential procedures appropriate to the nature of the variables under study.

**Results:** The results show a high prevalence of indicators associated with neglect, particularly in terms of supervision, parenting skills, and adverse socioeconomic conditions, with 37% of households having already been subject to previous interventions. The presence of a history of childhood victimization in 19% caregivers underscores the relevance of ITV. 51.7% of cases were classified as moderate risk, which may explain the absence of a statistically significant correlation between the level of risk and the length of technical follow-up. There was a statistically significant association between the level of risk and the type of measure applied ( $\chi^2 = 36,90$ ;  $p = .001$ ), with high risks associated with more restrictive measures and low or moderate risks associated with family interventions. The items related to overestimation of risk proved to be decisive in refining the final risk, highlighting the convergence between actuarial assessment and professional judgment.

**Conclusion:** The results reinforce the usefulness of actuarial risk assessment as a decision-support tool in the context of child protection, contributing to greater objectivity, consistency, and technical justification of CPCJ interventions. The “Escala de Avaliação do Risco Familiar de Abuso/Negligência” proves to be a relevant tool for the early identification of risk situations and should be used to complement clinical judgment. This study contributes to the empirical consolidation of this tool in the Portuguese context and underlines the importance of linking scientific evidence and professional practice in promoting the best interests of the child.

*Keywords: Child abuse and neglect; Risk assessment; Child and youth protection and promotion; Risk factors; Actuarial model and assessment*

## I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 1. Maus-Tratos e Negligência na Infância: Definições

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define maus-tratos infantis como todas as formas de abuso e negligência que envolvem menores de 18 anos. Inclui todos os tipos de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência e exploração comercial ou de outra natureza, que resultem em danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 2024). Esta definição enfatiza a natureza relacional do fenómeno e a presença de um desequilíbrio de poder entre a criança/jovem e o adulto responsável. É um fenómeno complexo e de difícil abordagem, com estimativas de prevalência que variam substancialmente em função das épocas e dos territórios. Estas discrepâncias dependem, em muito, das definições de maus-tratos adotadas, do tipo de maus-tratos estudado, da cobertura e qualidade das estatísticas oficiais e, ainda, da fiabilidade dos inquéritos baseados em autorrelatos de vítimas, pais ou prestadores de cuidados (WHO, 2024).

Apesar destas variações metodológicas, estudos recentes revelam que cerca de 6 em cada 10 crianças com menos de 5 anos sofrem regularmente castigos físicos e/ou violência psicológica às mãos de pais e cuidadores e, ainda, 1 em cada 5 mulheres e 1 em cada 7 homens relatam ter sido vítimas de abuso sexual na infância (WHO, 2024).

Uma definição possível de maus-tratos e negligência de crianças está contida na Secção 3 do Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA) apresentando-se como um conjunto de atos ou omissão por parte de um dos pais ou prestador de cuidados que resulte em morte, danos físicos ou emocionais graves, abuso ou exploração sexual, ou um ato ou omissão que apresente um risco iminente de danos graves a alguém com menos de 18 anos. Como tal, os maus-tratos incluem tanto experiências de abuso físico, sexual e emocional, como múltiplas formas de negligência, por exemplo, física, emocional, médica e educacional (Austin et al., 2020; Petersen et al., 2014).

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS) adota uma formulação semelhante, realçando que os maus-tratos englobam comportamentos de ação ou omissão de cuidados de forma não acidental, perpetrados por pais ou cuidadores, que

comprometem a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança/jovem, podendo ocorrer de forma cumulativa, repetida ou isoladamente.

Os maus-tratos a crianças e jovens correspondem a qualquer ação ou omissão não acidental, praticada por pais, cuidadores ou terceiros, que coloque em risco ou comprometa a segurança, a dignidade e o desenvolvimento biopsicossocial da vítima (DGS, 2011). Apesar de existir consenso em torno da gravidade e do impacto deste fenómeno, a sua definição conceptual tem sofrido evoluções e apresenta variações consoante a perspetiva teórica ou institucional adotada.

A título ilustrativo, pode referenciar-se Calheiros (2006) que refere que a literatura distingue tradicionalmente duas categorias de maus-tratos (físico e psicológico/emocional), duas categorias de negligência (física e emocional) e, o abuso sexual. Magalhães (2005) por sua vez, partilha desta base de classificação, mas defende que a negligência deve ser entendida como uma tipologia de maus-tratos, e não como uma categoria distinta. A DGS (2011) acrescenta que este fenómeno pode assumir múltiplas formas clínicas, frequentemente associadas entre si, destacando: maus-tratos físico, maus-tratos psicológico/emocional, negligência, abuso sexual e a Síndrome de Munchausen por Procuração. Assim, mais do que uma definição única e estática, os maus-tratos (entendido de uma forma lata) devem ser entendidos como um fenómeno complexo, multidimensional e multifatorial, que se expressa através de diferentes tipologias, frequentemente interligadas, exigindo por isso uma avaliação abrangente e integrada.

Os maus-tratos físicos correspondem a toda a violência exercida sobre a criança/jovem de forma intencional, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança/jovem, que resulte ou possa resultar em danos corporais. Inclui o uso da força física ou de objetos ou situações mais graves, como a Síndrome da Criança Abanada, queimaduras, fraturas ou intoxicações provocadas (DGS, 2011; Petersen et al., 2014; WHO, 2024). Podem ainda ser categorizados como maus-tratos ativos, quando implicam o uso explícito da força física ou a aplicação de tratamentos desadequados para a idade da criança/jovem (Magalhães, 2005).

A literatura refere que os maus-tratos físicos constituem a forma de vitimação mais facilmente identificada, dada a sua maior visibilidade clínica e os sinais médicos que lhe estão associados. Contudo, esta aparente clareza esconde a complexidade da

definição, já que diferentes enquadramentos ora incluem apenas atos que resultam em lesões físicas objetivas, ora consideram também situações em que o comportamento parental tem potencial de causar dano. Neste sentido, a definição prevalecente pressupõe contacto físico do qual resultam danos, mas pode igualmente abranger circunstâncias em que exista forte probabilidade de que tal dano venha a ocorrer (Calheiros, 2006).

Os maus-tratos psicológicos têm assumido diferentes designações, contudo, a partir do final dos anos 80, na maioria dos casos, assume-se que o termo psicológico engloba todos os aspetos afetivos e cognitivos dos maus-tratos a crianças (Calheiros, 2006).

Os maus-tratos psicológicos são definidos como qualquer padrão de comportamento por parte dos cuidadores que prive a criança/jovem de um ambiente de segurança e bem-estar afetivo indispensável ao seu crescimento, desenvolvimento e equilíbrio comportamental. Está presente em todas as outras situações de maus-tratos, porém pode manifestar-se de forma isolada, através de insultos, ridicularizações, ameaças ou castigos por confinamento, mas também está presente em diferentes graus noutras formas de maus-tratos (DGS, 2011; WHO, 2024). Esta tipologia inclui desde a ausência de cuidados afetivos adequados e rejeição emocional até à depreciação constante da criança/jovem, traduzindo-se frequentemente em consequências negativas ao nível cognitivo, emocional, social e comportamental (Calheiros, 2006; DGS, 2011). Magalhães (2005), categoriza esta tipologia como maus-tratos ativos.

Em termos práticos, este tipo de maus-tratos envolve o exercício intencional de ações que se podem traduzir em rejeição frequente, desencorajamento do apego e exclusão da vida familiar, bloqueio do desenvolvimento de relações adequadas com os pares, punições e críticas frequentes, humilhações, envolvimento da criança/jovem em contextos de criminalidade, consumo de drogas, prostituição e/ou transmissão de atitudes discriminatórias e preconceituosas (Carr, 2015). Por ser a categoria mais difícil de definir e avaliar, quer relativamente às atitudes parentais que a constituem, quer no impacto nas crianças, os maus-tratos psicológicos permanecem uma das dimensões mais debatidas e complexas na literatura (Calheiros, 2006).

O abuso sexual é definido como o envolvimento de uma criança/jovem em atividades de natureza sexual, com ou sem contacto físico, destinadas à gratificação de

um adulto ou de alguém mais velho que, pela sua idade ou nível de desenvolvimento, assumem uma posição de poder, autoridade ou confiança sobre a vítima. Baseia-se numa relação de desigualdade em que a vítima, em função da idade ou do seu estágio de desenvolvimento, não tem capacidade para compreender que é vítima, não se encontra estruturalmente preparada, ou se encontra capaz de consentir de forma livre e esclarecida (DGS, 2011; WHO, 2024). Numa abordagem abrangente, o abuso sexual é definido como a exploração da criança/jovem como fonte sexual. Esta exploração pode revestir diversas formas, desde sexo oral, acariciar partes genitais, beijar a boca, visionar pornografia, à produção de filmes e outro material pornográfico com crianças, exibicionismo, até à consumação do ato sexual ou a práticas sexuais aberrantes (Calheiros, 2006). Embora frequentemente não existam sinais físicos que denunciem a ocorrência do abuso, facto que pode dificultar o diagnóstico, podem surgir indicadores emocionais e comportamentais, o que reforça a importância da avaliação clínica e da colaboração com profissionais de saúde mental infantil para o diagnóstico e intervenção (DGS, 2011).

A negligência é considerada uma das formas mais prevalentes de maus-tratos, sendo entendida como a falha persistente em satisfazer as necessidades básicas (higiene, alimentação, afeto, educação e saúde) da criança/jovem, indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento adequados (DGS, 2011). Regra geral, trata-se de uma situação continuada no tempo, que pode assumir carácter ativo/voluntário, quando existe intenção de prejudicar a criança/jovem, ou passivo/involuntário, quando decorre níveis diferenciados de dificuldade ou de incapacidade, de competências pessoais ou parentais para assegurar tais necessidades (DGS, 2011; Magalhães, 2005).

Segundo Calheiros (2006), a negligência manifesta-se de diferentes formas, sendo habitualmente classificada em três categorias: física, educacional e emocional. Cada uma destas categorias traduz-se em omissões ou cuidados inadequados por parte dos pais/cuidadores, que deixam de responder a necessidades básicas da criança/jovem.

A negligência física refere-se à omissão de cuidados básicos indispensáveis ao bem-estar da criança/jovem, como a alimentação adequada, a higiene, o vestuário apropriado e o acesso a cuidados médicos. Apesar de parecer uma categoria intuitiva, diferentes autores consideram-na mais difícil de definir do que os maus-tratos físico, uma vez que nem sempre existem critérios claros para avaliar a intencionalidade ou

determinar se a criança/jovem se encontra efetivamente em perigo ou apenas colocada em situação de risco. Algumas investigações distinguem a negligência física das dimensões educacional e emocional pelas consequências específicas que implicam para a criança/jovem (Calheiros, 2006).

A negligência educacional refere-se à ausência de cuidados e estímulos necessários ao processo de aprendizagem e desenvolvimento da criança/jovem, manifestando-se, sobretudo, pela falta de matrícula, frequência ou acompanhamento escolar. Pode traduzir-se em situações em que os cuidadores permitem faltas injustificadas, não incentivam a continuidade dos estudos ou, ainda, quando a criança/jovem é obrigada a faltar à escola para trabalhar ou assumir responsabilidades parentais precoces, como cuidar de irmãos mais novos (Calheiros, 2006). Em todos estes casos, estão em causa falhas no dever de garantir condições adequadas à estimulação e ao crescimento saudável da criança/jovem.

A negligência emocional, ocorre quando não são asseguradas as necessidades afetivas e relacionais da criança/jovem, como o apoio, a segurança, a estimulação socio-emocional e o estabelecimento de limites adequados. Esta falha compromete de forma significativa o desenvolvimento afetivo e social, podendo estar associada à ausência de maturidade emocional, saúde mental ou conhecimentos parentais. Em muitos casos, os cuidadores não reconhecem a importância do afeto e da estimulação para o crescimento saudável, ou revelam incapacidade em atender a essas necessidades, incluindo dificuldades na identificação de sinais de doença, má nutrição ou sofrimento emocional. Estas dinâmicas resultam, assim, numa ausência de suporte essencial à promoção da autonomia e da autoestima da criança/jovem (Carr, 2015).

Hildyard & Wolfe (2002) apresentam outro tipo de negligência, a negligência de supervisão, que ocorre quando os cuidadores não asseguram uma vigilância adequada, expondo a criança/jovem a contextos de risco significativos. Esta forma de negligência pode traduzir-se em deixar a criança sozinha durante longos períodos, permitir o acesso a ambientes perigosos sem supervisão ou não garantir a proteção contra situações potencialmente lesivas. A ausência de monitorização adequada compromete a segurança da criança e aumenta a probabilidade de acidentes, quedas, intoxicações ou envolvimento em comportamentos de risco.

Apesar da categorização em diferentes dimensões, a negligência é um conceito complexo, difícil de definir de forma consensual e de avaliar com precisão. Esta dificuldade decorre, em parte, da ausência de critérios objetivos que permitam distinguir se a criança/jovem se encontra em perigo efetivo ou apenas em situação de risco, bem como da dificuldade em aferir a intencionalidade dos comportamentos dos cuidadores (Calheiros, 2006). A compreensão da negligência requer, assim, uma análise que vá além dos “défices” parentais imediatas, integrando múltiplos fatores de risco e de contexto. A sua ocorrência resulta frequentemente da interação entre características individuais da criança/jovem, como a idade ou necessidades específicas de saúde, fatores pessoais e interpessoais dos cuidadores, condições socioeconómicas desfavoráveis, fragilidade das redes de apoio disponíveis e ainda da existência e qualidade das respostas institucionais na comunidade (Dubowitz, 2013; McSherry, 2007).

A negligência constitui uma das situações de perigo mais prevalentes no contexto nacional, conforme evidenciado nos relatórios da CNPDPCJ, coexistindo, frequentemente, com outras formas de maus-tratos. Neste sentido, é importante reforçar que a negligência deve ser entendida como um fenómeno multifatorial, enraizado na interação entre vulnerabilidades pessoais e constrangimentos contextuais e multidimensional, assumindo diferentes manifestações, em diferentes domínios do desenvolvimento e com diferentes níveis de gravidade. Esta perspetiva ecológica, permite compreender a persistência deste fenómeno e fundamenta a necessidade de respostas de intervenção mais eficazes, centradas não só na criança/jovem e na família, mas também nas redes de apoio e nos serviços institucionais que as envolvem.

## **2. Fatores de Risco Associados a Maus-Tratos e Negligência na Infância**

A compreensão dos maus-tratos e da negligência infantil exige a análise de um vasto conjunto de fatores de risco, cuja interação aumenta significativamente a probabilidade de ocorrência destes fenómenos. A literatura é consensual ao sublinhar que não existe um único fator determinante, mas sim uma combinação de variáveis individuais, familiares, comunitárias e sociais que, quando acumuladas, potenciam a vulnerabilidade das crianças/jovens (Mulder et al., 2018; WHO, 2024).

No plano individual, embora as crianças/jovens sejam sempre vítimas e nunca responsáveis pelos maus-tratos, algumas das suas características podem contribuir para

uma maior exposição ao risco. Entre estas destacam-se a idade precoce, a presença de necessidades especiais de saúde, perturbações do desenvolvimento ou condições neurológicas, assim como o facto de não corresponderem ao idealizado pelos cuidadores (Austin et al., 2020; WHO, 2024). Alguns estudos apontam também para um efeito adicional associado à raça/etnia, salientando, contudo, que este risco decorre não de fatores biológicos, mas de fenómenos estruturais, como o racismo sistémico, o ambiente (cultural) em que a criança/jovem está a crescer, a discriminação e os preconceitos implícitos e explícitos (Austin et al., 2020; Mulder et al., 2018).

Ao nível familiar, a evidência tem identificado fatores particularmente relevantes, como a existência de histórico parental de maus-tratos na infância ou de delinquência, histórico de problemas de saúde mental, baixo nível de escolaridade, consumo abusivo de substâncias e violência doméstica (Austin et al., 2020; Mulder et al., 2018; WHO, 2024; Younas & Gutman, 2023). A investigação confirma ainda a transmissão intergeracional do risco, dado que pais que foram vítimas de maus-tratos na infância apresentam maior probabilidade de reproduzir padrões de violência e negligência, frequentemente associados a perturbações do humor ou a dificuldades de vinculação (Mulder et al., 2018; Younas & Gutman, 2023). Outros fatores como a monoparentalidade, o isolamento social, a parentalidade precoce, os conflitos conjugais e a precariedade financeira surgem também como variáveis de peso, não de forma isolada, mas no quadro de contextos marcados pela adversidade e pela ausência de redes de suporte (Austin et al., 2020; Mersky et al., 2009; Younas & Gutman, 2023).

No plano comunitário, a literatura destaca a influência de contextos caracterizados por elevadas taxas de desemprego, violência e criminalidade, habitação precária e desvantagem sociocultural cumulativa, definida por fenómenos como pobreza persistente, instabilidade residencial e ausência de serviços de apoio às famílias (Austin et al., 2020; WHO, 2024). Estes fatores contribuem para o aumento das dificuldades no exercício parental e para a redução da disponibilidade de potenciais recursos protetores, favorecendo a perpetuação de ciclos de risco.

