

Introdução

“PSP acusado de abuso sexual de criança vai ser julgado”
(13 de Junho de 2009, Correio da Manhã)

“Professor acusado de abuso sexual continua a leccionar”
(14 de Dezembro de 2010, Correio da Manhã)

“Pedreiro acusado de violar menor”
(25 de Maio de 2011, Correio da Manhã)

Tantas vezes somos “invidados” por estas e tantas outras e idênticas manchetes de jornais, que outrora eram uma espécie de “letrinhas pequeninas de contratos” que ninguém ousava ler, mas que actualmente se converteram “no prato dia”, que as mesmas foram semeando em nós o intento de estudar os seus actores principais, os Abusadores Sexuais de Crianças (doravante ASC’s)! Como reina na saberia popular portuguesa, “Tantas vezes o cântaro vai à fonte que um dia deixa lá a asa ou a sua frente”, pelo que connosco a história não foi diferente. Perante a manchete, *“Abusos Sexuais de Crianças: Abusador não tem perfil específico”* (13 de Maio de 2008, Expresso), a “asa” dos *mass media* deixou em definitivo na nossa pessoa, o derradeiro mote para partir para essa aventura que é a investigação.

No sentido de enquadrar e justificar introdutoriamente a temática, pode declarar-se, e segundo Flora (2001), que “muito e muito” mais se tem escrito sobre as vítimas do que sobre os ASC’s, pelo que o aprofundar do conhecimento acerca dos mesmos se tem revelado numa crescente necessidade, visto que se trata de uma população cada vez mais visível e mais numerosa, tendo aumentado em 330 por cento desde 1980 nos EUA. Todavia, Costa (2003), assinala que em Portugal, prevalece no pensamento de muitos especialistas/investigadores o reconhecimento da extrema importância de estudar os ASC’s, no entanto na prática tem-nos restado um campo sedento de pesquisa.

Neste sentido, quando estreitamos a óptica de análise e a redireccionamos para a questão do perfil, e ainda mais especificamente para a tó65nica que pretendemos investigar, designadamente a personalística e de saúde mental, apurámos que a resposta que mais tem sido veiculada pela comunidade científica, é a de que, embora os estudos efectuados em prol desta matéria se resumam à palavra “alguns”, não existe perfil de ASC’s (Caetano, 2008). Em prol destas advertências, pode declarar-se que os estudos pioneiros desenvolvidos na década de 60 e 70, em torno do estudo do perfil personalístico e de saúde mental dos ASC’s, sugeriram que se tratavam de pessoas que possuíam personalidades deficitárias no que respeita a aptidões sociais, auto-estima, empatia, auto-afirmação, bem como uma tendência para o isolamento e para serem perturbados do ponto de vista emocional. Em contrapartida, estudos recentes em populações diversas, demonstraram que a maioria dos ASC’s em nada diferia em relação às características de personalidade e de saúde mental das pessoas ditas “normais”, e que apenas uma minoria sofria de perturbações mentais e de personalidade (Albuquerque, 2006).

Por “tudo isto e muito mais” Paulino (2009) defende, que para comprovar/sustentar (ou não), de forma mais fidedigna os factos precedentes, bem como para construir “mais e novo” conhecimento científico, torna-se relevante trazer à luz da investigação, uma perspectiva clínica dos ditos ASC’s, pelo que se tem imposto a pertinente questão, “*Mas como?*”. Deste modo, a Abordagem Clínica do *Profiling*, tem irrompido como uma das respostas mais válidas. Assim sendo, e de acordo com Soeiro (2009), esta abordagem constitui um instrumento psicológico utilizado comumente como auxílio na investigação criminal. Curioso, é o facto da sua elaboração ser equiparada ao processo clínico de diagnóstico, ou seja, a situação é reconstituída, as hipóteses são formuladas, o perfil é desenvolvido e testado (de forma qualitativa ou quantitativa), e os resultados são por fim reportados aos profissionais e/ou entidades organizacionais/estatais que deles necessitam.

Efectivando o devido paralelismo entre os fundamentos científicos expostos e a presente investigação, objectivou-se de forma genérica e sob recurso à Abordagem Clínica do *Profiling* (e assim relacionar o conhecimento da Psiquiatria, Psicologia e Criminologia), “traçar” o perfil personalístico e de saúde mental de um grupo de investigação constituído por ASC’s, (com trânsito em julgado a cumprir pena em distintos estabelecimentos prisionais, devido à prática do crime de Abuso Sexual de Crianças tipificado pelo artigo 171.º do actual Código Penal Português), e de um grupo de controlo composto por sujeitos da população normativa (que possuem características similares aos primeiros sujeitos em termos das variáveis género, idade e escolaridade). Neste sentido a presente dissertação, foi arquitectada em dois capítulos globais e integradores. O primeiro, concerniu no enquadramento teórico do Abuso Sexual de Crianças, do *Profiling*, e da Personalidade e da Saúde Mental do Abusador Sexual de Crianças, à luz do Estado da Arte do conhecimento científico psicológico-clínico, e/ou jurídico-penal, e/ou criminal-forense. O segundo capítulo diz respeito ao Corpo Empírico, e estendem-se desde a caracterização do tipo de estudo, os seus objectivos gerais e específicos, as variáveis implicadas, a caracterização da amostra, os instrumentos aplicados, os procedimentos e a análise estatística efectuada, até à consequente apresentação, discussão e conclusão acerca dos resultados por nós aferidos.

Parte I: Enquadramento Teórico

Capítulo 1: Abuso Sexual de Crianças, o seu Perpretador e a técnica do *Profiling*: Contextualização Clínico-Forense

1.1. Maltrato Infantil: As múltiplas faces da violência cometida contra as Crianças

O Maltrato Infantil (doravante MI) corresponde a uma realidade complexa, global e integradora que equivale ao ponto de partida cientificamente mais primário, que possibilita maximizar o enquadramento e a conseqüente compreensão de um dos seus vértices de ramificação conceptual, isto é, o Abuso Sexual de Crianças (doravante ASC). Deste modo, este primeiro ponto de referência, assenta na conceptualização do MI sob um ponto de vista duplo e complementar entre si, nomeadamente a visão científica e a visão jurídico-penal. Iniciando o enquadramento do MI, pode declarar-se que a investigação e a intervenção enquanto domínios processuais que se encontram dependentes e inseridos num contexto sócio-cultural e histórico, nem sempre consideraram a violência contra crianças como tal (Zigler & Hall, 1989). Neste sentido, pode declarar-se que a forma de conceber e valorizar a criança, foi diferindo ao longo dos tempos e reflectindo os pressupostos da infância de distintas culturas, pelo que o mais relevante marco histórico responsável pela “quebra” da fase de negação (em que o conhecimento acerca da criança e do MI não possuíam a correspondente intervenção clínica e social num sentido mais lato), consistiu na publicação de um trabalho levado a cabo por Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller e Silver (1962), denominado *The battered child syndrome*, na qual a expressão “*síndrome de criança espancada/batida*” foi cunhada para caracterizar as manifestações clínicas do abuso físico gravoso contra crianças. A relevância desta publicação potenciou a transição para a fase de reconhecimento do MI, impulsionando o desenvolvimento de investigação científica (focada na violência da qual a criança era/é vítima), bem como a emersão no seio do público em geral, de um sentimento de responsabilização e de consciencialização face a esta matéria controversa (Duhr, 1992). Num sentido mais lato abandonou-se a imagem da criança enquanto propriedade do adulto, tendo-se progredido para uma concepção que realça as suas características específicas inerentes e indissociáveis à sua fase de desenvolvimento (Alberto, 2008).