Fatores de natureza estrutural e societal assumem também um papel central. Territórios e comunidades com legislação insuficiente neste domínio, com políticas sociais e económicas frágeis e com normas culturais que toleram ou promovem a violência, tendem a apresentar maior prevalência de situações de maus-tratos e

negligência (WHO, 2024). A evidência mostra que níveis elevados de discriminação contra as mulheres, desigualdade de género e disparidades entre géneros estão associados a percentagens mais elevadas de figuras adultas com práticas parentais marcadas pela disciplina física severa e/ou pela negligência na supervisão (Austin et al., 2020).

### **3. Impacto dos Maus-tratos e Negligência na Infância**

Os maus-tratos e a negligência na infância, nas suas diferentes dimensões, representam um problema global de saúde pública, com impactos que se fazem sentir tanto a curto como a longo prazo no desenvolvimento infantil. Estes fenómenos constituem experiências adversas de elevada gravidade, cujas repercussões ultrapassam a esfera imediata da criança/jovem e se projetam ao longo do ciclo de vida, afetando também a sociedade em geral (Hirschmann et al., 2021; WHO, 2024).

A literatura sublinha que os efeitos dos maus-tratos e da negligência não se limitam a consequências imediatas, mas apresentam um carácter cumulativo e persistente, influenciando negativamente o desenvolvimento físico, psicológico, social e até biológico. Este impacto abrangente aumenta a vulnerabilidade a dificuldades futuras, reforçando a importância de compreender as suas múltiplas consequências para fundamentar práticas de prevenção e intervenção eficazes (WHO, 2024; Winter et al., 2022).

#### **3.1. Impacto no Desenvolvimento Físico, Psicológico e Social**

A nível físico, as crianças/jovens expostas a maus-tratos estão particularmente vulneráveis a um conjunto de consequências imediatas e mediatas, como traumatismos cranianos, fraturas, queimaduras e outras lesões corporais graves, que podem resultar em incapacidades permanentes ou, em casos extremos, na morte (Carr, 2015; WHO, 2024). Para além destas situações agudas, a negligência persistente compromete seriamente a saúde física, refletindo-se na ausência de cuidados médicos básicos, deficiente nutrição, más condições de higiene e maior suscetibilidade a doenças como anemia, défices vitamínicos e atraso no crescimento, com impacto direto no desenvolvimento global da criança e no seu sistema imunitário (Dubowitz, 2013; Winter et al., 2022). O abuso sexual acrescenta riscos específicos, como infeções sexualmente

transmissíveis (incluindo VIH), distúrbios ginecológicos e gravidez indesejada em adolescentes (WHO, 2024).

As repercussões à exposição prolongada a adversidades deste tipo estendem-se também ao longo da vida. Maus-tratos e negligência aumentam a probabilidade de doenças não transmissíveis, como obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e cancro, frequentemente mediadas pela adoção de comportamentos de risco, como consumo de álcool, drogas e tabaco (Hesterman, 2021; WHO, 2024).

A estes riscos acresce o impacto do stress tóxico, caracterizado pela ativação prolongada e intensa do sistema de resposta ao stress, sem a presença de mecanismos de suporte e regulação, que está relacionado com perturbações no desenvolvimento cerebral precoce e afeta sistemas neurológicos, endócrinos e imunitários, comprometendo a capacidade adaptativa da criança/jovem e aumentando a vulnerabilidade a problemas de saúde na idade adulta (Czamara et al., 2021; Kay-Dawodu, 2021). Estudos recentes confirmam ainda alterações nos biomarcadores inflamatórios e nos níveis hormonais, como o cortisol, refletindo a sobrecarga fisiológica e explicando a ligação entre adversidades precoces e maior vulnerabilidade a doenças crónicas na idade adulta (Nation et al., 2023; Power et al., 2020).

As consequências psicológicas dos maus-tratos e da negligência constituem uma das áreas mais amplamente documentadas e com maior consistência empírica. A curto prazo, crianças/jovens expostas a experiências adversas apresentam frequentemente sintomas de perturbação de stress pós-traumático, ansiedade, depressão, dificuldades de vinculação e problemas de regulação emocional (Peixoto & Oliveira, 2024; WHO, 2024). Estas manifestações traduzem-se em comportamentos de evitamento, hipervigilância, alterações do sono e sentimentos persistentes de medo e insegurança.

A médio prazo, estes efeitos tendem a consolidar-se e a evoluir para perturbações de comportamento e défices de atenção, associados a baixo rendimento escolar e dificuldades cognitivas (Winter et al., 2022). A negligência emocional, em particular, está ligada a défices significativos na construção da identidade e no desenvolvimento da autoestima, limitando a autonomia e a capacidade de lidar com frustrações (Carr, 2015). Estudos longitudinais demonstram que crianças entre os 3 e 5 anos expostas a ambientes adversos podem apresentar atrasos cognitivos e motores relevantes, bem como sinais precoces de comprometimento da saúde mental (Winter et al., 2022).

A longo prazo, maus-tratos e negligência estão fortemente associados ao desenvolvimento de perturbações de humor, abuso de substâncias, comportamentos aditivos, automutilação e risco suicidário. Uma revisão recente (Lawrence et al., 2023) confirma que maus-tratos emocionais e abusos sexuais aumentam substancialmente a probabilidade de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio. De igual modo, existe evidência crescente de que adversidades precoces na infância podem induzir alterações neurobiológicas e epigenéticas em áreas cerebrais críticas como o hipocampo, a amígdala e o córtex pré-frontal, afetando circuitos responsáveis pela memória, pela regulação emocional e pelo controlo inibitório (Nation et al., 2023).

A nível social, as repercussões são igualmente significativas. Desde cedo, crianças vítimas de maus-tratos podem apresentar dificuldades de socialização, isolamento, baixa competência relacional e problemas de comportamento em contexto escolar (Peixoto & Oliveira, 2024). Estas dificuldades traduzem-se, a médio prazo, em absentismo escolar, baixo rendimento académico e abandono precoce, limitando as oportunidades de progressão educacional e profissional (Kay-Dawodu, 2021). A literatura aponta que o insucesso escolar está fortemente associado à experiência de negligência e maus-tratos, comprometendo o acesso a oportunidades de aprendizagem, bem como o desenvolvimento de competências sociais e emocionais necessárias para a integração comunitária (Kay-Dawodu, 2021; Lawrence et al., 2023; WHO, 2024). Estudos longitudinais recentes sugerem que estas adversidades têm impacto cumulativo, aumentando o risco de exclusão educacional e reduzindo a probabilidade de conclusão da escolaridade obrigatória (WHO, 2024).

A longo prazo, indivíduos com histórico de maus-tratos apresentam maior probabilidade de experienciar relações interpessoais disfuncionais, dificuldades na parentalidade, desemprego, marginalização social e delinquência (Lawrence et al., 2023; Nation et al., 2023). Estes fatores contribuem para a perpetuação de ciclos de vulnerabilidade e exclusão social, podendo mesmo resultar em envolvimento com o sistema de justiça criminal. Além disso, a literatura recente demonstra que maus-tratos emocionais e sexuais estão associados a maior probabilidade de adoção de comportamentos de risco socialmente disruptivos, como consumo de substâncias, práticas sexuais de risco e violência interpessoal (Bryce & Collier, 2022; Hirschmann et al., 2021).

Do ponto de vista estrutural, estas consequências não afetam apenas os indivíduos, mas acarretam custos sociais e económicos significativos. Estão documentados maiores gastos em serviços de saúde, bem-estar social, sistema de justiça e apoio comunitário, bem como menor produtividade ao longo da vida adulta (Nation et al., 2023; Nelson et al., 2020; Power et al., 2020; WHO, 2024). Para além dos impactos diretos nos sistemas públicos, estes fenómenos reforçam desigualdades sociais já existentes, ao reduzir oportunidades de inserção profissional e perpetuar ciclos de pobreza e exclusão (Fritzon et al., 2020; Lippard & Nemeroff, 2020).

Assim, os impactos sociais dos maus-tratos e da negligência não devem ser entendidos como consequências isoladas, mas como parte de um fenómeno intersectorial, que afeta tanto o percurso individual da criança/jovem, como o desenvolvimento societal de uma comunidade. Reconhecer esta dimensão social é fundamental para justificar políticas públicas de prevenção e de intervenção precoce, que não apenas protejam as crianças/jovens, mas também quebrem o ciclo de adversidades, reduzam desigualdades estruturais e minimizem o impacto a longo prazo na saúde pública e no tecido social.

### **3.2. Relação com Trajetórias Antissociais e Dificuldades de Integração Social**

As experiências adversas na infância, particularmente os maus-tratos e a negligência, não se esgotam no impacto em termos desenvolvimentais multidimensionais, mas têm um papel determinante na adoção de comportamentos de risco ao longo da adolescência e da vida adulta. Efetivamente, a literatura demonstra que estas experiências podem alterar trajetórias desenvolvimentais de forma significativa, aumentando a vulnerabilidade a padrões comportamentais desviantes e, ainda, a dificuldades significativas de integração social (Basto-Pereira et al., 2022; Nelson et al., 2020).

Do ponto de vista comportamental, vários estudos apontam que crianças e jovens maltratadas tendem a iniciar precocemente o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, frequentemente como tentativa de regulação emocional e alívio de sintomas de ansiedade e depressão (Aytur et al., 2022; Hirschmann et al., 2021). O abuso de substâncias, além de comprometer o desenvolvimento neurológico e aumentar o risco de dependência, funciona como mediador entre as experiências adversas precoces e

problemas de saúde física e mental na vida adulta (Winter et al., 2022). A este risco acresce a maior propensão para comportamentos sexuais desprotegidos, múltiplos parceiros e gravidez indesejada, fenómenos frequentemente observados em adolescentes vítimas de negligência ou abuso sexual, com impacto acrescido no ciclo de pobreza e exclusão social (Lawrence et al., 2023).

As dificuldades de integração social manifestam-se de forma precoce em contexto escolar. Crianças/jovens vítimas de maus-tratos apresentam maiores níveis de absentismo, desmotivação académica, baixo rendimento e perturbações de comportamento, fatores que aumentam o risco de abandono escolar precoce (Kay-Dawodu, 2021; WHO, 2024). A escola, que poderia ser um espaço de proteção e suporte, torna-se frequentemente um palco de dificuldades relacionais e de estigmatização. Tais desafios não só comprometem o percurso educativo, mas limitam também o acesso futuro a oportunidades profissionais, reforçando ciclos de vulnerabilidade (Kay-Dawodu, 2021; Winter et al., 2022).

Em termos relacionais e comunitários, os maus-tratos estão associados a maiores dificuldades na construção de vínculos de confiança e em manter relações interpessoais estáveis. A literatura reporta uma ligação consistente entre a vitimação precoce e o desenvolvimento de comportamentos antissociais, violência interpessoal e até envolvimento em redes criminais (Basto-Pereira et al., 2022; Jaffee, 2017). Estas dificuldades derivam não apenas do trauma individual, mas também da exclusão social a que muitas destas crianças e jovens estão sujeitos, devido à estigmatização, pobreza e ausência de redes de suporte.

O efeito cumulativo destas experiências traduz-se numa maior probabilidade de exclusão social persistente na idade adulta. Um estudo longitudinal recente confirma que a exposição a adversidades infantis prediz não só perturbações emocionais, mas também taxas mais elevadas de desemprego, precariedade laboral e isolamento social (Lawrence et al., 2023). Estes resultados reforçam a ideia de que os maus-tratos e a negligência não são apenas fenómenos individuais, mas constituem determinantes sociais de saúde, com impacto transversal nas trajetórias de vida e no funcionamento da sociedade.

### **3.3. O Papel da Transmissão Intergeracional da Violência**

A Transmissão Intergeracional da Violência (TIV) é um fenômeno amplamente documentado que traduz a tendência para que experiências de vitimação na infância aumentem a probabilidade de comportamentos violentos, passando a ser os agressores, ou de revitimação na vida adulta (Taccini et al., 2021). Esta continuidade entre gerações não deve ser entendida como um processo linear ou inevitável, mas como o resultado de uma complexa interação entre mecanismos individuais, familiares e contextuais (Oliveira, 2015).

Do ponto de vista explicativo, a teoria da aprendizagem social continua a ser central. Crianças/jovens que crescem em ambientes violentos observam, internalizam e normalizam tais comportamentos, reproduzindo-os mais tarde nas suas próprias relações (Bandura, 1999; Gomis-Pomares et al., 2023). Paralelamente, estilos de vinculação inseguros, frequentemente resultantes de rejeição, negligência ou inconsistência parental, comprometem a capacidade de estabelecer relações saudáveis, favorecendo padrões de dependência, conflito ou tolerância à violência (Taccini et al., 2021).

Evidência longitudinal recente tem confirmado que crianças/jovens expostas a violência doméstica ou negligência apresentam maior probabilidade de se tornarem figuras agressoras ou vítimas na vida adulta (Oliveira, 2015; Wadji et al., 2022; Zhu et al., 2025). Contudo, a investigação também demonstra que esta transmissão é mediada por variáveis contextuais, incluindo fatores socioeconómicos, saúde mental parental, consumo de substâncias e disfunções familiares (Reese et al., 2022; Wildeman, 2019). Assim, a perpetuação da violência não é apenas uma questão de aprendizagem individual, mas também um reflexo de desigualdades estruturais e de ausência de redes de suporte adequadas.

Importa destacar que este fenômeno não é universal. A literatura tem sublinhado o papel crucial dos fatores de proteção na interrupção dos ciclos de violência. Estudos recentes (Haslam & Taylor, 2022) mostram que a resiliência individual e o suporte social podem reduzir significativamente a probabilidade de repetição de comportamentos violentos. Por exemplo, crianças/jovens expostas a maus-tratos que desenvolveram relações positivas e seguras fora do núcleo familiar (como com professores, amigos ou

outros cuidadores) apresentaram menor risco de perpetuar padrões abusivos (Taccini et al., 2021).

A TIV deve também ser analisada numa perspetiva estrutural. Para além das consequências familiares, tem implicações sociais e económicas significativas, incluindo maior risco de absentismo escolar, desemprego, envolvimento com o sistema de justiça criminal e encargos acrescidos para os sistemas de saúde, justiça e proteção social (Jaffee, 2017; Wildeman, 2019). Estes dados reforçam a necessidade de políticas públicas que não se limitem a intervir em casos individuais, mas que promovam a prevenção comunitária e a redução das desigualdades sociais.

Por fim, é fundamental reconhecer que a TIV não é um destino inevitável. Investigações recentes evidenciam que programas de parentalidade positiva e apoio psicossocial podem contribuir para a interrupção dos ciclos de maus-tratos (Gélinas et al., 2025), enquanto intervenções que abordem o reconhecimento emocional, particularmente a capacidade de identificar corretamente expressões de medo e raiva, mostram potencial para aumentar a eficácia desses programas (Buisman et al., 2024). Assim, compreender este fenómeno implica reconhecer tanto os riscos da perpetuação da violência como as oportunidades de resiliência e mudança, sublinhando a importância de intervenções precoces e sustentadas.

#### **4. O Sistema de Promoção e Proteção em Portugal**

O sistema português de promoção dos direitos e proteção de crianças e jovens em perigo assenta num quadro legal próprio, a Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, conhecida como Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) – e atualizações subsequentes, que visa assegurar o bem-estar e os direitos de crianças e jovens até aos 18 anos.

A LPCJP representa o eixo central do sistema de proteção, assente no reconhecimento da criança como sujeito de direitos plenos, cuja dignidade e cidadania são inalienáveis, ainda que o exercício pessoal de alguns direitos seja suprido pelos pais ou representantes legais (CNPDPJ, 2025).

O sistema apela, em primeira instância, à família enquanto instituição responsável pela concretização dos direitos da criança/jovem. As crianças/jovens são reconhecidas ao nível constitucional como elemento fundamental da sociedade,

conferindo-lhes a necessária proteção por parte do Estado. Assim quando a família falha em providenciar estes direitos, o estado e a sociedade civil têm legitimidade para intervir nas áreas prejudicadas (CNPDPJ, 2025).

Importará ainda acrescentar que a LPCJP se encontra estruturada segundo o princípio da subsidiariedade (art. 4.º, al. j), determinando que a intervenção deve ocorrer de forma escalonada: em primeiro lugar pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude (como serviços de educação, saúde, segurança social e autarquias), depois pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), e, em último recurso, pelo Tribunal.

#### **4.1. A Importância das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens**

As Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) são entidades oficiais não judiciárias, com autonomia funcional, compostas por representantes de serviços públicos e da sociedade civil, atuando a nível municipal ou concelhio (Lei nº 147/99). Têm como missão promover os direitos e prevenir ou cessar situações de perigo, decidindo com imparcialidade e independência, sempre dentro da sua competência territorial. A sua ação situa-se como segundo patamar de intervenção, com a autonomia funcional e composição multidisciplinar, esta configuração garante que a esta atuação seja informada por diferentes olhares e áreas de conhecimento, permitindo respostas mais adequadas e completas às necessidades das crianças e jovens em situação de perigo (CNPDPJ, 2025).

As CPCJ funcionam em duas modalidades complementares. A modalidade alargada atua sobretudo ao nível da prevenção primária, em articulação com as entidades parceiras locais e com a Rede Social de cada território, promovendo uma cultura de efetivação dos direitos da criança e contribuindo para a consciencialização social relativamente ao papel das famílias e da comunidade na proteção infantil. Por sua vez, a modalidade restrita atua na proteção e defesa, em tempo útil, de crianças/jovens em situação de perigo, centrando-se na intervenção direta em situações concretas de perigo, tendo como responsabilidade a abertura e instrução dos Processos de Promoção e Proteção (PPP), a análise das comunicações recebidas e a aplicação das Medidas de Promoção e Proteção (MPP) adequadas a cada caso (CNPDPJ, 2025).

Importa sublinhar que a intervenção das CPCJ na modalidade restrita depende do consentimento expresso dos pais ou representantes legais da criança/jovem, bem como da não oposição da própria criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos, valorizando-se ainda a oposição de crianças mais novas sempre que demonstrem capacidade de compreender o sentido da intervenção (arts. 9.º e 10.º da LPCJP). Esta exigência distingue claramente a intervenção das CPCJ da esfera judicial, refletindo o seu carácter colaborativo e não coercivo. Apenas quando não é possível obter o consentimento, ou quando este é retirado, a situação é remetida para o Tribunal.

Entre os fundamentos essenciais da conceção e funcionamento das CPCJ destaca-se o princípio de que cada comunidade é responsável pelas suas crianças e jovens, cabendo-lhe, em corresponsabilização com as famílias, o Estado central e a sociedade civil, encontrar os recursos e estratégias necessários para a promoção e proteção dos elementos mais vulneráveis. Este princípio traduz a dimensão comunitária da proteção, reforçando a ideia de que a intervenção mais eficaz é aquela que parte de dentro da própria rede social da criança/jovem (CNPDPJ, 2025).

Compete ainda às CPCJ, no exercício da sua modalidade restrita, avaliar liminarmente as situações que lhe chegam ao conhecimento, decidindo sobre a abertura de novos processos, a incorporação de informações em PPP já existentes ou a reabertura de PPP anteriormente arquivados. Devem verificar igualmente a sua competência territorial e assegurar o respeito pelo princípio da subsidiariedade, evitando sobreposição de intervenções e garantindo a articulação entre CPCJ e Tribunal (CNPDPJ, 2025).

A intervenção das CPCJ segue uma metodologia assente em fases bem definidas, que garantem o respeito pelos princípios da legalidade, proporcionalidade e interesse superior da criança Conforme definido n.º 1 do art.º 21.º da LPCJP.

O PPP inicia-se, assim, com a receção de uma comunicação ou sinalização de perigo. Segue-se a Análise Preliminar, em que a comissão restrita aprecia a informação recebida e decide se deve ou não proceder à abertura de processo. Quando se considera pertinente, avança-se para a Avaliação Diagnóstica, etapa em que se recolhem dados junto da família, escola, serviços de saúde e demais entidades, de modo a caracterizar os fatores de risco e proteção envolvidos. Esta fase depende do consentimento expresso e por escrito dos pais ou representantes legais da criança/jovem, bem como da não

oposição da própria criança/jovem com idade igual ou superior a 12 anos (arts. 9.º e 10.º da LPCJP). Confirmada a situação de perigo e obtido o consentimento, procede-se à elaboração do Acordo de Promoção e Proteção (APP), que integra a MPP a aplicar adequada. Este acordo define os objetivos, responsabilidades das partes envolvidas e os recursos mobilizados para reduzir ou eliminar o perigo identificado (CNPDPJC, 2025).

As MPP previstas na LPCJP podem ser aplicadas em meio natural de vida ou em regime de colocação. No primeiro grupo incluem-se medidas como: apoio junto dos pais; apoio junto de outro familiar; confiança a pessoa idónea; apoio para a autonomia de vida. No segundo grupo, quando a situação de perigo o justifica, podem ser aplicadas medidas como: acolhimento familiar; acolhimento residencial; confiança a pessoa selecionada para adoção (Lei nº 147/99). As MPP são ajustadas conforme a gravidade e natureza da situação diagnosticada, sendo a sua escolha orientada pelo princípio da subsidiariedade, privilegiando-se sempre que possível as soluções que mantenham a criança/jovem no seu meio familiar, sendo objeto de acompanhamento e monitorização contínua, tendo uma avaliação periódica dos progressos alcançados e a adequação da intervenção (CNPDPJC, 2025).

As MPP aplicadas podem ser cautelares ou não cautelares. As medidas cautelares são aplicadas de forma provisória e imediata, sempre que seja necessário garantir a segurança da criança ou jovem durante o período de avaliação e diagnóstico, antes da deliberação final sobre o APP. Exemplos incluem o apoio junto dos pais com supervisão reforçada ou a colocação temporária em família de acolhimento/instituição (CNPDPJC, 2025). Já as medidas não cautelares correspondem às medidas definitivas previstas no APP, formalizadas após a avaliação diagnóstica e contratualização, com vista a eliminar de forma sustentada a situação de perigo.

Na generalidade das situações, após o término da intervenção, os PPP são arquivados, podendo tal arquivamento decorrer não apenas da resolução do perigo, mas também de fatores como a retirada do consentimento, a maioria da criança/jovem ou a inexistência de condições para a continuidade da intervenção.

## 5. O Retrato Atual dos Maus-tratos e Negligência na Infância

O Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ relativo ao ano de 2024 evidencia um aumento da atividade destas entidades, refletindo a sua relevância no sistema de promoção e proteção em Portugal (CNPDPJ, 2025).

Em 2024 foram recebidas 58 436 comunicações de situações de perigo, representando um aumento de 6,7% relativamente ao ano anterior, sendo, porém, um crescimento menos acentuado relativamente a anos prévios. Efetivamente, na sua totalidade, as comunicações corresponderam a 64 851 situações de perigo, dado que uma mesma comunicação pode reportar mais do que uma situação. As Forças de Segurança (42,0%) e os Estabelecimentos de Ensino (18,5%) são as entidades que mais comunicaram situações de perigo. As comunicações anónimas, provenientes da comunidade, vizinhos ou particulares, mantêm tendência de crescimento, revelando assim, potencialmente, uma maior sensibilização social para a proteção da infância (CNPDPJ, 2025).

Entre as categorias de perigo diagnosticadas, a Negligência foi a mais prevalente (30,4%), seguida da Violência Doméstica (27,5%), com uma ligeira diminuição face ao ano anterior. Registaram-se ainda aumentos percentuais nas tipologias de Comportamentos de Perigo na Infância e Juventude (18,8%) e na de Maus-tratos Físicos (5,2%). Os Maus-tratos Psicológicos corresponderam a 3,2% das situações e, o Abuso Sexual, representou 2,1% do total das situações. O Direito à Educação esteve comprometido em 11,5% dos casos. Situações menos frequentes foram o Abandono (1,1%), a Exploração do Trabalho Infantil (0,1%) e crianças provenientes de Conflito Armado (CNPDPJ, 2025). A distribuição etária das situações reportadas mostra uma concentração progressiva nos escalões mais velhos: 22,6% das crianças tinham entre 0-5 anos, 22,3% entre 6-10 anos, 25,4% entre 11-14 anos e 27,5% entre 15-18 anos.

Relativamente às MPP aplicadas, observou-se a prioridade pelas medidas em meio natural de vida, destacando-se o apoio junto dos pais como a mais aplicada, seguida do apoio junto de outro familiar e da confiança a pessoa idónea. Já as medidas de colocação surgem, como suposto, com menor prevalência, sendo aplicadas em situações de maior gravidade, quando a permanência no ambiente familiar não é considerada segura.

A análise do relatório revela ainda que as situações de Violência Doméstica e de Negligência por falta de supervisão e acompanhamento familiar são as que mais frequentemente conduzem à aplicação de MPP. Enquanto a Violência Doméstica aparece associada, sobretudo, a medidas de apoio junto dos pais ou familiares, a Negligência surge transversalmente em todos os tipos de MPP. Já os comportamentos graves antissociais ou de indisciplina estão fortemente relacionados com a aplicação de Medidas de acolhimento residencial.

## **6. Avaliação do Risco nos Maus-tratos e Negligência na Infância**

Uma avaliação precoce do risco em matéria de proteção infantil assume um papel determinante na prevenção de situações de perigo e na definição de respostas adequadas. A sua relevância prende-se com a capacidade de identificar, em fases iniciais, fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência ou recorrência de maus-tratos e negligência, permitindo que as intervenções sejam mais céleres, consistentes e proporcionais à gravidade do caso (Dias et al., 2024). Para além de prevenir danos imediatos, a avaliação de risco possibilita a categorização das famílias em diferentes níveis de vulnerabilidade, promovendo a racionalização dos recursos disponíveis e a priorização de casos mais críticos (Dias et al., 2024).

O objetivo central da avaliação de risco é, assim, estimar a probabilidade de uma criança/jovem ser (ou continuar a ser) vítima de maus-tratos no futuro, avaliando fatores individuais, parentais, familiares, sociais e comunitários, bem como as dinâmicas relacionais que moldam o funcionamento do agregado familiar (Knoke & Trocmé, 2005). Para tal, a recolha e sistematização da informação são essenciais, não só para fundamentar a gravidade da situação, mas também para antecipar o risco de reincidência, avaliar fatores protetores e orientar a intervenção, sempre em respeito pelo princípio do superior interesse da criança/jovem (Knoke & Trocmé, 2005).

A avaliação do risco assume, assim, uma dupla função: preventiva, ao possibilitar a identificação antecipada de fatores de risco e a mitigação de danos, e operacional, ao fornecer às equipas metodologias consistentes para lidar com situações de elevada complexidade. Embora não elimine a necessidade do juízo clínico e da contextualização cultural, a avaliação sistemática do risco constitui uma prática técnica indispensável para

umentar a eficácia da proteção infantil e garantir decisões mais céleres, éticas, transparentes e ajustadas à realidade de cada criança/jovem e família.

### **6.1. Modelos de Avaliação do Risco nos Maus-tratos e Negligência na Infância**

A avaliação do risco no domínio da proteção infantil tem evoluído no sentido de equilibrar abordagens clínicas, baseadas no juízo profissional, e abordagens estruturadas, baseadas em consensos ou modelos atuariais.

O Modelo Clínico, também designado por abordagem não estruturada, é sustentado sobretudo na experiência, conhecimento técnico e julgamento subjetivo do profissional responsável pela análise da situação. Historicamente, foi a abordagem mais utilizada, permitindo flexibilidade e adaptação às especificidades de cada caso, bem como a possibilidade de captar dimensões contextuais que frequentemente escapam a instrumentos padronizados (Knoke & Trocmé, 2005). No entanto, a sua principal limitação prende-se com a inconsistência dos resultados, já que diferentes profissionais podem atribuir níveis de risco distintos à mesma situação. Esta variabilidade, associada à influência de vieses pessoais e institucionais, compromete a fiabilidade, a objetividade e a equidade na tomada de decisão (Gillingham, 2016; Shlonsky & Wagner, 2005).

O Modelo Baseado no Consenso surgiu como uma tentativa de reduzir a variabilidade inerente ao julgamento clínico individual, através da padronização de critérios de risco e proteção. Neste modelo, os indicadores são definidos a partir da literatura científica e do parecer de peritos, resultando em listas estruturadas que orientam a prática profissional (D'Andrade et al., 2008; Mendoza et al., 2016). A lógica subjacente é que a concordância entre especialistas confere maior objetividade e consistência ao processo, mitigando a influência exclusiva do julgamento subjetivo.

Apesar destes avanços, o modelo continua a enfrentar limitações relevantes: a ambiguidade conceptual de alguns indicadores, a utilização das mesmas variáveis para diferentes tipos de maus-tratos e a ausência de validação estatística robusta têm sido críticas centrais (Barber et al., 2007; D'Andrade et al., 2008; Gillingham, 2016). Ainda assim, este modelo representou um marco importante, ao introduzir uma estrutura mínima de uniformização na avaliação do risco e ao criar uma ponte para o desenvolvimento de modelos mais rigorosos e empiricamente validados, como os atuariais. Em termos práticos, mantém utilidade em contextos complexos, onde a

flexibilidade interpretativa dos profissionais continua necessária para captar dimensões que escapam a medições estritamente padronizadas (Benbenishty et al., 2015).

Dias e colegas (2024) defendem a adoção de soluções híbridas, que articulem a experiência profissional com ferramentas baseadas em evidência empírica, criando condições para decisões mais consistentes, transparentes e orientadas pelo superior interesse da criança/jovem. Estas soluções permitem conjugar os benefícios de ambas as abordagens, garantindo maior robustez na tomada de decisão.

A mesma fonte sublinha que tanto o Modelo Clínico, como o Modelo Baseado no Consenso devem ser entendidos como etapas evolutivas na construção de sistemas mais sofisticados de avaliação do risco: enquanto a abordagem clínica oferece sensibilidade ao contexto e adaptabilidade, a abordagem consensual introduz uma maior sistematização e transparência (embora insuficiente para assegurar predição robusta).

Apesar das críticas, estes modelos mantêm uma importância prática inegável: são particularmente úteis em contextos de elevada complexidade, onde a informação é fragmentada e os instrumentos padronizados não conseguem captar a totalidade dos fatores em causa. Além disso, constituem frequentemente a base para a evolução de sistemas mais rigorosos, como os modelos atuariais e o Structured Decision Making (SDM), que se apoiam em evidência empírica, mas continuam a integrar contributos de especialistas.

## **6.2. Modelo Atuarial de Avaliação do Risco nos Maus-tratos e Negligência**

O Modelo Atuarial de Avaliação do Risco corresponde a uma abordagem baseada na evidência, assente na utilização de dados empíricos e métodos estatísticos para estimar a probabilidade de ocorrência e/ou recorrência de maus-tratos e negligência (D'Andrade et al., 2008).

Este modelo procura reduzir enviesamentos e aumentar a objetividade através da construção de instrumentos estandardizados que quantificam fatores de risco e de proteção, com apoio de dados demográficos, históricos familiares, fatores ambientais e a presença de abuso prévio (Baird & Wagner, 2000; Shlonsky & Wagner, 2005). Estes instrumentos são geralmente operacionalizados sob a forma de escalas ou listas de verificação desenvolvidas a partir de grandes bases de dados longitudinais, permitindo identificar preditores estatisticamente significativos da reincidência de maus-tratos em

diferentes níveis de gravidade. O seu objetivo é apoiar os profissionais na identificação e classificação das famílias em diferentes níveis de risco, facilitando a priorização dos casos e a tomada de decisões mais consistentes e fundamentadas, contribuindo para garantir o desenvolvimento saudável das crianças/jovens e o suporte adequado às famílias (Dias et al., 2024; Fluke et al., 2012).

Entre as principais características do Modelo Atuarial destaca-se a sua estrutura objetiva, baseada em estudos empíricos com variáveis estatisticamente robustas, ponderadas em função do seu valor preditivo. As vantagens desta abordagem prendem-se sobretudo com a padronização do processo decisório, a redução de subjetividade e dos enviesamentos individuais, a maior consistência interprofissional e a maior validade preditiva quando comparada com métodos clínicos ou consensuais (Gillingham, 2016; Gillingham & Humphreys, 2010). Os modelos atuariais permitem ainda uma gestão mais eficiente dos recursos, ao diferenciar situações de alto risco daquelas que requerem apenas monitorização (Fluke et al., 2012; Van der Put et al., 2023).

Contudo, não estão isentos de limitações. Diversos autores sublinham a sua incapacidade de captar a complexidade das dinâmicas familiares, dado que tendem a basear-se num conjunto limitado de variáveis, podendo assim negligenciar fatores contextuais relevantes (Gillingham, 2016; Van der Put et al., 2023), o que tende a levar a decisões mais padronizadas e, por vezes, pouco sensíveis às especificidades de cada caso (Logan-Greene & Semanchin Jones, 2018). Por outro lado, a eficácia dos modelos atuariais depende fortemente da existência de sistemas de informação robustos e registos consistentes, o que nem sempre ocorre em todos os contextos de intervenção (Fluke et al., 2012).

Quando comparado com abordagens clínicas e subjetivas, o Modelo Atuarial revela-se mais consistente na previsão da recorrência de maus-tratos em termos, demonstrando maior fiabilidade e validade preditiva. Meta-análises de larga escala confirmam que os métodos atuariais são sistematicamente mais eficazes na previsão da ocorrência e recorrência de situações de risco (Fluke et al., 2012; Van der Put et al., 2023). Ainda assim, vários autores recomendam que estes instrumentos não substituam integralmente a sensibilidade e juízo clínico, mas antes o complementem, funcionando como uma base estruturada que pode ser enriquecida pela interpretação profissional e

ajustadas às nuances de cada caso (Dias et al., 2024; Gillingham, 2016; Shlonsky & Wagner, 2005).