As considerações supramencionadas possibilitam assim, introduzir de forma mais esclarecida duas distintas conceptualizações de MI. Em primeiro lugar, Wolfe (1985) concebeu o MI num *continuum* de comportamentos parentais, isto é, na posição extrema de um primeiro pólo, incluíam-se as interacções afectuosas, em contrapartida, num segundo e oposto pólo, integrava-se o abuso. Num segundo patamar conceptual, evidencia-se a definição esboçada pelo Consultation on Child Abuse Prevention da Organização Mundial de Saúde (1999), na qual o MI em relação à criança, consiste em todas as formas de tratamento disfuncional de natureza física e/ou emocional, abuso sexual, negligência, exploração comercial ou outro tipo de exploração, que resulta em danos reais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento e/ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.

Mutando a óptica de análise para a lógica jurídico-penal, pode asseverar-se que o Código Penal¹ vigente em Portugal, apresenta referências ao MI, porém polariza-se com maior ênfase maior ênfase no abuso físico e psicológico. Neste sentido, e relativamente a esta problemática, alude no artigo 152.º - A (p. 40), “1- *Quem tendo a seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direcção ou educação ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor (...) a) lhe infligir, de modo reiterado, ou não maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais, ou a tratar cruelmente; b) a empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas; c) a sobrecarregar com trabalhos excessivos, é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.*

Da análise criteriosa deste artigo, importa tecer cruciais ponderações, visto que o mesmo concebe o MI na sua cambiante de abuso físico e abuso psicológico quer no contexto familiar, quer noutros contextos, tais como escolar, laboral, entre outros. De forma idêntica, apresenta o abuso físico e psicológico enquanto crime, contudo, não se pode deixar de destacar algumas das indefinições relativamente à questão da qualificação e da quantificação de determinadas situações, tais como “*tratar cruelmente*”, “*actividades perigosas, desumanas e proibidas*”, ou “*sobrecarregar*”, premissas estas que remetem necessariamente para uma avaliação cuidada de cada situação, das características da vítima e do impacto que daí decorreu (Carmo, 2010).

À *posteriori*, proclama-se a importância de discriminar as diferentes formas de MI. Segundo Bruynooghe (1988), o MI engloba uma gama de atitudes e/ou comportamentos violentos contra a criança, que podem caracterizar-se pelo seu carácter passivo ou em oposição, pelo seu carácter activo. Especificando, as formas de violência passiva incluem a negligência e o abandono e, por outro lado, as formas de violência activa compreendem o abuso físico e sexual. Importa salientar que o abuso psicológico (também denominado por emocional), é concebido pelo mesmo autor como uma forma de violência que pode ser enquadrada em qualquer uma das fórmulas anteriores.

Estabelecendo um paralelismo entre a abordagem científica e jurídico-penal, pode declarar-se que o MI engloba toda e qualquer interacção adulto-criança, que implique a falta de respeito pela mesma, em consequência da adopção de uma concepção de base assente na díade criança-objecto, em termos dos desejos, interesses e crenças culturais dos adultos, advindo deste facto a ameaça face ao desenvolvimento físico e psicológico, bem como ao bem-estar e à felicidade ao qual a criança tem direito. Este domínio abusivo pode incluir formas de agressão verbal, física, sexual e psicológica, ou pode remeter para a ausência de cuidados, de interacção e de interesse pela criança, que representam de igual modo uma ameaça nociva para o seu desenvolvimento e qualidade de vida (Alberto, 2010).

¹ O Código Penal de referência na presente investigação corresponde ao publicado pela Lei 59/2007, de 4 de Setembro.

1.2. Uma forma particular de Maltrato Infantil: O Abuso Sexual de Crianças

“Existe consenso no momento de definir o ASC?”; “Quais as definições que melhor codificam esta realidade?”; “O ASC e a Pedofilia, são uma e a mesma coisa?”; “De que modo é que o legislador português tipifica o crime de ASC?”; “Quais são os números que quantificam a ocorrência deste problema numa panorâmica nacional e internacional?”, estas questões assumem-se como o vector norteador da presente exposição teórica. Todavia, e similarmente à posição adoptada na investigação de Fávero (2003) e de Paulino (2009), estipulam-se duas formas de responder às referidas questões, isto é, mediante a consideração de um critério interno e de um critério externo. Assim, o critério interno remete para a apresentação do estado da arte relativo ao conhecimento científico existente acerca desta problemática (Tópico global 1.2.). Em segundo lugar, o critério externo assenta na exposição do ASC, enquadrado numa visão jurídico-penal resultante do escrutínio do Código Penal Português (doravante CPP) (Tópico integral 1.3.).

1.2.1. Abuso Sexual de Crianças: Reflexões gerais sobre o conceito

A definição de ASC reveste-se de uma complexidade sem precedentes, visto que a primeira constatação efectuada aquando da revisão literária acerca desta mesma problemática, consistiu no facto de que sobre este conceito existe somente um consenso: o de que não existe consenso (Finkelhor, 1986; López, 1995; Haugaard, 2000; Fávero, 2003).

Gold, Hughes e Swingle (1996) sustentam que uma das razões que justifica tal argumento, prende-se com o facto de os investigadores, ao definirem o abuso sexual, tenderem a recorrer a uma ampla variedade de critérios que são muitas vezes dúbios, o que converge para a proliferação de conclusões díspares, e para a impossibilidade de efectuar comparações com outros estudos (e tão pouco proceder à elaboração de generalizações). Estes mesmos autores defendem ainda um outro factor decisivo que contribui para a dificuldade de estabelecimento de uma visão unânime entre a comunidade científica no que respeita à definição de ASC. De forma mais clara e objectiva, pode asseverar-se que esta mesma problemática se encontra revestida de pelo menos três subjectividades centrais, designadamente a do agressor, a da vítima e a do observador (assim se denominam os pais e a todos os profissionais que exercem funções no domínio do ASC). Assim sendo, aquando da definição da experiência como abusiva, tal tarefa pode revelar-se num verdadeiro desafio, pois tais subjectividades nem sempre coincidem. De forma complementar, pode afirmar-se que os indivíduos efectuem a sua avaliação subjectiva de abuso sexual, sob a influência do seu contexto social e cultural, porém não se procede à conceptualização da experiência sexualmente abusiva, por intermédio da consideração isolada da vivência e/ou experiências pessoal e/ou profissional de cada um dos componente da tríade de subjectividades, mas antes

mediante a aplicação de critérios transversais a numerosas investigações científicas. São contudo estes critérios que comumente contrapõem em grande medida os investigadores e os profissionais que exercem funções diversas no âmbito dos ASC, resultando esta discrepância do carácter ambíguo e díspar das posições assumidas aquando da significação dos mesmos. Em linha de conta com estes pressupostos e com o intuito de ilustrar o que vem sendo exposto, encontram-se apresentados de forma sumária na Tabela 1 os critérios da “controvérsia” que serão introduzidos sob a fórmula de questão, e à qual se sucede a resposta da comunidade científica que melhor espelha e justifica a inexistência de consenso relativamente à definição de ASC (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Critérios de definição de ASC que não reúnem consenso por parte da comunidade científica

Critério I: “Quais são os limites entre as relações afectivas e as abusivas?”