A nível internacional, os modelos atuariais têm sido aplicados em diversos sistemas de proteção, nomeadamente nos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia. Estudos realizados nestes países demonstram que a utilização de ferramentas atuariais contribui para reduzir a reincidência de maus-tratos, melhorar a consistência das decisões e aumentar a transparência no processo de proteção infantil (Baird & Wagner, 2000; Coohy et al., 2013; Dias et al., 2024; Fluke et al., 2012). Nos Estados Unidos, estudos confirmam a eficácia destas ferramentas, mas alertam para a necessidade de validação contínua e adaptação cultural às especificidades das populações avaliadas (Fluke et al., 2012; Gillingham, 2016).

Um dos modelos atuariais mais difundidos internacionalmente é o SDM, desenvolvido pelo Children's Research Center (CRC). Trata-se de um sistema formal, contínuo e interativo que integra um conjunto de ferramentas estruturadas destinadas a apoiar a tomada de decisão em diferentes fases do PPP, desde a triagem inicial até à reunificação familiar (Shlonsky & Wagner, 2005).

Entre os seus principais componentes encontram-se a avaliação de prioridade de resposta (Response Priority), que determina a urgência da intervenção; a avaliação de segurança (Safety Assessment), que identifica ameaças imediatas à integridade da criança/jovem; a avaliação de risco (Family Risk Assessment), que classifica as famílias em diferentes níveis de gravidade (baixo, médio, alto ou muito alto); a análise de pontos fortes e necessidades (Family Strengths and Needs Assessment), que avalia recursos e vulnerabilidades familiares; bem como instrumentos de reavaliação e reunificação, que permitem monitorizar a evolução dos casos e orientar o retorno da criança/jovem ao lar em condições seguras (CRC, 2008).

Entre as principais vantagens do SDM destacam-se a objetividade, ao reduzir preconceitos individuais e promover maior equidade entre famílias de diferentes contextos sociais, e a consistência interprofissional, ao garantir que as decisões se baseiam em critérios previamente definidos. Acresce ainda a flexibilidade, uma vez que os resultados obtidos através das ferramentas podem ajustados mediante o juízo clínico informado do profissional. Esta possibilidade, prevista no próprio modelo, permite integrar as complexidades de cada caso e assegurar que a decisão final reflita tanto a

evidência empírica como a experiência profissional. Estas ferramentas contribuem para alinhar os recursos disponíveis com as necessidades reais das famílias, facilitando a priorização de casos e a monitorização da evolução das situações (CRC, 2008).

Não obstante os aspetos positivos referenciados, algumas limitações têm sido apontadas, incluindo a opacidade dos algoritmos utilizados, a tendência para simplificar excessivamente as dinâmicas familiares e a dependência de uma formação contínua e qualificada para assegurar a correta aplicação do modelo. Apesar destas críticas, o SDM consolidou-se como uma das ferramentas de referência a nível internacional, representando um equilíbrio entre a robustez estatística dos modelos atuariais e a flexibilidade necessária para integrar a análise clínica contextual (Shlonsky & Wagner, 2005).

### **6.3. Avaliação do Risco em Portugal: Pilotagem da Escala de Avaliação do Risco Familiar de Abuso/Negligência**

Em Portugal, a avaliação do risco em contexto de proteção infantil tem evoluído de forma gradual, mas continua a enfrentar desafios significativos. Em comparação com outros países, onde modelos estruturados de avaliação do risco estão amplamente utilizados, o recurso a instrumentos específicos que orientem os profissionais na recolha, organização e análise da informação permanece ainda pouco frequente (Melo & Alarcão, 2015). Nos últimos anos, têm sido realizados esforços para adaptar e aplicar a Escala de Avaliação do Risco Familiar de Abuso/Negligência ao contexto português, nomeadamente através de investigações desenvolvidas no âmbito das CPCJ.

Este instrumento é uma escala atuarial baseada no modelo SDM, tendo sido adaptada ao contexto nacional por Peixoto e colegas (2011) com o objetivo de contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno da negligência e dos maus-tratos na infância em Portugal, por meio da identificação de indicadores com potencial preditivo, com o propósito de prevenir este tipo de revitimação, como auxiliar as equipas técnicas na tomada de decisão relativamente à gravidade dos casos, permite orientar a avaliação, a intervenção e a decisão de forma célere e fundamentada, funcionando como instrumento de apoio, devendo ser complementada com outras metodologias e fontes de informação (CRC, 2008; Peixoto et al., 2011). Assim, procura-se não apenas detetar

estes casos de forma mais precoce, mas também possibilitar intervenções mais ágeis e eficazes.

O processo de adaptação da Escala de Avaliação do Risco de Abuso e Negligência na Infância iniciou-se com a análise de 640 relatórios de avaliação diagnóstica realizados no âmbito de PPP de Crianças e Jovens em Perigo, tendo sido identificados fatores de risco e o seu potencial preditivo. Com base nos resultados obtidos e tendo por base o enquadramento concetual do SDM, foi desenvolvido um instrumento adaptada à realidade portuguesa (Peixoto et al., 2011).

Este instrumento foi então aplicado a cerca de 200 processos, por seis investigadores distintos, demonstrando níveis satisfatórios de Consistência Interna e de Concordância Interavaliadores. Os fatores de proteção apresentaram índices de concordância mais baixos, sugerindo a necessidade de uma revisão (Peixoto et al., 2011).

Os resultados de estudos de follow-up indicaram que os casos classificados como de baixo risco tendiam a ser arquivados, enquanto os de risco elevado se mantinham ativos e frequentemente associados a medidas mais severas, como o acolhimento residencial ou a aplicação de medidas tutelares educativas (Peixoto et al., 2011). Estes dados confirmam a validade preditiva do instrumento e a sua utilidade na prática profissional.

Apesar dos progressos, importa reconhecer que a utilização de abordagens atuariais na avaliação do risco em Portugal ainda é pouco frequente, permanecendo desafios como a necessidade de maior investimento em formação contínua dos profissionais das CPCJ e o contínuo refinamento da escala (Peixoto et al., 2011).

De forma global, a Escala de Avaliação do Risco Familiar de Abuso/Negligência representa um avanço significativo no contexto português, permitindo alinhar a prática nacional com padrões internacionais de avaliação baseada em evidência. Ao mesmo tempo, reforça a importância de desenvolver instrumentos culturalmente ajustados, que conciliem a robustez estatística com a sensibilidade às especificidades sociofamiliares, garantindo assim decisões mais consistentes, eficazes e orientadas pelo superior interesse da criança/jovem (Dias et al., 2024).

## II. ESTUDO EMPÍRICO

### 1. Tipo de estudo e Objetivos

Este estudo tem como propósito geral aprofundar a compreensão dos fatores de risco e proteção associados a situações de Negligência familiar na infância (isolada ou associada a outras tipologias de perigo), no contexto do Sistema de Promoção e Proteção português e, dar continuidade ao processo de validação da Escala de Avaliação do Risco Familiar de Abuso/Negligência (Peixoto et al, 2011) em contexto nacional.

De forma mais específica, pretende-se: (1) contribuir para a caracterização do fenómeno da Negligência, e dos maus-tratos, em duas CPCJ do Norte do País através da identificação dos fatores de risco e de proteção mais prevalentes; (2) avaliar a relação entre o Nível de Risco e fatores associados à intervenção da CPCJ e, (3) identificar indicadores que possibilitem uma intervenção mais precoce, responsiva e adequada, reforçando, assim, a utilidade da Escala de Avaliação do Risco como ferramenta de apoio à tomada de decisão. Optou-se por uma abordagem exploratória, o que se justifica pelo facto de se pretender identificar padrões, levantar hipóteses e contribuir para a consolidação de um instrumento, ainda de carácter experimental e ainda em fase de validação. Segundo Gil (2008) os estudos exploratórios são especialmente adequados quando se pretende obter uma compreensão mais aprofundada de fenómenos complexos, ainda pouco sistematizados, como é o caso da avaliação atuarial do risco de maus-tratos e negligência infantil em contexto nacional.

Este estudo integra uma linha de investigação contínua, mais ampla, dedicada à avaliação de risco no Sistema de Proteção e Promoção português e que tem por base a análise documental de 424 PPP de duas CPCJ da zona Norte do país e a realização de entrevistas a equipas técnicas de CPCJ.

### 2. Amostra

O estudo que agora se apresenta teve por base 145 PPP todos identificados com a tipologia de perigo Negligência, isolada ou, mais frequentemente, associada a outras tipologias de perigo. Não foram incluídos nesta análise PPP referentes à adoção, por parte de crianças/jovens, de comportamentos, atividades ou consumos que afetem

gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento (sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação).

Dos PPP analisados, 51% eram referentes a crianças/jovens do sexo feminino (e 49% do sexo masculino). A maioria das crianças ainda não tinha idade para frequentar a escola (26.9%), seguindo-se as que estavam integradas no ensino pré-escolar (22.1%). 21.4% frequentava o 1º ciclo, 12.4% frequentava o 2º ciclo e 11.7% estavam integradas no 3º ciclo de escolaridade. Por último, 5.5% frequentava o ensino secundário. A criança/jovem mais nova nos PPP analisados tinha 1 dia e a mais velha 17 anos (Ver Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas das crianças/ jovens acompanhados por situações de Negligência

<b>Participantes N=145</b>	<b>%</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Idade		0	17	6.97	4.94
<3 anos	29.0%				
3 aos 5 anos	17.9%				
6 aos 10 anos	24.1%				
11 a 13 anos	15.9%				
14 aos 15 anos	6.9%				
≥ 16 anos	6.2%				
Sexo					
Feminino	51%				
Masculino	49%				
Escolaridade					
Pré-escolar	22.1%				
1º Ciclo	21.4%				
2º Ciclo	12.4%				
3º Ciclo	11.7%				
Ensino Secundário	5.5%				
Não frequentam escola	26.9%				

De acordo com as diretrizes do instrumento utilizado, entende-se como cuidador primário a pessoa que assume as principais tarefas do cuidar e que passa mais tempo com a criança/jovem (usualmente, a mãe) e, por cuidador secundário, a pessoa que assume tarefas com carácter mais pontual (usualmente, o pai, o padrasto, o companheiro da mãe ou outro familiar).

Em relação aos 145 cuidadores primários (Tabela 2), 89% são do sexo feminino, com idades entre 18 e 79 anos ( $M = 35.33$ ,  $DP = 8.91$ ), dos quais 12 são mães (89%).

**Tabela 2.** Características sociodemográficas dos cuidadores primários

<b>Caracterização Cuidadores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Cuidador Primário	145					
Idade			18	79	35.33	8.91
Sexo Feminino	131	89%				
Sexo Masculino	14	11%				
Parentesco do cuidador primário						
Mãe	129	89.0%				
Pai	14	9.6%				
Avó	2	1.4%				

Como se pode constatar na Tabela 3, dos 132 cuidadores secundários, uma vasta maioria são do sexo masculino (74.2%), com idades a variar entre 16 e 76 anos ( $M = 38.02$ ,  $DP = 11.55$ ).

**Tabela 3.** Características sociodemográficas dos cuidadores secundários

<b>Caracterização Cuidadores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Cuidador Secundário	132					
Idade			16	76	38.02	11.55
Sexo Feminino	34	25.8%				
Sexo Masculino	98	74.2%				
Parentesco do cuidador secundário						
Mãe	17	12.9%				
Pai	93	70.5%				
Avó	9	6.8%				
Padrasto	5	3.8%				
Irmã	5	3.8%				
Tia	3	2.2%				

Em junho de 2025, no final da recolha de dados, 81.4% dos PPP estavam arquivados e os restantes 18.6% ainda se encontravam em acompanhamento. O motivo mais frequente de arquivamento corresponde à não subsistência de perigo (37,5%). Em 26,1% dos processos, o arquivamento ocorreu por remessa ao MP, em virtude de diferentes circunstâncias: incumprimento dos APP (11,0%), retirada de consentimento (5,1%), recusa em assinar o APP (2,5%), recusa em assinar o consentimento (2,5%), apensação de processo judicial (2,5%), impossibilidade de contactar os cuidadores (1,7%) e suspeita de abuso sexual (0,8%). Em 9,3% dos casos, não existiu confirmação de perigo para a criança/jovem e 7.6% dos processos foram arquivados após o término da medida. O término do prazo legal de acompanhamento (18 meses) originou o arquivamento de 6,8% dos processos, sendo esta a mesma proporção de situações

remetidas para outras CPCJ. Em 2,5% dos processos, o arquivamento decorreu da indisponibilidade de meios para intervir, enquanto em 1,7% dos casos a criança/jovem passou a residir fora do território nacional, inviabilizando a continuidade do acompanhamento. Por fim, 1,7% dos processos foram arquivados por motivos residuais, designadamente a atingida maioridade (0,8%) e a impossibilidade de obtenção de APP (0,8%).

Do total de processos acompanhados, 29% não possuía APP (estando já arquivados) e em 60.0% dos casos foi aplicada medida de apoio junto dos pais. Já a medida de apoio a outro familiar foi aplicada em 7.5% das situações. A medida de acolhimento residencial em 2.8% dos casos e a medida de acolhimento familiar em 0.7% das situações.

### **3. Instrumento**

O instrumento utilizado no presente estudo foi a Escala de Avaliação do Risco Familiar de Abuso/Negligência na Infância (Peixoto et al, 2011), de ora em diante designada como Escala de Avaliação do Risco. Esta escala é percecionada como uma ferramenta auxiliar de apoio à decisão técnica em contexto de intervenção com crianças e jovens em situação de perigo, devendo ser utilizada em articulação com outras fontes de informação, com o objetivo de determinar a gravidade de cada caso, orientar a avaliação, a intervenção e a tomada de decisão de forma mais eficaz, célere e fundamentada (Peixoto et al., 2011).

Esta Escala permite estimar o nível de risco com base na identificação de fatores objetivos e observáveis, permitindo a sistematização de aspetos relevantes na análise do contexto familiar e individual da criança ou jovem. A escala está organizada em cinco índices principais: Escala de Negligência (N), Escala de Abusos (A), Escala Comum (C), Escala de Fatores Protetores (P) e Índice de Sobrevalorização (S). Cada um destes domínios inclui um conjunto de itens pontuados com base na sua presença ou ausência, sendo atribuída uma pontuação positiva nos fatores de risco e negativa nos fatores protetores.

A Escala de Negligência (N) visa avaliar indicadores associados ao funcionamento parental e ao contexto familiar. São considerados aspetos como o número de crianças/jovens com idade inferior a 18 anos no agregado familiar (sendo atribuição de

pontuação quando existem três ou mais); a idade da criança mais nova no agregado (com cotação se esta tiver até três anos); e a presença de falhas no acompanhamento médico adequado às necessidades da criança/jovem. São também avaliadas características do cuidador principal, nomeadamente a existência de falhas nos cuidados básicos (alimentação, vestuário, alojamento e higiene), a supervisão inadequada (como deixar a criança sozinha ou ausência de regras e limites), bem como a maternidade ou paternidade precoce.

A Escala de Abusos (A) inclui a análise da presença ou suspeita de lesões físicas, atuais ou anteriores, que não possam ser explicadas por acidentes e sejam atribuídas à ação de terceiros. Avalia também a presença de suspeita de abuso sexual, bem como a exposição a violência doméstica ocorrida no último ano, independentemente da existência de lesões físicas. Nesta escala são ainda considerados aspetos relacionais e comportamentais do cuidador principal, tais como a ausência ou inadequado suporte emocional e psicológico (como distanciamento afetivo, desinteresse, hostilidade verbal ou humilhação), o recurso a práticas disciplinares excessivas ou inapropriadas (ex.: punições físicas severas ou uso de objetos) e a presença de um estilo educativo autoritário, caracterizado pela imposição regras rígidas, ausência de diálogo, pouca expressão de afetividade e sem valorização da autonomia da criança/jovem.

A Escala Comum (C) abrange um conjunto de fatores de risco transversais, tanto à negligência como ao abuso, usando algumas questões pontuadas com “sim” e “não” e outras com mais que uma opção. Integra itens como o histórico de avaliações/intervenções anteriores por parte da CPCJ e/ou do sistema judicial, a presença de problemas de saúde mental e/ou consumo de substâncias psicoativas por parte do cuidador primário e consumo de substâncias psicoativas por parte do cuidador secundário, passados ou atuais, bem como a existência de história de abuso/negligência dos próprios cuidadores na infância. Também são considerados indicadores associados à criança/jovem, são pontuadas características como atraso de desenvolvimento ou dificuldades de aprendizagem, problemas mentais e/ou comportamentais (ex.: hiperatividade, comportamento de oposição, depressão e ansiedade), absentismo ou abandono escolar e práticas de delinquência (práticas ilícitas, referenciadas na justiça ou não). No que respeita ao ambiente familiar, são avaliados fatores como as condições habitacionais (salubridade, organização, higiene, habitabilidade precária sem energia ou

água, ausência de habitação), e a mobilidade geográfica (com impacto na estabilidade das rotinas, da escolaridade e das redes de suporte), bem como a situação financeira (dificuldades económicas, ausência de emprego, trabalhos precários ou gestão inadequada dos recursos) e questões da dinâmica familiar, fraca cooperação entre os elementos do agregado, conflitos frequentes, ausência de rotinas estruturadas e/ou adequadas. Pontuam-se ainda atitudes dos cuidadores face à situação de risco, como a desresponsabilização (culpabilização da criança/jovem ou de terceiros pelo ocorrido) e a justificação (interpretação da negligência/abuso como práticas educativas apropriadas), bem como a relação com a família alargada, que pode refletir um fraco suporte familiar (ausência da família alargada, distanciamento geográfico) e/ou impacto negativo desta (conflitos intensos, problemas de saúde mental, toxicodependência, alcoolismo, ou historial de violência).

A Escala de Fatores Protetores (P) pretende contrabalançar o risco identificado nos domínios anteriores. Avalia a motivação dos cuidadores e da criança/jovem para a mudança, nomeadamente a sua capacidade de reconhecer a gravidade da situação e a necessidade de alteração comportamental. Considera ainda a existência de suporte psicossocial, económico e comunitário (envolvimento com instituições como IPSS, CAFAP, associações de apoio, entre outras), e o acompanhamento formal dos cuidadores por estruturas de saúde ao nível da saúde mental e/ou de comportamentos aditivos. Também avalia a resiliência da criança/jovem (capacidade de lidar com adversidades e manter níveis adequados de funcionamento) e a presença de figuras significativas fora da família nuclear (figuras protetivas, disponíveis e afetivas, com quem a criança/jovem estabeleça vínculo positivo).

O Índice de Sobrevalorização (IS) permite ajustar o nível de risco resultante da pontuação anterior, considerando aspetos agravantes de natureza qualitativa. Este índice está dividido em três categorias: Tipo 1, referente a situações de gravidade elevada, como riscos sérios à integridade física da criança/jovem, abuso sexual e morte de outra criança/jovem associado negligência ou abuso (atual ou passado); Tipo 2, referente a gravidade moderada, aspetos associados a questões criminais dos cuidadores, o consumo de estupefacientes por parte da criança/jovem, e/ou envolvimento em grupos de pares desviantes; e Tipo 3, permite a sobrevalorização por decisão técnica, as escalas anteriores não abrangem toda a dimensão dos abusos e

negligência, representando apenas os fatores de risco e alguns fatores protetores, usualmente associados, existem, porém, outros fatores de risco, assim com base numa avaliação global fundamentada e assegurando que todos os aspetos relevantes sejam considerados poder-se-á sobrevalorizar o nível risco acima do verificado.

A presença de indicadores de Tipo 1 determina automaticamente a classificação do risco como muito elevado, independentemente da pontuação obtida nas restantes escalas. A presença de indicadores de Tipo 2 implica a elevação do risco em um nível por cada condição selecionada. O Tipo 3 permite uma decisão qualitativa em casos não abrangidos objetivamente pela escala, mas considerados relevantes sobrevalorizando o nível de risco final num nível acima do anteriormente verificado.

O cálculo do risco final resulta da soma de todos os itens assinalados como presentes nas escalas de N, A e C, sendo que cada item corresponde, regra geral, a um ponto exceto nos casos em que os itens apresentam mais do que duas opções de resposta, cada opção pontuada é somada ao total final. A este total é subtraída a pontuação da escala P, que é obtida pela soma de todos os seus itens e em seguida dividida por dois, uma vez que a presença destes fatores contribui para a diminuição do nível de risco estimado, funcionando como um elemento de equilíbrio na avaliação geral. Quando aplicável, à pontuação resultante deve ainda ser adicionada a pontuação de IS, no caso de ser assinalado algum fator Tipo 1, o nível de risco final é automaticamente classificado como muito elevado, independentemente da pontuação anterior; a presença de fatores Tipo 2 implica o aumento de um nível de risco (por fator) face ao resultado calculado. O Tipo 3 refere-se à possibilidade de elevação de um nível de risco por decisão técnica.

Para complementar esta informação, foi ainda utilizada uma Ficha de Processo de Intervenção, que permitiu registar variáveis adicionais relativas ao percurso do processo, como a data de início, avaliação e arquivamento, tipo e duração das medidas aplicadas, nível de escolaridade da criança/jovem, e eventual histórico familiar de sinalizações anteriores.

#### **4. Procedimento de Recolha e Tratamento de dados**

O estudo teve início com um contacto com a CPCJ onde se previa realizar a recolha dos dados, tendo sido apresentado o projeto de investigação e solicitado o respetivo

parecer, em conformidade com o disposto no artigo 89.º da Lei n.º 147/99, de 1 de setembro. Foi igualmente submetido pedido à Comissão de Ética do IUCS-CESPU, de forma a assegurar o cumprimento das normativas éticas aplicáveis à investigação com dados sensíveis e em contexto institucional.

Num segundo momento foi agendada uma reunião com a presidente da CPCJ, com o intuito de explicar os objetivos do estudo, a sua metodologia, bem como os procedimentos logísticos e operacionais associados ao acesso e análise dos PPP. Estabeleceu-se que seriam analisados PPP arquivados entre o ano de 2023 e 2025.

A recolha de dados consistiu na leitura e análise documental dos PPP disponíveis, sem qualquer contacto direto com as crianças, jovens ou respetivas figuras cuidadoras. A informação relevante foi sistematizada através do preenchimento da Escala de Avaliação do Risco, a partir dos dados constantes nos PPP.

A informação recolhida foi organizada numa base de dados e posteriormente tratada com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 30, tendo sido realizadas análises descritivas (frequências absolutas (N) e relativas (%)) para variáveis categóricas, médias, medianas, desvios-padrão, amplitudes, assimetrias e curtoses para variáveis contínuas) teste de normalidade (testes de Kolmogorov–Smirnov e Shapiro–Wilk, em função do tamanho das amostras por grupo), teste de Kruskal–Wallis (H), Qui-Quadrado de Pearson, teste exato de Fisher, V de Cramer e Phi ( $\phi$ ), e, ainda, correlações de Spearman<sup>1</sup>.

## 5. Resultados

Apresentam-se de seguida os principais resultados deste estudo, começando pela descrição das variáveis organizadas pelos cinco índices principais da Escala de Avaliação

---

<sup>1</sup> Os dados foram analisados com recurso ao coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ), por se tratar de uma medida não paramétrica de associação monotónica entre variáveis ordinais. Esta opção justifica-se pela natureza dos dados obtidos através da Escala de Avaliação do Risco composta por itens categóricos dicotómicos (0/1), que não satisfazem os pressupostos de normalidade exigidos para análises paramétricas. Estas análises tiveram um carácter bivariado e exploratório, permitindo identificar as associações significativas entre o Nível de Risco Final e os indicadores específicos de negligência, abuso, contexto familiar e socioeconómico, assim como fatores protetores. Este procedimento possibilitou a análise da coerência interna do instrumento, bem como compreender o padrão de relação entre variáveis de risco e proteção, garantindo a robustez estatística necessária face à natureza não normativa dos dados.

do Risco: Escala de Negligência (N), Escala de Abusos (A), Escala Comum (C), Escala de Fatores Protetores (P) e Índice de Sobrevalorização (S), já explanados em ponto anterior.

**Fatores de Risco da Escala de Negligência.** No que respeita a composição do agregado familiar, apresentado na Tabela 4, verificou-se que dos 145 PPP 64% apresentavam agregados com até duas crianças/jovens e 36% com três ou mais. Constata-se, ainda, ao analisar a idade da criança mais nova no agregado familiar que 56% das crianças/jovens tinha idade superior a 3 anos. Também foi possível observar que 19% das crianças/jovens não possuía acompanhamento médico regular e adequado às suas necessidades.

Ao avaliar as características parentais do cuidador primário, constata-se que 44% das crianças/jovens não têm acesso a cuidados básicos e físicos adequados às suas necessidades. Por outro lado, em 41% dos casos a supervisão foi considerada ausente ou insuficiente. Finalmente, apenas 6% dos progenitores tiveram uma maternidade/paternidade precoce.

**Tabela 4.** Fatores de Risco da Escala de Negligência da “Escala de Avaliação do Risco”

<b>Fatores de Caracterização</b> <b>N = 145</b>	<b>%</b>
<b>Nº. de crianças no AF</b>	
Até 2 crianças	64.1%
3 ou mais	35.9%
<b>Idade da criança mais nova no AF</b>	
Mais de 3 anos	55.5%
Até 3 anos	44.5%
<b>Acompanhamento médico</b>	
Criança sem acompanhamento médico regular de acordo com as suas necessidades	80.7%
Criança com acompanhamento médico regular de acordo com as suas necessidades	19.3%
<b>Características parentais do cuidador principal</b>	
Inadequados cuidados básicos/físicos	44.1%
Supervisão ausente ou insuficiente	41.4%
Maternidade ou paternidade precoce	6.2%

**Fatores de Risco da Escala de Abusos.** A Tabela 5 corresponde aos fatores de risco da Escala de Abusos, podendo verificar-se que 4% das crianças apresentaram lesões físicas, atuais ou anteriores, e 3% apresentavam suspeita de abuso sexual. Quando analisada a presença de violência doméstica no último ano, esta registou-se em 21% dos PPP.

No que diz respeito a características parentais do cuidador primário, ressalta a presença de suporte emocional/psicológico desadequado em 27% dos casos, 6% encontravam-se expostas a práticas educativas caracterizadas por punição física e ameaças, e 1.4% apresentava estilos educativos autoritários.

**Tabela 5.** Fatores de Risco da Escala de Abusos da "Escala de Avaliação do Risco"

<b>Fatores de Caracterização</b>	<b>%</b>
<b>N = 145</b>	
Lesões físicas atuais ou anteriores	4.1%
Suspeita de abuso sexual	3.4%
VD no agregado no último ano	20.7%
Características parentais do cuidador principal	
Inadequado suporte emocional/psicológico	26.9%
Recurso a excessiva/inapropriada disciplina	6.2%
Estilo educativo autoritário	1.4%

**Fatores de Risco da Escala Comum.** Na análise dos resultados relativos à Escala Comum, apresentados na Tabela 6, verifica-se que 37% dos agregados familiares já tinham sido alvo de avaliações/intervenções anteriores. Em aproximadamente 32% dos casos houve referência à presença atual ou a antecedentes de problemáticas ao nível da saúde mental do cuidador primário, enquanto em 19% das situações sinalizou-se a existência de consumo de álcool ou drogas dos cuidadores primários, e /ou dos cuidadores secundários (20%).

Destaca-se que 19% dos cuidadores possuíam historial de abuso ou negligência na infância. Relativamente, às características das crianças/jovens referenciadas, destaca-se: (1) a identificação de atraso de desenvolvimento e/ou dificuldades de aprendizagem (38%), (2) problemas mentais e/ou comportamentais (30%), (3) situações de absentismo ou abandono escolar (11%); e (4) comportamentos delinquentes (3%).

Relativamente às condições habitacionais, 43% das famílias residiam em casas com fracas condições de habitabilidade, em 54% das famílias foram identificadas dificuldades económicas e/ou gestão inadequada, sendo que em 49% dos agregados, os cuidadores não possuíam uma carreira profissional ou estavam inseridos em trabalhos com condições precárias.

A caracterização das dinâmicas familiares permitiu observar que quase metade dos agregados (44%) apresentavam problemas de cooperação e comunicação familiar, concretamente conflitos recorrentes, com ruturas e reconciliações constantes,

indefinição de papéis entre os membros da família. Já em aproximadamente 30% das situações prevalecem rotinas desadequadas, nomeadamente falha no cumprimento de compromissos, reduzida organização diária e nas rotinas das tarefas do dia a dia, como horário das refeições, por exemplo.

Na escala também são avaliadas, atitudes e comportamentos que as figuras cuidadoras podem ter perante as situações de abuso e negligência, como desresponsabilização e/ou a justificação externa, verificando-se autorresponsabilização em 12% das situações, e a justificação de negligência e maus-tratos por fatores externos a si (27%). Relativamente ao suporte familiar, 27% das crianças/jovens estavam inseridas num ambiente com reduzido suporte da família alargada, não se observando cooperação emocional e relacional e/ou económica entre os elementos, e em 19% das situações a família alargada possuía mesmo um impacto negativo sobre a criança/jovem.

**Tabela 6.** Resultados relativos aos Fatores de Risco da Escala Comum da “Escala de Avaliação do Risco”

<b>Fatores de Caracterização</b>	<b>%</b>
<b>N = 145</b>	
Avaliações/intervenções prévias no âmbito da negligência/abuso	37.2%
Cuidador primário com problemas de saúde mental, passado ou presente	31.7%
Cuidador primário com problemas de consumo de álcool ou drogas, passado ou presente	19.3%
Cuidador secundário com problemas de consumo de álcool ou drogas, passado ou presente	20.0%
História de abuso/negligência dos cuidadores na infância	19.3%
<b>Características da criança</b>	
Atraso de desenvolvimento ou dificuldades de aprendizagem	37.9%
Problema mental ou comportamental	29.7%
Absentismo ou abandono escolar	11.0%
Delinquência	2.8%
<b>Habitação</b>	
Condições habitacionais deficitárias	43.4%
<b>Finanças/Trabalho</b>	
Dificuldades económicas / gestão inadequada	53.8%
Ausência de carreira profissional / trabalho precário	49.0%
<b>Dinâmica familiar</b>	
Reduzida cooperação	44.1%
Rotinas inadequadas	29.7%
<b>Avaliação/atitude dos cuidadores</b>	
Desresponsabilização	12.4%
Justificação externalizada	26.7%
<b>Família Alargada</b>	
Reduzido suporte familiar	26.9%
Impacto negativo da família alargada	18.6%

**Fatores de Proteção.** Relativamente aos fatores protetores, apresentados na Tabela 7, verifica-se que 72% das figuras cuidadoras demonstraram motivação para a mudança. Em 67% dos casos foi referenciada a presença de suporte social. Em cerca de 24% dos casos verifica-se existir acompanhamento médico regular, das figuras cuidadoras, tanto ao nível da saúde mental, como ao nível de consumos aditivos. No que concerne à avaliação de fatores protetores na criança ou jovem, em 55% dos casos sinaliza-se a presença de resiliência e, em cerca de 46% das situações verificou-se que a criança/jovem possuía uma ligação emocional significativa com elementos externos ao seu núcleo familiar.

**Tabela 7.** Escala de Fatores de Proteção da "Escala de Avaliação do Risco"

<b>Fatores de Caracterização</b>	<b>%</b>
<b>N = 145</b>	
Motivação para a mudança	72.4%
Recursos comunitários / Suporte social	66.9%
Acompanhamento regular (ao nível da saúde mental e/ou comportamentos aditivos) dos cuidadores	24.1%
Criança resiliente	54.5%
Criança com ligação significativa a elementos fora da família nuclear	45.5%

**Índice de Sobrevalorização.** Como se pode verificar na Tabela 8 destaca-se o facto de cerca de 6% das figuras cuidadoras terem antecedentes criminais, 1% das situações com lesões severas não acidentais e 2% das crianças/jovens estavam associados a grupos/pares desviantes. Relativamente a situações de sobrevalorização por Decisão Técnica, foram assinalados 21% das crianças/jovens por estarem expostos a fatores de risco que não se apresentavam identificados na escala.

**Tabela 8.** Fatores do Índice de Sobrevalorização da "Escala de Avaliação do Risco"

<b>Fatores de Caracterização</b>	<b>%</b>
<b>N = 100</b>	
Sobrevalorização de Gravidade Elevada	
Caso de abuso sexual e o presumível abusador tem possível acesso à criança.	0
Lesão não acidental a criança com idade inferior 2 anos.	0
Lesão severa não acidental.	0.7
A ação ou omissão do cuidador resultou na morte de uma criança associado negligência ou abuso (atual ou passado).	0
Sobrevalorização de Gravidade Moderada	

Cuidadores com registos criminais	5.5%
Criança/jovem com consumo de estupefacientes	0.7%
Criança/jovem associado a grupo de pares desviante	2.1%
<hr/>	
Sobrevalorização por Decisão Técnica	21.4%

**Tempo de Acompanhamento.** O tempo de acompanhamento dos casos foi analisado apenas para os PPP que se encontravam arquivados, visto que os demais ainda estavam em acompanhamento, não sendo possível determinar o final da intervenção. Assim, este indicador foi analisado para 118 casos. Em média, o tempo de acompanhamento foi de 11 meses ( $M = 10.9$ ,  $DP = 7.3$ ;  $Min. = 0.0$ ;  $Max. = 38.0$ ). Em 55.9% o acompanhamento teve uma duração inferior a 12 meses, 39.0% das situações, os PPP mantiveram-se em acompanhamento entre 12 e 24 meses, 4.2% dos acompanhamentos prolongaram a intervenção por um período entre 24 e 36 meses, e apenas um processo (0.8%) manteve-se em situação atípica, com um período de acompanhamento superior a 36 meses.