Resposta da comunidade científica: A delimitação entre as relações afectivas e abusivas revela-se numa tarefa difícil de operacionalizar, gerando mesmo numerosas dúvidas entre os profissionais que trabalham no domínio do ASC, visto que se encontra inerente a este dilema a percepção subjectiva de abuso. Neste sentido, tanto a percepção da vítima como a do observador sofrem influência ou é determinada por um série de aspectos internos e externos à pessoa.

Assente nesta lógica de raciocínio, constata-se por um lado, que alguns autores defendem que a criança não se encontra em condições para estabelecer uma distinção entre determinados comportamentos afectivos e abusivos. Lamb e Coakley (1993) representam esta posição, defendendo a ideia de que existem crianças que possuem dificuldades em reconhecer relações ou comportamentos ditos abusivos, talvez porque a experiência se tenha iniciado como um “jogo” que posteriormente se converteu numa lógica abusiva. Outra das explicações apresentadas sob esta óptica, remete para o facto da noção de abuso ser influenciada pela noção cultural de papéis de género. A título exemplificativo, revela-se o facto de uma criança do sexo feminino puder concordar que a força física integra as relações heterossexuais, e devido a esta circunstância, não avalia a experiência mantida com um rapaz da sua idade, ainda que forçada, como abusiva.

Em contrapartida, existem outros autores que não corroboram esta mesma posição científica, destacando-se em primeira instância Arboleda (1997), ao considerar que do ponto de vista adulto, o abuso consiste em todo o acto que implique dano físico à criança. Dentro desta perspectiva, insere-se Finkelhor (1979) que atesta que uma criança possui condições para avaliar se uma experiência é ou não sexualmente abusiva, pois embora não compreenda o carácter sexual na dimensão que o adulto o julga, consegue avaliar que a actividade em causa consiste num tabu, é diferente, produz sensações viscerais e é prática escondida e não mencionada. De forma similar, o mesmo autor perspectiva que outros dois agentes permitem à criança perceber a situação como sexualmente abusiva, designadamente algumas peculiaridades dos comportamentos do abusador, e o facto de que os genitais se encontrarem envolvidos. Este último argumento assenta no facto do autor considerar que desde muito pequenas, as crianças aprendem o que é socialmente aceitável ou trivial, no que se refere aos seus genitais e aos dos outros indivíduos (homens ou mulheres).

Por último relativamente a este tópico de análise, destacam-se Adams & Fay (1992), que asseveram que o que possibilita o estabelecimento de limites entre o campo afectivo e abusivo, consiste na intenção do acto por parte do adulto, pois as situações relacionais de tocar a criança, vê-la nua ou de se apresentar nu diante dela, (que são situações normais e aceitáveis nas famílias em determinadas culturas), somente se tornam abusivas se a intenção do adulto se funda na sua própria gratificação sexual, ou na intimidação da criança. Assim sendo, importa ter presente que o verdadeiro limite reside no facto dos comportamentos possuírem subjectivamente a intenção de produzir excitação sexual, ou objectivamente a produzam (López, 1995).

Critério II: “Que diferença de idade deve existir entre o agressor e a vítima, para que uma relação seja considerada sexualmente abusiva?”

Resposta da comunidade científica: Esta questão encontra-se envolta de enorme discrepância entre a comunidade científica, pois tendem a assumir-se posições bastante antagónicas. Em primeiro lugar, alguns autores não estipulam qualquer limite de idade para se afirmar que nos encontramos perante um ASC (e.g. Morrow, Yeager & Lewis, 1997), enquanto outros fazem uso de termos gerais como relação entre criança e adulto (e.g. Kinsey, Pomeroy, Martins & Gebhard, 1953) ou entre uma criança e um companheiro mais velho (e.g. Finkelhor, 1979, 1984), para demarcar a existência de uma situação sexualmente abusiva.

Em segundo lugar pode aludir-se que entre os autores que mais especificaram a idade que deve existir entre o agressor e a vítima numa relação dita sexualmente abusiva, é possível constatar a existência de diferenças relevantes que ilustram a diversidade de opiniões acerca deste critério. De forma mais

específica, alguns autores demarcam como 5, os anos que devem diferenciar o agressor da vítima, em caso de contactos sexuais mantidos antes dos 16 anos de idade (e.g. Leitenberg, Greenwald & Cado, 1992; Robin, Chester, Rasmussen, Jaranson & Goldman, 1997) outros por seu turno, recorreram ao estabelecimento de duas escalas, impondo a existência de 5 anos de diferença, se o menor tiver até 12 anos de idade, e de 10 anos de diferença, se a criança possuir uma idade entre os 13 e os 16 anos (e.g. Finkelhor, 1979; Higgins & McCabe, 1994).

Em terceiro plano, é possível verificar ainda que outros investigadores tomaram como referência o critério do consentimento conjuntamente com o critério de idade, pelo que alguns fixaram a marca numérica de 5 anos ou mais, para crianças menores de 12 anos independentemente do consentimento (Peters, Wyatt & Finkelhor, 1986 cit. in Fávero, 2003), outros definiram a mesma diferença para as crianças entre os 12 e os 16 anos, a menos que a relação seja consentida ou pelo menos não seja vivida de forma desagradável (e.g. Fleming, Mullen & Bammer, 1997). Por último, outros autores determinaram ainda a mesma diferença de idade de 5 anos, somente quando a criança tenha avaliado a situação como abusiva (e.g. Finkelhor, 1979).

Critério III: “Que idade deve ter a vítima (o menor) para que a relação seja considerada abusiva?”

Resposta da comunidade científica: A maturação biológica tem sido utilizada como critério para determinar o final da infância e a conseqüente independência dos adultos, mas o conceito continua igualmente ambíguo, na medida em que evoca reacções individuais do desenvolvimento infantil (Fávero, 2003). Adoptando esta perspectiva, Furniss (1993) determina como término da infância, o momento na qual a criança alcançou um nível de desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social que lhe permita tomar decisões independentes.

Em termos práticos, é possível constatar mediante a análise criteriosa de investigações realizadas no âmbito do ASC, que a determinação da idade da vítima assenta por vezes na estipulação dos 17 anos (e.g. Finkelhor, 1979, 1984; Goldman & Padayachi, 1997), ou até mesmo nos 18 anos de idade (e.g. Kellog & Hoffman, 1997). De modo complementar, aquando da ponderação crítica acerca de outras investigações, verifica-se a determinação de outras idades limite para a infância. Exemplo primário deste argumento são Sarwer, Crawford, & Durlak (1997), que empregam a limitação legal, ou seja, a idade igual ou inferior a 14 anos de idade. Contudo Leitenberg, Greenwald, Cado (1992), estabeleceram como idade limite da infância, a marca numérica de 15 anos.

Partindo de uma reflexão crítica acerca da conceptualização de ASC, pode declarar-se que não existe uma definição inequívoca, universal e consensual. Tal evidência deriva em grande medida do facto da definição de ASC assentar em pressupostos culturais, que definem o que em cada grupo social é aceitável, e em oposição determinam o que é punível e patológico. De modo idêntico, tais circunstâncias exercem a sua influência aquando da perspectivação de um acto como abusivo, na multidisciplinariedade de técnicos que trabalha com as vítimas (Giarreto, 1982; Fávero, 2003).