**Nível de Risco.** A Escala de Avaliação do Risco permite classificar as situações de acordo com o seu Nível de Risco que resulta da ponderação dos fatores assinalados, como descrito em ponto anterior. Como pode verificar-se na Tabela 9, destaca-se o facto de mais de metade das situações (51.7%) serem de risco moderado e 21% de risco elevado.

**Tabela 9.** Caracterização do Nível de Risco de acordo com a “Escala de Risco de Abuso e Negligência na Infância” em processos acompanhados devido a situação de Negligência

Nível de Risco	%
<b>N = 145</b>	
Risco baixo	20.0%
Risco moderado	51.7%
Risco elevado	21.4%
Risco muito elevado	6.9%

Já relativamente ao total de PPP arquivados sem contratualização de APP (n=42), como é possível observar, na Tabela 10, a análise de distribuição dos níveis de risco destes revelou que cerca de 60% (valor composto) apresentava pelo risco superior ou igual a moderado, refletindo-se uma predominância de casos com potencial de risco,

tendo por base a Escala de Risco de Abuso e Negligência na Infância. Relativamente à duração da intervenção foi possível verificar que esta se prolongou em 29% dos casos para além dos 6 meses legalmente definidos ( $M = 5.7$ ,  $SD = 3.96$ ;  $Min.$  0 mês;  $Max.$  18 meses).

**Tabela 10.** Caracterização do Nível de Risco de acordo com a “Escala de Risco de Abuso e Negligência na Infância” em processos arquivados sem celebração de APP

<b>Nível de risco</b> <b>N = 42</b>	<b>%</b>
Risco baixo	40.5%
Risco moderado	40.5%
Risco elevado	11.9%
Risco muito elevado	7.1%

**Relação entre Nível de Risco e Tempo de Acompanhamento.** Com o objetivo de avaliar se o *Tempo* de intervenção técnica diferia em função do *Nível de Risco* identificado pela Escala de Avaliação do Risco, foi realizado o teste não paramétrico de Kruskal–Wallis. Os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de risco (baixo, moderado, elevado e muito elevado) relativamente ao tempo de intervenção técnica, [ $H(3) = 1,90$ ,  $p = .593$ ]. As comparações *post hoc* com correção de Bonferroni confirmaram a inexistência de diferenças significativas entre quaisquer pares de níveis de risco (todas as  $p$  ajustadas  $\geq 1,000$ ). Assim, o tempo médio de intervenção técnica revelou-se semelhante em todos os níveis de risco avaliados.

**Relação entre Nível de Risco e Tipo de MPP Aplicada.** Foi realizado o teste do Qui-quadrado de Pearson para avaliar a relação entre o *Nível de Risco* e o *Tipo de MPP*. Os resultados revelaram uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, [ $\chi^2(15, N = 145) = 36.90$ ,  $p = .001$ ], indicando que o tipo de medida aplicada varia em função do nível de risco. A análise das frequências mostra que, nos níveis de risco baixo e moderado, predominaram medidas de apoio junto dos pais ou ausência de medida, enquanto os casos classificados com risco elevado ou muito elevado apresentaram maior proporção de apoio junto a outro familiar ou acolhimento residencial. Verificou-se ainda uma associação linear significativa entre as variáveis,

$[\chi^2(1) = 12.54, p < .001]$ , confirmando a tendência de aumento da intensidade das medidas à medida que o risco de negligência se agrava.<sup>2</sup>

**Relação entre Nível de Risco e Cuidador.** No que respeita à análise da associação entre o *Nível de Risco* e o *Tipo de Cuidador Primário*, o Qui-quadrado de Pearson não revelou diferenças estatisticamente significativas,  $[\chi^2(6, N = 145) = 5.72, p = .455]$ .

Estes resultados indicam que o nível de risco identificado pela Escala de Avaliação do Risco não varia de forma significativa em função do cuidador principal, sugerindo a interferência de fatores relacionais, contextuais e sistémicos presentes no ambiente familiar.

Quando analisada a relação entre o *Nível de Risco* e o *Tipo de Cuidador Secundário*, recodificado em duas categorias — família nuclear (mãe, pai, padrasto, madrasta) e família alargada (avós, tios, irmãos, outros familiares) —, o teste do Qui-quadrado de independência revelou uma associação estatisticamente significativa,  $[\chi^2(3, N = 130) = 10.09, p = .018]$ .

A análise das frequências evidenciou que, nos níveis de risco baixo e elevado, o cuidador secundário pertence exclusivamente à família nuclear, enquanto nos níveis de risco moderado e muito elevado surgem casos em que o apoio é assegurado por membros da família alargada.

Esta tendência sugere um alargamento da rede de suporte familiar à medida que aumenta o nível de risco, através do envolvimento de cuidadores alternativos (como avós ou tios), o que pode refletir tanto estratégias de proteção espontâneas dentro do sistema familiar como intervenções técnicas formais que mobilizam figuras da família alargada para diminuir o nível de risco<sup>3</sup>.

**Correlação entre Nível de Risco e Fatores de Risco da Escala Negligência (N).** A análise das correlações de Spearman entre o *Nível de Risco* e os diferentes indicadores

---

<sup>2</sup> Embora mais de 20% das células apresentem contagens esperadas inferiores a 5, recomendando cautela na interpretação, o padrão geral sugere uma relação consistente entre a gravidade do risco e a resposta técnica aplicada.

<sup>3</sup> Apesar de se observarem algumas células com contagens esperadas inferiores a cinco, o padrão de associação encontrado apresenta coerência conceptual e confirma a relevância do contexto familiar alargado como fator protetor e moderador do risco em situações de vulnerabilidade infantil.

da *Escala de Negligência* revelou associações estatisticamente significativas e consistentes com o modelo teórico do instrumento, conforme é possível observar na Tabela 11.

Foi possível verificar correlações significativas entre o Nível de Risco e os seguintes fatores: número de crianças/jovens no agregado (N1  $\rho = -.262, p = .001$ ), idade da criança (N2;  $\rho = .277, p < .001$ ), ausência de acompanhamento médico (N3;  $\rho = .230, p = .005$ ), défices nos cuidados e supervisão (N4a;  $\rho = .396, p < .001$ ) e efeito da maternidade/paternidade precoce (N4b;  $\rho = .180, p = .031$ ).

Estes resultados indicam que a maioria dos indicadores da Escala de Negligência apresenta associações significativas com o nível global de risco, reforçando a coerência interna e a consistência do instrumento.

**Tabela 11.** *Correlação entre Nível de Risco e Fatores de Risco da Escala de Negligência*

	$\rho$	$p$
N1: Número de crianças	-0.262**	.001
N2: Idade da criança mais nova	+0.277**	<.001
N3: Acompanhamento médico	+0.230**	.005
N4a: Cuidados básicos e supervisão	+0.396**	<.001
N4b: Paternidade/maternidade precoce	+0.180*	.031

Estas correlações evidenciam um padrão teórico coerente com o modelo da Escala de Avaliação do Risco: (1) O nível de risco aumenta com a presença de fatores clássicos de vulnerabilidade parental e contextual, como a idade da criança (N2), dificuldade nos cuidados e supervisão (N4a) e ausência de acompanhamento médico (N3); (2) O efeito da paternidade precoce (N4b) é significativo, mas mais fraco, sugerindo que este fator contribui de forma menos determinante, para o risco global; (3) O efeito negativo observado no em número de crianças/jovens no agregado familiar (N1;  $\rho = -.262, p = .001$ ) revela que, nesta amostra, o nível de risco tende a diminuir à medida que aumenta o número de crianças/jovens. Este resultado, parece ser contraintuitivo face à literatura que associa agregados familiares numerosos a maior vulnerabilidade, pois o número de crianças/jovens parece associar-se a mecanismos de proteção e ajustamento familiar, contrariando a tendência esperada de sobrecarga parental.

**Correlação entre Nível de Risco e Fatores de Risco da Escala de Abusos (A).** A análise das correlações de Spearman entre o *Nível de Risco* e os *Fatores de Risco da Escala de Abusos* evidenciou associações diferenciadas entre os itens, conforme se apresenta na Tabela 12.

Verificaram-se correlações positivas e significativas entre o Nível de Risco e dois fatores: Lesões físicas atuais ou anteriores (A1;  $\rho = .216$ ,  $p = .009$ ) e, Inadequado suporte emocional/psicológico (A4a;  $\rho = .478$ ,  $p < .001$ ), sugerindo que a presença de dano físico e, sobretudo, a ausência de suporte emocional estão associadas a níveis mais elevados de risco familiar.

Observou-se ainda uma correlação negativa e significativa com o Estilo educativo autoritário (A4c;  $\rho = -.167$ ,  $p = .045$ ), indicando que, nesta amostra, a presença de um estilo parental mais estruturado e controlador se associa a níveis de risco inferiores. Este resultado pode refletir que, em contextos de vulnerabilidade, a rigidez e controlo podem ser percebidos como forma de supervisão e envolvimento parental, contrastando com a permissividade ou ausência de controlo frequentemente observadas em situações de negligência.

**Tabela 12.** Correlação entre Nível de Risco e Fatores de Risco da Escala de Abusos

	$\rho$	$p$
A1 – Lesões físicas atuais ou anteriores	.216	.009
A2 – Situação associada a suspeitas de abuso sexual	.104	.214
A3 – Violência doméstica no agregado no último ano	.155	.062
A4a – Inadequado suporte emocional / psicológico	.478	< .001
A4b – Recurso a disciplina excessiva / inapropriada	.127	.127
A4c – Estilo educativo autoritário	-.167	.045

Os restantes Fatores [suspeita de abuso sexual (A2), violência doméstica no último ano (A3) e disciplina excessiva/inapropriada (A4b)], não apresentam correlações estatisticamente significativas com o nível de risco global.

Os resultados sugerem que o inadequado suporte emocional e psicológico se constitui como o fator mais fortemente associado ao aumento do risco familiar,

enquanto práticas parentais estruturadas, ainda que autoritárias, podem ter um efeito protetor relativo face à desorganização e permissividade parental.

**Correlação entre Nível de Risco e Fatores de Risco da Escala Comum (C).** Com o objetivo de analisar a relação entre o *Nível de Risco* e a Escala Comum, foram calculadas correlações de Spearman entre o score global de risco e os diferentes fatores contextuais, familiares e individuais avaliados por esta subescala.

Os resultados revelaram múltiplas correlações positivas e estatisticamente significativas entre o nível de risco e diversos indicadores da Escala C, conforme apresentado na Tabela 13.

**Tabela 13.** Correlação entre Nível de Risco e Fatores de Risco da Escala Comum

	<b><i>p</i></b>	<b><i>p</i></b>
C1 – Avaliações/intervenções anteriores	.189	.023
C2 – Problemas de saúde mental (cuidador primário)	.236	.004
C3 – Consumo de álcool/drogas (cuidador primário)	.444	< .001
C4 – Consumo de álcool/drogas (cuidador secundário)	.224	.007
C5 – História de abuso/negligência dos cuidadores	.294	< .001
C6 (a–e): Características da criança	ns	> .05
C7a – Fracas condições habitacionais	.263	.001
C7b – Mobilidade geográfica	.189	.023
C8a – Dificuldades económicas / gestão inadequada	.342	< .001
C8b – Trabalho precário / ausência de carreira profissional	.207	.013
C9a – Fraca cooperação familiar	.192	.021
C9b – Rotinas inadequadas	.344	< .001
C10a – Desresponsabilização	.161	.054
C10b – Justificação do abuso/negligência	.173	.037
C11a – Fraco suporte familiar	.323	< .001
C11b – Impacto negativo da família alargada	.262	.001

Em particular, observaram-se correlações significativas com fatores associados à história familiar e ao funcionamento parental, nomeadamente avaliações/intervenções anteriores (C1;  $\rho = .189$ ,  $p = .023$ ), problemas de saúde mental do cuidador primário (C2;  $\rho = .236$ ,  $p = .004$ ), consumo de álcool ou drogas do cuidador primário (C3;  $\rho = .444$ ,  $p < .001$ ), consumo de substâncias do cuidador secundário (C4;  $\rho = .224$ ,  $p = .007$ ) e história de abuso/negligência dos cuidadores (C5;  $\rho = .294$ ,  $p < .001$ ).

Foram também encontradas correlações significativas com condições habitacionais e económicas adversas, incluindo fracas condições de habitação (C7a;  $\rho = .263$ ,  $p = .001$ ), mobilidade geográfica (C7b;  $\rho = .189$ ,  $p = .023$ ), dificuldades económicas e gestão inadequada (C8a;  $\rho = .342$ ,  $p < .001$ ) e trabalho precário ou ausência de carreira profissional (C8b;  $\rho = .207$ ,  $p = .013$ ). Adicionalmente, observaram-se associações relevantes com fatores relacionais e de funcionamento familiar, tais como fraca cooperação entre os elementos do agregado (C9a;  $\rho = .192$ ,  $p = .021$ ), rotinas inadequadas (C9b;  $\rho = .344$ ,  $p < .001$ ), e atitudes pessoais, como a justificação da negligência (C10b;  $\rho = .173$ ,  $p = .037$ ), fraco suporte familiar (C11a;  $\rho = .323$ ,  $p < .001$ ) e impacto negativo da família alargada (C11b;  $\rho = .262$ ,  $p = .001$ ).

Não foram encontradas correlações significativas para o indicador C6 (características da criança/jovem), sugerindo que, nesta amostra, os fatores de risco se concentram predominantemente nas dimensões parentais e contextuais, mais do que nas características individuais.

De forma geral, os resultados evidenciam que níveis mais elevados de risco estão fortemente associados à presença cumulativa de vulnerabilidades familiares, socioeconómicas e relacionais, com destaque para o consumo de substâncias, o historial de abuso parental e as dificuldades económicas como preditores mais robustos do risco global nesta amostra.

**Nível de Risco e Escala de Proteção (P).** Com o objetivo de compreender a relação entre o *Nível de Risco* e a *Escala de Proteção* foram calculadas correlações de Spearman entre o score global de risco e os cinco fatores desta dimensão.

Os resultados revelaram correlações negativas e estatisticamente significativas entre o Nível de Risco e dois dos fatores protetores avaliados: P1 ( $\rho = -.377$ ,  $p < .001$ ) – Motivação para a Mudança e, P4 ( $\rho = -.322$ ,  $p < .001$ ) – Resiliência da Criança.

Estes resultados indicam que níveis mais elevados de risco estão associados a menor motivação para a mudança nos cuidadores e a menor resiliência na criança/jovem, evidenciando que a ausência de recursos internos e relacionais de adaptação contribui para a manutenção do risco nas situações de negligência e maus-tratos parentais.

Os restantes indicadores, P2, P3 e P5, não apresentaram correlações significativas com o nível de risco global ( $p > .05$ ).

**Nível de Risco e Índice de Sobrevalorização (S).** Com o objetivo de analisar o impacto dos fatores de *Sobrevalorização* sobre o *Nível de Risco* foram calculadas correlações de Pearson entre o score global de risco e os diferentes itens de sobrevalorização previstos no instrumento.

Os resultados revelaram correlações positivas e estatisticamente significativas entre o Nível de Risco e as seguintes dimensões: *SModerada\_1* ( $\rho = .288, p < .001$ ), *SModerada\_3* ( $\rho = .270, p = .001$ ), e *Soma SModerada* ( $\rho = .330, p < .001$ ), indicando que a presença cumulativa de condições de gravidade moderada (tais como cuidadores com registos criminais, criança/jovens associados a grupos desviantes) está associada a níveis mais elevados de risco familiar.

Verificou-se igualmente uma correlação forte e significativa entre o Nível de Risco e a *Sobrevalorização por Decisão Técnica* ( $\rho = .562, p < .001$ ), o que demonstra congruência entre o julgamento clínico dos profissionais e os critérios objetivos de risco<sup>4</sup>.

De forma geral, as situações de sobrevalorização de gravidade moderada e técnica mostraram-se significativamente associadas ao risco global, reforçando o valor incremental destas variáveis na previsão e ajustamento do nível final de risco.

## 6. Discussão de Resultados

A análise dos 145 PPP enquadrados na tipologia Negligência (associados ou não a outra tipologia) revela padrões consistentes com a literatura nacional e internacional no que respeita à prevalência, natureza e dinâmica dos fatores de risco associados aos

---

<sup>4</sup> Não foi possível calcular correlações para as variáveis de *Sobrevalorização de Gravidade Elevada (Tipo 1)*, devido à variabilidade insuficiente ou ausência de casos (condições raras como abuso sexual com acesso continuado, lesão não acidental grave ou morte da criança por negligência/abuso).

maus-tratos infantis. Tal como descrito nos relatórios anuais das CPCJ, a Negligência permanece a tipologia de perigo mais frequentemente identificada em Portugal (CNPDCJ, 2025), tendência igualmente já documentada por Calheiros (2006) e, reforçada pela perspetiva de Dubowitz (2013) e de Nelson e colegas (2020) que caracterizam a Negligência e Maus-Tratos como um fenómeno multifatorial, estrutural, cumulativo e frequentemente crónico.

A caracterização sociodemográfica dos processos evidencia a predominância de crianças com uma idade média de 7 anos e uma distribuição equilibrada entre sexos. Este padrão confirma o que a literatura tem destacado: crianças mais novas apresentam maior vulnerabilidade por dependerem inteiramente dos adultos, tanto ao nível dos cuidados básicos, como em termos de supervisão (Austin et al., 2020; Dubowitz, 2013; WHO, 2024), sendo que a Negligência tende a afetar rapazes e raparigas de maneira semelhante (WHO, 2024).

Em termos de percurso escolar os resultados indicam que quase 27% das crianças não frequentavam uma estrutura educativa (pré-escolar ou primeiro ciclo). Esta evidência é coerente com a literatura que aponta a Negligência educacional como uma das manifestações mais frequentes e mais difíceis de detetar (Calheiros, 2006), principalmente em etapas em que a “escolaridade” ainda não é obrigatória (ou seja, a partir do 1º ciclo). A presença de absentismo ou abandono escolar (11%) e de dificuldades de aprendizagem ou atraso do desenvolvimento (38%) reforça o impacto negativo da negligência na trajetória escolar, amplamente documentado por Kay-Dawodu (2021) e Winter e colegas (2022).

Relativamente às características das figuras cuidadoras, verifica-se uma predominância marcada de figuras maternas como cuidadoras primárias (89%), o que acompanha a evidência de que o cuidado quotidiano recai estruturalmente sobre as mulheres (Mulder et al., 2018). Como sublinha Dubowitz (2013), tal distribuição não reflete necessariamente maior risco materno, mas antes uma assimetria histórica e social que posiciona as mulheres como principais responsáveis pela parentalidade, frequentemente em contextos de recursos limitados.

Também a ausência de associação entre cuidador primário e nível de risco sugere que o grau de perigo não depende exclusivamente da figura cuidadora principal, reforçando que os fatores ambientais e relacionais são igualmente decisivos (CRC, n.d.;

Dubowitz, 2013). Já a associação significativa entre o cuidador secundário e o risco evidencia o papel protetor da rede familiar alargada. Em situações de maior gravidade, a mobilização de membros da família pode atuar como recurso compensatório, reforçando a necessidade de avaliar o funcionamento relacional mais amplo e não apenas a parentalidade direta (Dubowitz, 2013).

A prevalência de problemas de saúde mental nos cuidadores primários (31.7%), bem como o historial de consumo de álcool ou drogas (19% no cuidador primário e 20% no secundário) reforça a evidência de que estas dificuldades constituem fatores de risco significativos para as situações de Negligência, afetando a capacidade de organização, responsividade e supervisão parental (Dubowitz, 2013; Younas & Gutman, 2023). A literatura tem consistentemente demonstrado que dificuldades emocionais dos cuidadores comprometem a capacidade de estabelecer rotinas, assegurar cuidados básicos e manter ambientes estáveis e seguros (Petersen et al., 2014; Wildeman, 2019).

Paralelamente, a presença de historial de vitimação na infância em 19% dos cuidadores reforça ainda a relevância da TIV. A TIV não deve ser entendida como determinística, mas como resultado da convergência entre mecanismos de aprendizagem social e por vulnerabilidades interligadas entre indivíduo, família e contexto comunitário (Bandura, 1999; Dubowitz, 2013; Taccini et al., 2021).

Neste enquadramento, as dificuldades parentais observadas, onde se destacam défices nos cuidados básicos (44%) e supervisão insuficiente (41%), são fatores que constituem indicadores clássicos de negligência física e de supervisão descritos por (Calheiros, 2006; Hildyard & Wolfe, 2002), revelando correlações estatisticamente significativas com o nível de risco inferido pelo instrumento, reforçando a validade ecológica dos critérios definidos em instrumentos normativos como a Escala de Avaliação do Risco (Calheiros, 2006; DGS, 2011). A ausência de acompanhamento médico em 19% dos casos é consistente com a literatura, que identificam a falta de cuidados de saúde regulares como marcador fiável de Negligência crónica (Dubowitz, 2013; McSherry, 2007; WHO, 2024).

No que se refere às características das crianças e jovens, a elevada prevalência de dificuldades de aprendizagem (38%) e de problemas mentais ou comportamentais (30%) confirma aquilo que (Hildyard & Wolfe, 2002) designam como vulnerabilidades

cumulativas, que simultaneamente aumentam o risco e resultam dos contextos de Negligência.

Ao nível dos fatores socioeconómicos a presença de dificuldades económicas (54%), precariedade profissional (49%) e condições habitacionais deficitárias (43%) evidenciam que a Negligência raramente emerge de forma isolada, refletindo antes vulnerabilidades estruturais que condicionam a disponibilidade emocional e a capacidade parental (McSherry, 2007; Mulder et al., 2018). Este padrão está de acordo com perspetivas ecológicas, como a Austin e colegas e, Dubowitz (2013) que conceptualizam a Negligência como resultado de uma confluência cumulativa de fatores estruturais como a pobreza, a adversidade crónica, o isolamento social ou mesmo a incidência de problemáticas ao nível da saúde mental. Esta constatação contribui ainda para explicar o facto de 37% dos agregados já terem sido alvo de intervenções prévias, reforçando a cronicidade destas situações, fenómeno descrito por Wildeman (2019) e associado à recorrência das sinalizações quando as intervenções são insuficientes ou de curta duração (Reese et al., 2022).

Um dado particularmente relevante é a correlação negativa entre o número de crianças/jovens no agregado e nível de risco. Embora alguns autores associem agregados maiores a vulnerabilidades mais significativas (Dubowitz, 2013; Hirschmann et al., 2021; McSherry, 2007; Mersky et al., 2009), diversos estudos indicam que o número de filhos não constitui, por si só, fator de risco, devendo ser interpretado em interação com variáveis socioeconómicas e relacionais (Coohey, 2007; Yang & Maguire-Jack, 2016). Este resultado parece alinhar-se com esta visão, sugerindo que, em alguns contextos, a fratria pode funcionar como recurso relacional que mitiga a perceção de risco. Outra explicação plausível é que este efeito negativo poderá estar a refletir fatores protetores associados a famílias mais numerosas, nomeadamente a mobilização de redes de apoio (familiares, comunitárias ou institucionais) para partilha de cuidados/responsabilidades, ou ainda, maior experiência e competências parentais adquiridas ao longo do tempo. Adicionalmente, em alguns contextos, famílias com mais filhos podem beneficiar de apoios sociais específicos, o que pode reduzir a sua vulnerabilidade global e, consequentemente, o nível de risco avaliado.

Os fatores de proteção evidenciaram-se como um dos elementos mais encorajadores: 72% dos cuidadores demonstraram motivação para a mudança e 67%

das famílias apresentavam suporte social, estes fatores são apontados como determinantes na interrupção de ciclos intergeracionais de negligência e violência, mesmo em contextos de risco elevado, a presença de fatores protetores significativos pode alterar trajetórias desenvolvimentais (Buisman et al., 2024; Gélinas et al., 2025; Haslam & Taylor, 2022).

Além disso, 55% das crianças/jovens foram descritas como resilientes e 45% tinham vínculos significativos fora da família nuclear, um dado que sublinha a capacidade adaptativa das crianças/jovens mesmo em contextos adversos, alinhado com múltiplos estudos sobre fatores de proteção individuais (Carr, 2015; Taccini et al., 2021). Nesta linha de ideias, os resultados da correlação entre Nível de Risco e Escala de Proteção que revelam que níveis mais elevados de risco estão associados a menor motivação para a mudança nos cuidadores e a menor resiliência na criança/jovem, evidencia como a ausência de recursos internos e relacionais de adaptação contribui para a manutenção do risco nas situações de negligência e maus-tratos parentais.

A ausência de correlação estatisticamente significativa entre nível de risco e tempo de acompanhamento técnico constitui um dos dados mais interessantes deste estudo. Tal resultado contraria não só os dados encontrados por Peixoto e colegas (2011), como da literatura do domínio, que sugere uma relação positiva entre nível de risco e duração da intervenção. Tipicamente, situações de maior risco tendem a exigir intervenções que requerem planos personalizados e interdisciplinares, com uma aplicação e desenvolvimento prolongado no tempo, tendo em conta a complexidade das dinâmicas familiares e a necessidade de articulação entre os vários serviços envolvidos (DGS, 2011; WHO, 2024). Uma possível explicação reside na padronização dos procedimentos de acompanhamento das entidades, que tendem a implementar planos de intervenção, neste caso as MPP patentes nos APP, de duração semelhante independentemente, da gravidade do risco. Alternativamente, os tempos de intervenção podem refletir estrangimentos institucionais, como recursos humanos limitados ou sobrecarga administrativa, fatores já apontados por McSherry (2007) e Nelson e colegas (2020) como condicionadores da qualidade da intervenção. Além disso, a predominância de casos de Risco Moderado (51.7%), pode ter limitado a sensibilidade estatística da análise. Por outro lado, Petersen e colegas (2014) salientam que a negligência tende a assumir uma forma crónica e persistente, frequentemente associada

a ambientes instáveis e dificuldades emocionais parentais, o que contribui para que muitos casos se mantenham em níveis de risco intermédios, sem manifestações agudas.

Já a correlação estatisticamente significativa entre nível de risco e tipo de MPP vai ao encontro da literatura que defende a proporcionalidade entre risco e intensidade das medidas (Mulder et al., 2018). Casos com risco elevado associaram-se a medidas mais restritivas, como acolhimento, enquanto riscos baixos ou moderados corresponderam maioritariamente a apoios no meio natural de vida. Este padrão é coerente com a literatura que defende a proporcionalidade da intervenção (D'Andrade et al., 2008) e, ainda, com os princípios orientadores da LCPJP.

Por fim, os itens de sobrevalorização do risco mostraram desempenhar papel crucial na afinação do nível final, assegurando sensibilidade aos fatores críticos que não são captados integralmente pelo cálculo automático. A sobrevalorização 2 e, sobretudo, a sobrevalorização 3 apresentaram correlações fortes com o risco final, confirmando a convergência entre avaliação atuarial e julgamento profissional. Tal como defendido por Carr (2015) e por autores como (D'Andrade et al., 2008), estes resultados sublinham que instrumentos estruturados não substituem a avaliação clínica, mas antes a complementam.

Em síntese, os resultados revelam uma elevada convergência com a literatura, confirmando a complexidade, multidimensionalidade e carácter intergeracional da negligência infantil, evidenciando também a utilidade e validade da Escala de Avaliação do Risco como suporte à decisão técnica. No entanto, algumas discrepâncias observadas sugerem a necessidade de amostras mais homogéneas e controlo de variáveis contextuais em estudos futuros.

### **III. REFLEXÕES FINAIS**

A presente dissertação realizou-se com o intuito de aprofundar a compreensão e a identificação dos fatores presentes em situações de risco, nomeadamente negligência e maus-tratos, recorrendo à análise da Escala de Avaliação do Risco de Abuso e Negligência na Infância, adaptada à realidade portuguesa. Os resultados obtidos

constituem um contributo significativo para o processo contínuo de adaptação e validação desta ferramenta, reforçando a sua utilidade no contexto das CPCJ.

A Escala de Avaliação do Risco pretende assumir-se como um instrumento mais eficaz e de fácil aplicação, permitindo uma identificação mais ágil e precisa dos sinais de risco e facilitando a atuação de profissionais envolvidos na proteção infantil. A consolidação de um instrumento de base atuarial fornece maior sistematização, objetividade e clareza na avaliação das situações, contribuindo para a deteção estruturada dos fatores de risco e de proteção que caracterizam cada caso. A identificação destes indicadores possibilita que as intervenções sejam ajustadas de forma mais personalizada, preventiva e responsiva, favorecendo a proteção das crianças/jovens e promovendo trajetórias de desenvolvimento mais integradas e saudáveis.

A análise dos PPP revelou a persistência de um número elevado de casos de Negligência, corroborando as tendências nacionais e evidenciando a centralidade deste fenómeno no conjunto das sinalizações às CPCJ. Embora uma leitura linear pudesse sugerir que um maior número de fatores de risco corresponde automaticamente a níveis mais elevados de perigo, e que a presença de fatores protetores reduz a probabilidade de recorrência, os fenómenos de vitimação apresentam uma complexidade substancial. Assim, torna-se necessário analisar o grau de correlação entre cada fator e as diferentes tipologias de maus-tratos, enquadrando-os na história de vida da criança/jovem, bem como no respetivo contexto familiar, social e comunitário.

Os fatores de risco identificados, como a instabilidade económica, a presença de doenças mentais, antecedentes criminais e/ou comportamentos aditivos e a TIV, refletem a complexidade e a natureza cumulativa e multifatorial das dinâmicas familiares associadas à negligência. Estes resultados sublinham que a vulnerabilidade infantil está profundamente enraizada em condições socioeconómicas, relacionais e estruturais, em consonância com a literatura internacional que destaca o carácter multifatorial e intergeracional dos maus-tratos.

Paralelamente, os fatores protetores evidenciados, nomeadamente a motivação para a mudança por parte dos cuidadores, o suporte social disponível e a resiliência das crianças/jovens, enfatizam a importância de uma leitura integrada que contemple não apenas o risco, mas também os recursos das famílias. Tal como observado nas

investigações anteriores nesta área, estes fatores desempenham um papel fundamental para a promoção da mudança e para a interrupção de ciclos de adversidade, proporcionando às crianças e jovens oportunidades adaptativas mesmo em contextos desafiantes.

A convergência constatada entre o nível de risco final e as situações de sobrevalorização evidencia a complementaridade entre a avaliação atuarial e o juízo clínico dos profissionais. As perspetivas das equipas técnicas, refletidas na escala através da “Sobrevalorização por Decisão Técnica”, devem ser consideradas como parte integrante do processo de tomada de decisão. O rigor e a sistematização proporcionados pelo modelo atuarial beneficiam claramente dos contributos dos especialistas e da leitura contextual informada pelos dados empíricos. Assim, a articulação entre o Modelo baseado no Consenso e o Modelo Atuarial contribui não apenas para uma intervenção mais fundamentada no momento presente, mas também para a prevenção da recorrência.

A distinta forma de avaliar os fatores de risco e de definir a tipologia de maus-tratos, quando se compara o método utilizado atualmente pelas CPCJ com o método atuarial, revela uma disparidade que pode influenciar não só a forma de intervenção, mas também a capacidade de prever e reduzir novas sinalizações. A ausência de identificação de determinados fatores que não se relacionam diretamente com a tipologia que motivou a sinalização inicial pode comprometer a precisão da avaliação e, conseqüentemente, das medidas aplicadas. Quando estão presentes fatores que correspondem a diferentes tipologias simultaneamente, a tomada de decisão torna-se mais complexa, dificultando a determinação clara do tipo de situação de risco e do tipo de intervenção mais adequado, reforçando assim a importância de implementar intervenções integradas e colaborativas, envolvendo diferentes serviços e profissionais, de modo a garantir uma resposta coordenada e efetiva, que permita assegurar avaliações mais completas, intervenções mais consistentes e respostas mais eficazes às necessidades das crianças/jovens e das suas famílias.

Tal como ocorre em qualquer investigação, este estudo apresenta limitações que importa reconhecer. A utilização de uma amostra proveniente de apenas duas CPCJ pertencentes à mesma região do país condiciona a generalização dos resultados, dada a especificidade sociocultural e organizacional do território. A análise documental,

embora rigorosa, esteve dependente da variabilidade na qualidade, clareza e completude dos registos dos PPP, o que dificultou o preenchimento uniforme da Escala e exigiu a leitura pormenorizada e extensiva dos PPP, muitos dos quais não continham toda a informação necessária para uma codificação precisa. Acresce ainda a reduzida variabilidade em algumas categorias, particularmente nos itens de gravidade elevada, o que impossibilitou análises estatísticas mais robustas e limitou a compreensão aprofundada de dimensões críticas do risco.

Com base nos resultados obtidos, torna-se fundamental que investigações futuras recorram a amostras processuais mais amplas, diversificadas e representativas da realidade nacional, permitindo captar as variáveis socioculturais específicas de diferentes regiões e contribuindo para a consolidação estatística da Escala. Outra linha de investigação pertinente passa pela necessidade de analisar amostras com uma distribuição mais equilibrada entre os diferentes níveis de risco, considerando a discrepância previamente identificada na quantidade de casos por categoria. Uma amostra mais equitativa permitiria realizar análises mais robustas e generalizáveis à realidade portuguesa, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada.