1.2.2. Definição de Abuso Sexual de Crianças

O presente tópico de referenciação teórico-científica é “inaugurado” com o argumento de que o ASC consiste num fenómeno universal que não descora qualquer classe social, estatuto económico, cargo profissional, faixa etária, etnia, religião e cultura, sendo deste modo perspectivado primeiramente por Finkelhor (1979) como um problema social (até há década de 60) e público (desde os anos 70 do século XX), e não menos importante, reconhecido pela OMS como um problema mundial de saúde pública (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002).

Adoptando uma perspectiva cronológica, destaca-se a definição proposta pelo National Center of Child Abuse and Neglect, que remonta ao ano de 1978, e representa a conceptualização que maior aquiescência reúne ao nível da comunidade científica. Esta mesma organização determina como ASC, os contactos e as interacções estabelecidas entre

um adulto e uma criança, quando o primeiro usa a segunda para se estimular sexualmente a si próprio, à criança ou a outrem. Estes mesmos actos abusivos foram também concebidos como podendo ser cometidos por uma pessoa menor de 18 anos quando a sua idade for significativamente superior à da vítima, ou em situações nas quais o abusador se encontre numa clara posição de poder ou de controlo sobre a mesma (Freitas, 2003).

A um segundo nível de apreciação, enfatiza-se a conceptualização que segundo Miralto, Duque, Barros e Leite (2010), se assume como a mais próxima das considerações adoptados pelo actual CPP, isto é, a definição proposta por Kempe e Kempe em 1978. Estes perspectivaram como ASC, o envolvimento de crianças e de adolescentes dependentes, com um adulto, em actividades sexuais que têm como intuito final a gratificação ou a estimulação sexual do adulto. Tal definição deve ser interpretada com cautela, pois os autores assumiram que o abusador é um adulto, e que a vítima é uma criança e/ou adolescente dependente, o que pode não ser o caso em determinadas circunstâncias.

Numa terceira instância, sublinha-se a definição postulada pela OMS (2006), onde o ASC corresponde ao envolvimento de uma criança em actividades sexuais que a mesma não compreende, perante as quais não apresenta capacidades para prestar o seu consentimento informado, para as quais não se encontra preparada do ponto de vista do seu estágio de desenvolvimento, e/ou ainda o seu envolvimento em actos/comportamentos de natureza sexual que constituem uma violação das leis ou das normas sociais que regem uma determinada sociedade. Como parte desta definição, a criança poder ser abusada por um adulto ou por uma outra criança que, devido à sua idade, ou estágio de desenvolvimento se posiciona numa posição de responsabilidade, de confiança ou de poder sobre a vítima.

A par e subjacente a esta tríade conceptual, urge a necessidade de explicitar o tipo e a natureza das práticas sexuais consideradas abusivas, bem como a questão do consentimento.

No que respeita ao tipo e à natureza de práticas sexuais consideradas abusivas, o ASC pode apresentar-se sob a forma de actividades eróticas e sexuais impostas à criança pelo recurso à violência física, ameaça ou indução da sua vontade (Associação Brasileira Multiprofissional de Protecção à Infância e Adolescência, 2003). Por outras palavras, do rol diverso e nefasto de comportamentos que o abusador sexual pode exercer sobre a criança, os mesmos distinguem-se pelo seu pendor físico, que pode ou não estar presente na relação abusiva. Deste modo definem-se como actos sexuais abusivos nos quais existe contacto sexual (logo físico), o sexo anal, vaginal ou oral; a introdução do dedo e/ou de objectos na vagina ou no ânus; as carícias que incluam o toque dos genitais do abusador ou do menor; forçar o menor a masturbar o abusador; e/ou obrigar o menor a manter contactos sexuais com animais. Em contrapartida, os actos sexuais abusivos nos quais não se prefigura a existência de contacto sexual (logo, não envolve a componente física), são comumente descritos como o voyeurismo; o exibicionismo, bem como formas múltiplas de exploração sexual que se ramificam em actividades promovidas para a produção de pornografia; e/ou impulsionar a prostituição infantil; e/ou obrigar o menor a assistir a actividades sexuais entre outras pessoas (Johnson, 2007).

Assim, a necessidade de determinar ou distinguir se um dado comportamento constitui ou não um acto sexualmente abusivo, remete para a existência de diferenças que contrapõem diversas sociedades e culturas, contudo não se pode ignorar a variabilidade de condutas com teor sexual que são aceitáveis em determinados contextos (Conte, 1991; Carvalho, 2007).

Sob o prisma da questão do consentimento, colocada em voga pela citada definição da OMS, a lógica de pensamento deve direccionar-se para a sua concepção de base, isto é, o entendimento por parte de qualquer pessoa (criança, adolescente, adulto ou idoso) acerca do propósito e dos critérios que regulam determinados comportamentos, mediante a consciencialização das possíveis consequências que podem advir da aceitação de envolvimento nos mesmos, bem como do facto de se encontrar assegurado à partida, de que será respeitada toda e qualquer decisão tomada pela pessoa (O' Callaghan & Print, 1994). No sentido de estabelecer o devido paralelismo entre esta significação básica de consentimento com o que ocorre aquando de um ASC, deve ter-se em conta que esta última problemática supõe uma disfunção e/ou assimetria a três níveis, designadamente: a) o poder do “grande” exercido (adulto e conotado como “forte”) sobre o “pequeno” (criança e conotado como “fraco”); b) a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (que deveria ser protector); c) o uso delinvente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo o sujeito tem de propriedade sobre o seu corpo (Gabel, 1997). Desta forma Faleiros (2000), Machado e Gonçalves (2002), e Fávero (2003), defendem que quando estamos ante um ASC, estamos igualmente “de frente” com o desrespeito pela pessoa no seu todo, especialmente no que concerne à sua intimidade. Assim sendo, há entre o abusador e a vítima um desnível em termos do domínio (físico e/ou psicológico), autoridade e capacidades (quer sociais quer cognitivas), pelo que o menor devido ao seu estágio de desenvolvimento e à sua imaturidade sexual (física e/ou psicológica), não se encontra em condições para entender e prestar de forma plena consentimento informado face a um contacto sexual.

De modo conclusivo, importa enfatizar que para estudar e investigar este domínio do MI, torna-se imprescindível a consideração de que nenhuma definição *per se*, traduz a real dimensão e complexidade desta problemática. Neste sentido, nenhuma definição deve ser utilizada sob a condição de imposição de um carácter axiomático (Paulino, 2009).

1.2.3. Distinção Conceptual: Abuso Sexual de Crianças vs Pedofilia

Para Gomes, Almeida e Vieira (2010, p.471), “A generalização do termo pedofilia a todas as situações em que adultos abusam sexualmente de crianças contribui mais para criar confusão, do que para ajudar a compreender um fenómeno tão complexo como o abuso sexual infantil e juvenil”. Pode declarar-se que os *mass media* e alguns investigadores têm contribuído para a existência de dificuldades em definir isoladamente a relação entre os conceitos de ASC e de Pedofilia, assistindo-se não tão poucas vezes à referenciação dos mesmos como sinónimos. De acordo com Gomes e Coelho (2003), esta “falha” pode dever-se

ao facto de ambas as populações, pedófilos e ASC's, embora constituindo grupos distintos, sejam em parte coincidentes.

Neste sentido, pode declarar-se que a Pedofilia corresponde a um conceito científico cujo significado preciso assenta no que o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (doravante DSM-IV-TR) discrimina como um tipo específico de Parafília. Assim sendo, obtêm-se dois conceitos que carecem de definição para maximizar a sua compreensão. Em primeiro lugar, a Parafília corresponde a uma perturbação sexual na qual o indivíduo recorre, de uma forma persistente e continuada, a um suporte imaginário ou a actos tidos por bizarros, que são a forma preferencial, ou a forma indispensável, para alcançar excitação sexual, ou para atingir um orgasmo (APA, 2000, p. 566). Esta mesma perturbação mental ramifica-se em dois pólos, as parafilias predominantemente não agressivas (e.g. Fetichismo, Tranvestismo, Sado-masoquismo, etc.) e as predominantemente agressivas (e.g. Exibicionismo, Voyeurismo, Frotteurismo, etc.) (Albuquerque, 2006).

Em segundo plano e de forma mais restrita, a Pedofilia equivale a um tipo específico de Parafilias predominantemente agressivas, que somente pode ser definida e diagnosticada mediante a ocorrência no sujeito das circunstâncias tidas como requisitos exigíveis pela 4.^a edição revista e traduzida do DSM, nomeadamente: critério A) fantasias sexualmente excitantes, impulsos sexuais ou comportamentos recorrentes e intensos, durante um período de pelo menos 6 meses, implicando actividade sexual com uma criança ou crianças na pré-puberdade (geralmente com idade igual ou inferior a 13 anos); critério B) a pessoa actuou com base nestes impulsos sexuais, ou os impulsos sexuais, e/ou as fantasias provocam-lhe mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades interpessoais; critério C) a pessoa tem pelo menos 16 anos, e é pelo menos 5 anos mais velha do que a criança, ou possui a idade referenciada no Critério A. Aliados a estes critérios subjazem outros critérios de especificação que remetem para o sexo preferencial de atracção sexual (sexo masculino ou feminino, ou ambos), e para o tipo de exclusividade em relação à idade da vítima (tipo exclusivo - pedófilo: crianças até aos 13 anos; tipo não exclusivo), quanto ao contexto exclusivo de concretização das fantasias e/ou impulsos e/ou comportamentos sexuais abusivos por parte do pedófilo (limitado ao incesto) (APA, 2000; p. 572).

Sucedem-se assim dois argumentos que derivam de investigações com acentuado pendor clínico descritivo. Howitt (1995) e Dunaigre (2001) alertam para a cautela necessária que se deve ter aquando do estudo desta matéria, pois enfatizam, que existem pedófilos homossexuais (atraídos por rapazes) e heterossexuais (atraídos por raparigas), pelo que se defende que seja a sua orientação sexual a determinar a sua preferência em termos do género da vítima. Por outro lado, os mesmos autores destacam que os “verdadeiros pedófilos” correspondem a sujeitos que se sentem primariamente atraídos por crianças não efectuando distinção entre o sexo da vítima.

Urge a este mesmo nível teórico-científico, a necessidade de descrição de vastos comportamentos susceptíveis de serem encetados com crianças por parte dos pedófilos. De acordo com Furniss (1993), sujeitos com tal perturbação, podem cingir-se a observar a criança

enquanto a mesma se despe, a exibirem-se a si próprios e/ou masturbarem-se na sua presença, bem como a toca-lá e/ou acariciá-la (e.g. genitais). Por sua vez outros pedófilos podem praticar *fellatio* (introdução do pénis na boca) ou *cunnilingus* (estimulação língual da vagina), ou penetração com o pénis, dedos ou objectos na vagina, boca e ânus, com força física em graus variáveis.

Todavia, Salter (2003) e Howitt (2006) alertam que só muito raramente os sujeitos que padecem de pedofilia “atacam” uma criança por intermédio do emprego da força física violenta, pois a maioria pauta a sua conduta pelas ofensas sem contacto (e.g. exibição de órgãos sexuais e/ou observar secretamente o menor), bem como pela primazia face ao recurso da manipulação (e.g. através do suborno) como forma de tirar partido da imaturidade da criança, de modo a conseguirem estabelecer actos sexuais com a mesma.

Importa referir que existem adultos que abusam sexualmente de crianças não porque sejam pedófilos (e portanto não possuem preferência sexual pelas mesmas), mas sim devido a uma diversidade de motivos (e.g. meio familiar disfuncional em termos de padrões de violência e domínio, falta de parceiro mais velho disponível, embriaguez ou intoxicação por drogas, doença orgânica mental, procura de estímulos sexuais diferentes, desprezo pelas regras sociais, etc.). Em contrapartida, existem adultos pedófilos que ainda que sintam atracção sexual por crianças pré-púberes, não mantêm relações sexuais com as mesmas devido a razões éticas ou religiosas (Howitt, 1995; Albuquerque, 2006).

Relacionado ainda com o exposto, é o facto de existir um número considerável de sujeitos que pode ser considerado simultaneamente pedófilo e ASC's, consistindo a Falometria (tecnologia que permite avaliar as preferências sexuais do homem, por intermédio da medição do diâmetro do pénis, perante estímulos eróticos específicos) numa das formas que permite distinguir entre estas duas populações (Marshall, 1997).

Em sùmula, pode sustentar-se que estas duas populações acabam por ser um oximoro, porém tal visão não se encontra enraizada no senso comum, pois prevalece a ideia de que os pedófilos e os ASC's são uma e a mesma coisa. Assim sendo, importa portanto reforçar que urge a necessidade de emergir por parte dos *mass media*, e da própria comunidade científica, um sentido de mobilização de esforços com o intuito de “imprimir” na sociedade em geral, a ideia de que nem todos os pedófilos são ASC's, e inversamente nem todos os ASC's são pedófilos. A par deste fomento de tomada de consciência, os mesmos vectores de prestação de informação e/ou conhecimento, devem educar o público em geral, para o facto de os pedófilos representarem apenas uma pequena parte dos ASC's (Marshall, 2007; Soeiro, 2009).

1.3. Abuso Sexual de Crianças à luz do Código Penal Português

1.3.1. A Criança no Estado de Direito Português

Num passado não muito remoto em Portugal, as crianças não eram titulares de direitos, estando apenas sujeitas ao poder familiar (Monaco, 2004), pelo que a compreensão da reversão deste cenário, exige a realização do devido enquadramento teórico. Tal raciocínio

revela-se crucial, visto que se a criança nem sempre foi reconhecida como sujeito de direito(s) - à escala nacional - também nem sempre foram legalmente condenáveis acções que actualmente, se encontram penalmente tipificadas como crime (Sousa, 2005).

Neste sentido, em 1959, quase dez anos depois da promulgação internacional da Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou e aprovou em 1989, uma nova declaração que visa exclusivamente a criança - a Declaração Internacional dos Direitos da Criança. Por conseguinte, a referenciada Declaração entrou em vigor internacional menos de um ano após a sua ratificação por 191 países. Destes países fez parte integrante Portugal, pelo que ao assinar a Convenção sobre os Direitos das Crianças, com a Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, assumiu um compromisso em relação ao cumprimento de direitos que abarcam a provisão, a participação e a protecção das mesmas, destacando-se a sua protecção contra todas as formas de violência e de exploração sexuais (Alberto, 2010).

Em conformidade com esta nova forma de reconhecer os direitos e de proteger a criança, surge o conceito legal que define a mesma como todo o Ser Humano menor de 18 anos. Por outro lado, a necessidade de protecção jurídica, não só antes como também após o seu nascimento, foi-se traduzindo no CPP sob a previsão de penas diversas a serem aplicadas a quem pratique crimes sexuais contra crianças. Todavia, deve salientar-se que dentro da amplitude dos 18 anos de idade, a lei portuguesa distingue os crimes que transgridem a autodeterminação sexual da criança pelas suas respectivas penas, de acordo com a idade exacta das vítimas (UNICEF, 2005; Alberto, 2010).

1.3.2. Como abordar o Abuso Sexual de Crianças à luz do Código Penal Português: que raciocínio se impõe?

A abordagem jurídica do ASC por nós efectuado, tomou como referência o CPP, pois pretende-se elucidar o leitor, acerca de uma concepção criminal que implica a tipificação de crimes em matéria sexual, e que visam a punição do abusador.

1.3.2.1. Os Crimes Sexuais - Breve Resenha Histórica

1.3.2.1.1. Revisão do Código Penal Português: 1982 e 1995

O Direito Penal tem assumido contornos sociais tentando na sua essência adequar-se à cultura e ao espaço-tempo na qual se enquadra. Deste modo, a regulação da sexualidade das crianças não tem sido diferente, pelo que se torna crucial compreender a evolução do CPP em termos da tipificação e dos bens jurídicos² protegidos em relação aos crimes que atentam contra a auto-determinação sexual das mesmas (Alves, 1997).

²Segundo resume Alves (1997), em termos jurídicos o Bem Jurídico corresponde a um bem, não do Direito, mas dos homens, reconhecido e tutelado pelo Direito.

Datando a história do Código Penal (doravante CP) para o ano de 1886, os crimes sexuais eram entendidos como crimes contra os bons costumes, porém a revisão de 1982, consagrou a inserção deste mesmo tipo de crimes no capítulo intitulado por Crimes contra os Valores e Interesses da Vida em Sociedade. A revisão realizada nesta marca temporal do Direito Penal, não operou substanciais alterações em relação ao CP de 1886, dado que prevaleceu a tipificação do crime de atentado ao pudor, na qual se encontravam abarcadas todas as agressões sexuais. Todavia, importa salientar que o ASC do sexo masculino, maior ou menor, somente poderia integrar este crime aquando da não concretização de cópula vaginal, cenário idêntico ao que se passava em relação ao sexo feminino, porém no que respeita à não efectivação do coito anal (Lopes, 2003).

Em 1995 uma nova revisão culminou na alteração radical de todo o preceituado relativo aos crimes sexuais, ou seja, na actualização das distribuições sistemáticas dos crimes sexuais (Marreiros, 1997; Fávero, 2003). Neste sentido, e partindo da análise do Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de Março que aprovou esta revisão do CP, é possível constatar que os crimes sexuais foram deslocados para o Livro II - Parte Especial, sob o título I Crimes contra as Pessoas, e passaram a integrar o capítulo V sob a epígrafe Crimes contra a Liberdade e Auto-determinação Sexual. De forma ainda mais particular, o referenciado capítulo de carácter unitário e/ou autónomo, foi subdividido em três secções, designadamente Secção I - Crimes contra a Liberdade Sexual, Secção II - Crimes contra a Auto-determinação Sexual, e finalmente, a Secção III - Disposições Comuns (Dias, 1999; Cabral, 2003).

Tendo em conta esta estruturação dos crimes sexuais no CPP, pode asseverar-se que as duas primeiras secções encontravam-se indubitavelmente associadas, uma vez que em ambas se encontravam em causa bens jurídicos associados com a esfera sexual da pessoa. Contudo, mediante a interpretação literal das expressões empregues pelo legislador, poderia remeter-se para a efectivação de uma lógica de pensamento, na qual na primeira secção se impunha como bem jurídico protegido a liberdade sexual, e na segunda secção, estaria patente a protecção da auto-determinação sexual. Esta leitura note-se seria errónea, pois na realidade, a subdivisão dos crimes sexuais em duas secções residiu no facto da Secção I proteger a liberdade e/ou auto-determinação sexual de todas as pessoas, sem fazer no entanto acepção da sua idade, ao passo que a Secção II estende essa mesma protecção a circunstâncias que não constituíram crime se praticados entre adultos, ou o seriam dentro de limites menos amplos, ou ainda assumiriam menor gravidade (este prolongamento remete para o argumento de que a vítima é uma criança, ou um menor de certa idade) (Rebocho, 2007). Deste modo, quer ao nível da doutrina, quer ao nível da jurisprudência, reside a concordância de que o bem jurídico protegido em ambas as secções é a Liberdade Sexual, que consiste na liberdade de viver e de expressar a sexualidade, associado a um outro, o livre discernimento da personalidade do menor na esfera sexual (Dias, 1999). Por outras palavras, o bem jurídico tutelado emerge quando estiverem em causa menores (também na secção relativa à Liberdade Sexual), pois o desenvolvimento pleno do mesmo na esfera sexual, deve processar-

se em liberdade, sem intromissões, que a lei presume como nocivas à formação da personalidade, e à própria assumpção de sexualidade (Gersão, 1997).

Aliadas a estas alterações, devem explicitar-se outras duas que se revestem de extrema importância. Em primeiro lugar, pode atestar-se que uma das novidades patentes no CPP de 1995 comparativamente às revisões anteriores equivale à criação e tipificação de um artigo específico sobre o crime de ASC, em concreto o artigo 172.º, sendo que a sua tipificação penal se encontra exposta de seguida (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Tipificação do Crime de ASC de Crianças segundo o Código Penal Português de 1995

Artigo 172º - Abuso Sexual de Crianças

1 - Quem praticar acto sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo consigo ou com outra pessoa, é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos.

2 - Se o agente tiver cópula ou coito anal com menor de 14 anos é punido com pena de prisão de 3 a 10 anos.

3 - Quem:

a) Praticar acto de carácter exibicionista perante menor de 14 anos; ou

b) Actuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa obscena ou de escrito, espectáculo ou objecto pornográficos, ou o utilizar em fotografia, filme ou gravação pornográficos; é punido com pena de prisão até 3 anos.

4 - Quem praticar os actos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de 6 meses a 5 anos.

Fonte: Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de Março

Em segunda instância, outra novidade introduzida por este mesmo CP, consistiu na introdução do conceito de Acto Sexual de Relevo, definido por Dias (1999) como todo o acto que do ponto de vista objectivo, assume uma natureza, um conteúdo ou um significado directamente relacionados com a esfera da sexualidade e, deste modo, com a liberdade de determinação sexual de quem o sofre ou o pratica. Por outras palavras, de acordo com Beleza (1994), a introdução do termo Acto Sexual de Relevo consistiu num princípio genérico delimitador dos tipos de comportamento, segundo o qual só seriam punidos os actos sexuais que tenham relevo, e portanto que violassem o novo bem jurídico garantido.

Tendo em conta estes argumentos, atesta-se que a técnica legislativa evoluiu na especificação do que deve e do que não deve ser crime, no que respeita à previsão expressa em determinados tipos de crimes, em termos das condutas aptas à intervenção penal, pelo que no que concerne especificamente ao crime de ASC do CPP de 1995, o Acto Sexual de Relevo preconizava apenas a cópula e o coito anal.

Uma vez inserido este novo conceito, gerou-se uma acentuada polémica em torno do seu verdadeiro significado e da sua validade em matéria específica do crime de ASC. Neste sentido, as primeiras declarações remetiam para o esclarecimento de que a lei penal portuguesa não define literalmente Abuso Sexual, “falando” somente em Acto Sexual de Relevo, sendo que a sua noção assume aquilo que no Direito, se costuma denominar por conceito indeterminado, e que portanto deve ser integrado na prática dos Tribunais. Assim sendo, e de acordo com um de vários Acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça, o Acto Sexual de Relevo carece impreterivelmente de ser entendido como um acto que possuindo uma relação objectiva com o sexo, reveste-se de gravidade, e que além disso, remete para o facto

do autor do crime ter a intenção de satisfazer apetites sexuais (relação subjectiva) (Grupo de Trabalho sobre Crianças e Jovens em Risco, 2008).

Em prol destes fundamentos, e de acordo com Miralto, Duque, Barros e Leite (2010), a noção mais próxima de Acto Sexual de Relevância corresponde à de Acção de conotação sexual de uma certa gravidade objectiva realizada na vítima, ou seja, aos actos que constituem uma ofensa séria e grave à intimidade, e à liberdade sexual do sujeito passivo, invadindo-o de uma forma objectivamente significativa contra ao equivalente da sua reserva pessoal e património íntimo, e que no domínio da sexualidade representa o apanágio de todo o Ser Humano. Por fim, no que toca ao Direito Penal Português, é importante enfatizar a natureza semi-pública do impulso processual dos crimes sexuais praticados contra crianças, assumindo-se assim em 1995, que seria estritamente necessária a apresentação da queixa por parte da vítima, para que o Ministério Público (doravante MP) pudesse dar início ao respectivo procedimento criminal.

1.3.2.1.2. Revisão do Código Penal Português: 1998 e 2001

A revisão de 1998 do CPP acrescentou a referência a um outro Acto Sexual de Relevância em matéria de crimes sexuais, mais especificamente no que respeita ao crime tipificado por ASC, designadamente o coito oral, que passou deste modo, conjuntamente com a cópula e com o coito anal, a figurar entre os mais ofensivos actos sexuais de relevância. Em consonância com estas modificações, o crime de ASC passou ainda a tipificar (mediante o acrescento da alínea c) do ponto 3 do artigo 172.º - comparativamente com o mesmo artigo no CP de 1995), a punição de condutas daquele que exhibisse ou cedesse, a qualquer tipo ou por qualquer meio, fotografia, filme ou gravação pornográfica, em que se utilizasse um menor de 14 anos (Alfaiate, 2009) (cf. Tabela 3).

Tabela 3

Tipificação do Crime de ASC segundo o Código Penal Português de 1998

Artigo 172º - Abuso Sexual de Crianças
<i>1 - Quem praticar acto sexual de relevância com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo consigo ou com outra pessoa, é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos.</i>
<i>2 - Se o agente tiver <u>cópula, coito anal ou coito oral</u> com menor de 14 anos é punido com pena de prisão de 3 a 10 anos.</i>
<i>3 - Quem:</i>
<i>a) Praticar acto de carácter exibicionista perante menor de 14 anos;</i>
<i>b) Actuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa obscena ou de escrito, espectáculo ou objecto pornográficos;</i>
<i>c) Utilizar menor de 14 anos em fotografia, filme ou gravação pornográficos; ou</i>
<i>d) <u>Exibir ou ceder</u> a qualquer título ou por qualquer meio os materiais previstos na alínea anterior; é punido com pena de prisão até 3 anos.</i>
<i>4 - Quem praticar os actos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de 6 meses a 5 anos.</i>

Fonte: Lei n.º 65/98, de 2 de Setembro

Sucedidos 3 anos após a supracitada revisão do CPP, ocorre uma outra na qual as principais mudanças promulgadas em matéria do artigo 172.º, se referiram à criminalização

de actos que implicassem a utilização de menores de 14 anos em material pornográfico, para gratificação própria, exibição ou cedência a outrem (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Tipificação do Crime de ASC segundo o Código Penal Português de 2001

Artigo 172º - Abuso Sexual de Crianças

1 - *Quem praticar acto sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo consigo ou com outra pessoa, é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos.*

2 - *Se o agente tiver cópula, coito anal ou coito oral com menor de 14 anos é punido com pena de prisão de 3 a 10 anos.*

3 - *Quem:*

a) *Praticar acto de carácter exibicionista perante menor de 14 anos;*

b) *Actuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa obscena ou de escrito, espectáculo ou objecto pornográficos;*

c) *Utilizar menor de 14 anos em fotografia, filme ou gravação pornográficos; ou*

d) *Exibir ou ceder a qualquer título ou por qualquer meio os materiais previstos na alínea anterior; é punido com pena de prisão até 3 anos.*

e) *Detiver materiais previstos na alínea c), com o propósito de os exibir ou ceder; é punido com pena de prisão até 3 anos;*

4 - *Quem praticar os actos descritos nas alíneas a), b), c) e d) do número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de 6 meses a 5 anos.*

Fonte: Lei n.º 99/2001, de 25 de Agosto

1.3.2.1.3. Revisão do Código Penal Português: 2007 - A versão actual vigente

A revisão do CPP decorrente do ano de 2007 introduziu um novo marco na forma de tipificar o crime de ASC, e reflecte-se no poder do Estado em agir sempre que crianças sejam alvo de crime de natureza sexual (Paulino, 2009).

No que diz respeito à tipificação do crime de ASC, a revisão operada em 2007, e estabelecendo o devido paralelismo com a revisão de 1995, 1998 e de 2001, não alterou a idade de menoridade da vítima, pelo que este mesmo crime deu continuidade à protecção de menores de 14 anos. Contudo, o legislador acrescentou ao elenco não taxativo de Actos Sexuais de Relevo, a introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, conferindo-lhe gravidade semelhante à cópula, ao coito anal e ao coito oral. Outra das mudanças efectivadas com esta nova revisão do CP refere-se à atribuição da moldura penal de 3 anos, designadamente aos actos sexuais de relevo que impliquem a importunação sexual, e à conduta que sobre o menor actue por meio de conversa, escrito, espectáculo ou objectos pornográficos (cf. Tabela 5). Porém, o número do artigo que promulgava o crime de ASC verificou-se passível de alteração, passando a corresponder em 2007 ao artigo n.º171, que encabeça os restantes crimes contra a autodeterminação sexual previstos para a Secção II do CP (Alfaiate, 2009).

Tabela 5

Tipificação do Crime de ASC segundo o Código Penal Português de 2007

Artigo 172º - Abuso Sexual de Crianças

1 - *Quem praticar acto sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa, é punido com pena de prisão de um a oito anos.*

2 - *Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão de 3 e 10 anos;*

3 - *Quem:*

a) *Importunar menor de 14 anos, praticando acto previsto no artigo 170.º (que consiste em quem importunar outra pessoa praticando perante ela actos de carácter exibicionista ou constrangendo-a a contacto de natureza sexual);*

b) Actuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa, escrito, espectáculo ou objecto pornográficos; é punido com pena de prisão até 3 anos;
4 - Quem praticar os actos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.

Fonte: Lei 59/2007, de 4 de Setembro

Quanto à natureza do processo ao nível do crime de ASC, é citado numerosas vezes na literatura portuguesa que o crime de ASC passou a revestir-se de natureza pública aquando da Revisão de 2007 do CP (e.g. Alfaiate, 2009; André cit. in Paulino, 2009). Todavia, e por intermédio da efectivação de uma profunda análise ao regime penal vigente, tornou-se possível constatar que ao longo deste mesmo percurso evolutivo, tiveram lugar diversas ocorrências que não corroboram a factualidade anterior. Pormenorizadamente, pode declarar-se que até 1998 a lei penal permitia que, tratando-se de menores de 12 anos, o MP poderia iniciar procedimento criminal sem ser necessário a apresentação de queixa, desde que o interesse público assim o impusesse. Contudo, deste quadro legal escapava a faixa etária compreendida entre os 12 e os 16 anos, mas não durante muito tempo, pois que a Lei nº 65/98 de 2 de Setembro veio permitir que, quando o crime fosse cometido contra menores de 16 anos, podia o MP avançar com o procedimento criminal, desde que o interesse da vítima assim o justificasse. Desta forma, abandonou-se o atendimento do interesse público, para se atender ao interesse da vítima, alargando-se a defesa dos menores às idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos. Este cenário manteve-se apenas até 2001, a partir da Lei n.º 99 de 25 de Agosto, que alterou em definitivo a natureza do crime de ASC até aos 14 anos, consagrado até ao momento pelo artigo 172.º do CP. Em efeito, tratando-se e tão-só de crianças até aos 14 anos, e considerando as condutas tipificadas como Acto Sexual de Relevância até 2001, o artigo 178.º n.º1 alínea b), expunha a cessação da exigência de apresentação de queixa por parte da vítima, para que o MP pudesse dar início ao devido procedimento criminal (Perdigão, 2003).

Por tudo isto, questionámo-nos, “*Que vantagens e desvantagens acompanham a concessão de natureza pública do crime de ASC?*”. No que concerne às desvantagens em termos desta tomada de posição pelo legislador, pode declarar-se que ao munir-se o MP de total autonomia em relação à abertura e à condução do procedimento criminal, existe maior permeabilidade para se “abandonar” a vontade ou interesse superior da vítima, bem como esquecer o processo de vitimização secundária face a processos forçados, que decorreram da ocorrência de determinados contextos e circunstâncias de abuso sexual. Em cenário oposto e mais favorável, pode atestar-se que devido ao carácter público, sucumbiram deste modo, as cautelas e receios que se mantinham quanto à melhor maneira de fomentar o saudável desenvolvimento da personalidade da criança, ou seja, o carácter público do crime de ASC desbloqueou todas as situações que até então podiam ficar silenciadas por quem delas era/é vítima, ou esquecidas por quem tinha/tem legitimidade para exercer o direito de queixa, e o não exercia por medo ou por opção (Antunes & Isasca, 1991. Por último, a segunda vantagem preconiza que com a alteração da natureza do crime de ASC, a protecção do menor não se encontra dependente da sua idade, isto é, os estádios de tutela dos interesses das crianças e

jovens desapareceram para dar lugar a uma nova concepção de protecção de todo o sujeito menor, seja qual for a sua idade (Dias, 1999).

1.4. Incidência e Prevalência do Abuso Sexual de Crianças

1.4.1. Considerações Gerais

De acordo com Paulino (2009) a “verdade escondida” em torno do ASC encontra-se dependente da realização de estudos de Incidência e de Prevalência. De modo esclarecedor, os estudos de incidência correspondem à investigação de carácter contabilístico em termos da totalidade de casos que tiveram lugar num determinado período de tempo de uma determinada localidade ou país, no decurso da marca temporal de um ano. A informação passível de crédito neste tipo de estudo epidemiológico é obtida mediante o número de queixas/participações/denúncias apresentadas às entidades policiais, e/ou aos Tribunais e/ou aos organismos de protecção à infância. Por seu turno, os estudos de prevalência versam como principal desígnio a identificação da proporção de pessoas que sofreram de abusos sexuais na infância, utilizando como fontes de informação a díade em causa nestas experiências traumáticas, ou seja, as vítimas e os abusadores. Neste sentido, a lógica subjacente a este tipo de investigação de índole retrospectivo, assenta no questionamento destas duas populações em idade adulta sobre a sua vivência (ou não) de tais experiências sexualmente abusivas aquando da sua infância (Aguar, 2007).

1.4.2. Estudos de Incidência: Realidade Nacional Vs Internacional

No que respeita a esta linha de estudos e por intermédio da efectivação de uma revisão bibliográfica, foi possível aceder a um conjunto de estudos nacionais e internacionais (incluindo-se neste panorama os países da comunidade europeia e alguns países anglo-saxónicos), que embora não se destaquem pelo seu número avultado, retratam os critérios primordiais que norteiam a realização dos mesmos, no momento fulcral da recepção de cada participação/queixa/denúncia. Estes critérios fundamentais assentam no CP vigente em cada país, ou seja, na forma particular na qual cada legislador tipifica o crime de ASC e a sua natureza (público ou semipúblico). Posterior a tais evidências, impõe-se referenciar que uma leitura fidedigna dos estudos de incidência se revela obstaculizada quando se parte da generalização dos critérios explicitados anteriormente, isto é, e a título exemplificativo, não se pode analisar os estudos de incidência de ASC dos Estados Unidos da América à luz do CPP, pois no primeiro país verificam-se alterações na tipificação do Crime de ASC entre os seus 50 estados, dos quais são exemplo o Texas e o Kansas. Por outro lado, a tomada desta posição justifica-se ainda no que respeita ao facto de se constatar que o CPP, em termos da Secção que integra os crimes contra a autodeterminação sexual, apenas se revelar coincidente com o CP Alemão, e não no seu todo, mas antes no que consiste especificamente à tipificação da idade de menoridade para que possa ser considerada vítima do crime ASC (Alfaiate, 2009).

Assim, ao nível internacional enfatizam-se dois estudos de incidência em particular, dado o seu reconhecido contributo acerca do ASC. Em primeiro lugar, destaca-se um estudo de incidência realizado no Canadá em 2003, intitulado *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Major Findings*, que reflecte a contabilização das participações reportadas a diversas entidades policiais, bem como a diversos profissionais e instituições e/ou serviços de protecção à criança. Dos resultados obtidos, destacam-se 83,436 participações ao nível de uma categoria geral denominada por MI, porém para alcançar resultados mais específicos procedeu-se à sua sub-divisão em 5 sub-categorias denominadas por Abuso Físico, Abuso Sexual, Negligência, Maltrato Emocional e Exposição a Violência Doméstica. No que respeita especificamente à sub-categoria de ASC encontrou-se um total de 2,517 denúncias.

Em segundo plano, destaca-se o estudo realizado pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América (2007), denominado *National Child Abuse and Neglect Data System*. Este programa analisa anualmente a totalidade de denúncias efectuadas por diversos profissionais e/ou instituições e/ou serviços de protecção à criança. Os resultados apontam que, para uma totalidade de 3,2 milhões de denúncias efectuadas que envolviam 5,8 milhões de crianças suspeitas de maltrato infantil, 7,6% correspondiam a participações associadas a ASC.

A esta primeira deliberação conceptual sucede-se o escrutínio mais aprofundado do estudo da incidência do ASC em Portugal, mediante a exposição dos principais resultados apresentados nos denominados *Relatórios Anuais de Segurança Interna* (doravante RASI e/ou RASI'S). Um aspecto relevante e transversal à concepção destes relatórios consiste no facto dos dados apresentados serem representativos da criminalidade participada aos/pelos Órgãos de Polícia Criminal (doravante OPC) de competência genérica, designadamente a Guarda Nacional