Sugere-se igualmente uma revisão técnica do instrumento, nomeadamente através da inclusão de novos indicadores relevantes, como a caracterização das tipologias familiares, a saúde mental dos cuidadores secundários ou a presença de fenómenos como a alienação parental, de forma a aumentar a sensibilidade e a validade discriminante da ferramenta.

Paralelamente, a otimização dos PPP e dos procedimentos de recolha de informação nas CPCJ revela-se imprescindível. A adoção de instrumentos padronizados que orientem o registo dos dados permitiria assegurar a redução da subjetividade, aumentar a consistência documental. A melhoria da qualidade da informação recolhida é, assim, um passo essencial para reforçar a precisão das avaliações e a eficácia das intervenções.

Será também relevante desenvolver estudos que integrem diretamente os profissionais, permitindo comparar as perceções de risco em função das suas formações de base e trajetórias profissionais. O aprofundamento destas diferenças poderá contribuir para a otimização dos processos avaliativos, para o desenvolvimento de

práticas mais consistentes e para a criação de formações especializadas que respondam às necessidades identificadas na prática quotidiana.

Em suma, este estudo contribui para uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas associadas à negligência infantil e reforça a importância de um compromisso contínuo no aperfeiçoamento das ferramentas e práticas de avaliação e intervenção em Portugal. A consolidação de modelos híbridos, que integrem avaliação atuarial, juízo clínico e uma abordagem multidisciplinar, surge como caminho fundamental para a prevenção da revitimação e da TIV, bem como para a promoção de respostas institucionais mais eficazes, céleres e ajustadas. Num contexto em que a proteção das crianças/jovens constitui uma prioridade social e ética, este trabalho reafirma a necessidade de políticas públicas robustas, intervenções articuladas e investimentos consistentes que garantam às crianças e jovens um futuro mais seguro, protegido e promotor de desenvolvimento saudável.

## Bibliografia

- Austin, A. E., Lesak, A. M., & Shanahan, M. E. (2020). Risk and Protective Factors for Child Maltreatment: a Review. *Current Epidemiology Reports*, 7(4), 334–342. <https://doi.org/10.1007/s40471-020-00252-3>
- Aytur, S. A., Carlino, S., Bernard, F., West, K., Dobrzycki, V., & Malik, R. (2022). Social-ecological theory, substance misuse, adverse childhood experiences, and adolescent suicidal ideation: Applications for community–academic partnerships. *Journal of Community Psychology*, 50(1), 265–284. <https://doi.org/10.1002/jcop.22560>
- Baird, C., & Wagner, D. (2000). The Relative Validity of Actuarial-and Consensus-Based Risk Assessment Systems. *Children And Youth Services Review*, 22(11–12), 839–871. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(00\)00122-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0190-7409(00)00122-5)
- Bandura, A. (1999). *Self-efficacy in Changing Societies* (second Edition). Cambridge University Press.
- Barber, J., Trocmé, N., Goodman, D., Shlonsky, A., Black, T., & Leslie, B. (2007). *The reliability and predictive validity of consensus-based risk assessment*. Centre of Excellence for Child Welfare.
- Basto-Pereira, M., Gouveia-Pereira, M., Pereira, C. R., Barrett, E. L., Lawler, S., Newton, N., Stapinski, L., Prior, K., Costa, M. S. A., Ximenes, J. M., Rocha, A. S., Michel, G., Garcia, M., Rouchy, E., Al Shawi, A., Sarhan, Y., Fulano, C., Magaia, A. J., El-Astal, S., ... Sakulku, J. (2022). The global impact of adverse childhood experiences on criminal behavior: A cross-continental study. *Child Abuse and Neglect*, 124, 105459. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105459>
- Benbenishty, R., Davidson-Arad, B., López, M., Devaney, J., Spratt, T., Koopmans, C., Knorth, E. J., Witteman, C. L. M., Del Valle, J. F., & Hayes, D. (2015). Decision making in child protection: An international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and interventions recommendations, and the role of professionals' child welfare attitudes. *Child Abuse and Neglect*, 49, 63–75. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.015>
- Bryce, I., & Collier, S. (2022). A Systematic Literature Review of the Contribution Accumulation Makes to Psychological and Physical Trauma Sustained through Childhood Maltreatment. *Trauma Care*, 2(2), 307–329. <https://doi.org/10.3390/traumacare2020026>
- Buisman, R. S. M., Compier-de Block, L. H. C. G., Bakermans-Kranenburg, M. J., Pittner, K., van den Berg, L. J. M., Tollenaar, M. S., Elzinga, B. M., Voorthuis, A., Linting, M., & Alink, L. R. A. (2024). The role of emotion recognition in the intergenerational transmission of child maltreatment: A multigenerational family study. *Child Abuse and Neglect*, 149, 106699. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106699>
- Calheiros, M. M. (2006). *A construção social do mau trato e negligência: do senso-comum ao conhecimento científico Científico*. Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia. Imprensa de Coimbra Lda.
- Carr, A. (2015). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach* (3rd ed.). Routledge.
- CNPDPJ. (2025). *AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DAS CPCJ RELATÓRIO ANUAL 2024*. [www.cnpdpj.gov.pt](http://www.cnpdpj.gov.pt)
- Coohy, C. (2007). Social networks, informal child care, and inadequate supervision by mothers. *Child Welfare*, 86, 53–66.

[https://www.researchgate.net/publication/5395860\\_Social\\_networks\\_informal\\_c\\_hild\\_care\\_and\\_inadequate\\_supervision\\_by\\_mothers](https://www.researchgate.net/publication/5395860_Social_networks_informal_c_hild_care_and_inadequate_supervision_by_mothers)

Coohey, C., Johnson, K., Renner, L. M., & Easton, S. D. (2013). Actuarial risk assessment in child protective services: Construction methodology and performance criteria. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 151–161.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.09.020>

CRC, C. R. C. (n.d.). *The Structured Decision Making® Model: An Evidenced-based Approach to Human Services*. [www.nccd-crc.org](http://www.nccd-crc.org)

CRC, C. R. C. (2008). *The Structured Decision Making® Model: An Evidenced-based Approach to Human Services A division of the National Council on Crime and Delinquency*. [www.nccd-crc.org](http://www.nccd-crc.org)

Czamara, D., Tissink, E., Tuhkanen, J., Martins, J., Awaloff, Y., Drake, A. J., Khulan, B., Palotie, A., Winter, S. M., Nemeroff, C. B., Craighead, W. E., Dunlop, B. W., Mayberg, H. S., Kinkead, B., Mathew, S. J., Iosifescu, D. V., Neylan, T. C., Heim, C. M., Lahti, J., ... Binder, E. B. (2021). Combined effects of genotype and childhood adversity shape variability of DNA methylation across age. *Translational Psychiatry*, 11(88). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01147-z>

D'Andrade, A., Austin, M. J., & Benton, A. (2008). Risk and safety assessment in child welfare: Instrument comparisons. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 5(1–2), 31–56. [https://doi.org/10.1300/J394v05n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J394v05n01_03)

DGS. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção* (Direcção-Geral da Saúde, Ed.). Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Decreto-Lei n.o 189/91, 2635. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/189-1991-639490>

Decreto-Lei n.o 193/97, 3873. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/193-1997-144845>

Dias, D., Nunes, R., Coelho, J., Martinho, G., & Santos, A. (2024). Optimizing child protection systems: A systematic review of the literature on risk assessment practices. *Children and Youth Services Review*, 164, 107876. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2024.107876>

Dubowitz, H. (2013). Neglect in children. *Pediatric Annals*, 42(4), 73–77. <https://doi.org/10.3928/00904481-20130326-11>

Fluke, J. D., Goldman, P. S., Shriberg, J., Hillis, S. D., Yun, K., Allison, S., & Light, E. (2012). Systems, strategies, and interventions for sustainable long-term care and protection of children with a history of living outside of family care. *Child Abuse and Neglect*, 36(10), 722–731. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.09.005>

Fritzson, K., Miller, S., Bargh, D., Hollows, K., Osborne, A., & Howlett, A. (2020). Understanding the Relationships between Trauma and Criminogenic Risk Using the Risk-Need-Responsivity Model. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(3), 294–323. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1806972>

Gélinas, J., Claing, A., Dugal, C., Savard, C., Daspe, M.-È., Péloquin, K., Godbout, N., & Brassard, A. (2025). Intergenerational transmission of childhood interpersonal trauma in adults entering therapy for intimate partner violence: The role of identity diffusion. *Child Abuse and Neglect*, 161, 107258. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107258>

- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (Editora Atlas S.A., Ed.; 6th ed.). <https://pt.scribd.com/document/732954316/Antonio-Carlos-Gil-metodos-e-Tecnicas-de-pesquisa-social>
- Gillingham, P. (2016). Predictive Risk Modelling to Prevent Child Maltreatment and Other Adverse Outcomes for Service Users: Inside the “Black Box” of Machine Learning. *The British Journal of Social Work*, 46(4), 1044–1058. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv031>
- Gillingham, P., & Humphreys, C. (2010). Child protection practitioners and decision-Making tools: Observations and reflections from the front line. *British Journal of Social Work*, 40(8), 2598–2616. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp155>
- Gomis-Pomares, A., Villanueva, L., & Prado-Gascó, V. (2023). Does It Run in the Family? Intergenerational Transmission of Household Dysfunctions. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 40(3), 419–432. <https://doi.org/10.1007/s10560-021-00766-9>
- Haslam, Z., & Taylor, E. P. (2022). The relationship between child neglect and adolescent interpersonal functioning: A systematic review. *Child Abuse and Neglect*, 125, 105510. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105510>
- Hesterman, M. (2021). The Effects of Adverse Childhood Experiences on Long-Term Brain Development and Health. *Aisthesis: The Interdisciplinary Honors Journal*, 12(1), 2021. <https://pubs.lib.umn.edu/index.php/aisthesis/article/view/3717>
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6–7), 679–695.
- Hirschmann, R., Martins, R. C., & Gonçalves, H. (2021). Child abuse and sexual risk behavior in adulthood: A systematic review. In *Ciencia e Saude Coletiva* (Vol. 26, pp. 5057–5068). Associação Brasileira de Pós - Graduação em Saúde Coletiva. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.31562019>
- Jaffee, S. R. (2017). Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthood. *The Annual Review of Clinical Psychology Is Online at Downloaded from Wwww.Annualreviews.Org. Guest (Guest*, 13, 525–551. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816>
- Kay-Dawodu, A. (2021). *EFFECTS OF CHILD ABUSE ON ACADEMIC DEVELOPMENT AND MENTAL WELL-BEING OF STUDENTS*.
- Knoke, D., & Trocmé, N. (2005). Reviewing the evidence on assessing risk for child abuse and neglect. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(3), 310–327. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhi024>
- Lawrence, D. M., Hunt, A., Mathews, B., Haslam, D. M., Malacova, E., Dunne, M. P., Erskine, H. E., Higgins, D. J., Finkelhor, D., Pacella, R., Meinck, F., Thomas, H. J., & Scott, J. G. (2023). The association between child maltreatment and health risk behaviours and conditions throughout life in the Australian Child Maltreatment Study. *Medical Journal of Australia*, 218(S6), 34–39. <https://doi.org/10.5694/mja2.51877>
- Lei n.o 23/2023, 21. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/23-2023-213498832>
- Lei n.o 147/99. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1999-34542475>
- Lippard, E. T. C., & Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: Increased disease vulnerability and poor treatment

- response in mood disorders. *American Journal of Psychiatry*, 177(1), 20–36.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
- Logan-Greene, P., & Semanchin Jones, A. (2018). Predicting chronic neglect: Understanding risk and protective factors for CPS-involved families. *Child and Family Social Work*, 23(2), 264–272. <https://doi.org/10.1111/cfs.12414>
- Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais* (4a). Quarteto.
- McSherry, D. (2007). Understanding and addressing the “neglect of neglect”: Why are we making a mole-hill out of a mountain? *Child Abuse and Neglect*, 31(6), 607–614. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.011>
- Melo, A. T. de, & Alarcão, M. (2015). Instrumentos para avaliação da capacidade parental e familiar em situações de risco. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(1), 73–85. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015010753073085>
- Mendoza, N. S., Rose, R. A., Geiger, J. M., & Cash, S. J. (2016). Risk assessment with actuarial and clinical methods: Measurement and evidence-based practice. *Child Abuse and Neglect*, 61, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.09.004>
- Mersky, J. P., Berger, L. M., Reynolds, A. J., & Gromoske, A. N. (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment: A longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*, 14(1), 73–88.  
<https://doi.org/10.1177/1077559508318399>
- Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G. J. J. M., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, 77, 198–210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- Nation, A., Pacella, R., Monks, C., Mathews, B., & Meinck, F. (2023). Prevalence of violence against children in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis. In *Child Abuse and Neglect* (Vol. 146, p. 106518). Elsevier Ltd.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106518>
- Nelson, C. A., Bhutta, Z. A., Harris, N. B., Danese, A., & Samara, M. (2020). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*, 371, 30–48. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>
- Oliveira, M. S. (2015). *Transmissão Intergeracional da Violência* (Rita Costa, Ed.). Chiado Editora.  
[https://www.researchgate.net/publication/382142418 Transmissao Intergeracional da Violencia](https://www.researchgate.net/publication/382142418_Transmissao_Intergeracional_da_Violencia)
- Peixoto, Alberto, & Magalhães. (2011). *Manual – Escala de Avaliação do Risco de Abuso e Negligência na Infância* (Issue Versão 1.2).
- Peixoto, C. S., & Alberto I. (n.d.). *Proposta de escala de avaliação de risco familiar de abusos e negligência - modelo actuarial - Dados preliminares*.
- Peixoto, C. S., & Oliveira, M. S. (2024). Polivitimização infantil. In *Perturbações da parentalidade 2* (F. Bayle e coautores, pp. 281–312). Editorial Novembro.
- Petersen, A. C., Joseph, J., & Feit, M. (2014). *New directions in child abuse and neglect research*. National Academies Press.
- Power, C., Li, L., & Pinto Pereira, S. M. (2020). Child maltreatment (Neglect and abuse) in the 1958 birth cohort: An overview of associations with developmental trajectories and long-term outcomes. *Longitudinal and Life Course Studies*, 11(4), 431–458. <https://doi.org/10.1332/175795920X15891281805890>

- Reese, E. M., Barlow, M. J., Dillon, M., Villalon, S., Barnes, M. D., & Crandall, A. (2022). Intergenerational Transmission of Trauma: The Mediating Effects of Family Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5944. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105944>
- Shlonsky, A., & Wagner, D. (2005). The next step: Integrating actuarial risk assessment and clinical judgment into an evidence-based practice framework in CPS case management. *Children and Youth Services Review*, 27(4), 409–427. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.11.007>
- Taccini, F., Rossi, A. A., & Mannarini, S. (2021). Intergenerational Transmission of Relational Styles: Current Considerations. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.672961>
- Van der Put, C. E., Stolwijk, I. J., & Staal, I. I. E. (2023). Early detection of risk for maltreatment within Dutch preventive child health care: A proxy-based evaluation of the long-term predictive validity of the SPARK method. *Child Abuse and Neglect*, 143, 106–316. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106316>
- Wadji, D. L., Ketcha Wanda, G. J. M., Wicky, C., Morina, N., & Martin-Soelch, C. (2022). From the Mother to the Child: The Intergenerational Transmission of Experiences of Violence in Mother–Child Dyads Exposed to Intimate Partner Violence in Cameroon. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5–6), 3346–3376. <https://doi.org/10.1177/0886260520948148>
- WHO, W. H. O. (2024, November 5). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Wildeman, C. (2019). The Intergenerational Transmission of Criminal Justice Contact. *Annual Review of Criminology*, 3, 217–244. <https://doi.org/10.1146/annurev-criminol-011419>
- Winter, S. M., Dittrich, K., Dörr, P., Overfeld, J., Moebus, I., Murray, E., Karaboycheva, G., Zimmermann, C., Knop, A., Voelkle, M., Entringer, S., Buss, C., Haynes, J.-D., Binder, E. B., & Heim, C. (2022). Immediate impact of child maltreatment on mental, developmental, and physical health trajectories. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 63(9), 1027–1045. <https://doi.org/10.1111/icpp.13550>
- Yang, M. Y., & Maguire-Jack, K. (2016). Predictors of basic needs and supervisory neglect: Evidence from the Illinois Families Study. *Children and Youth Services Review*, 67, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.05.017>
- Younas, F., & Gutman, L. M. (2023). Parental Risk and Protective Factors in Child Maltreatment: A Systematic Review of the Evidence. In *Trauma, Violence, and Abuse* (Vol. 24, Issue 5, pp. 3697–3714). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/15248380221134634>
- Zhu, J., Racine, N., Tough, S., & Madigan, S. (2025). Pathways of Intergenerational Risk: Examining the Association Between Maternal Adverse Childhood Experiences and Child Socio-Emotional and Behavioral Concerns at 8 Years of Age. *Child Maltreatment*, 30(2), 208–220. <https://doi.org/10.1177/10775595241279365>

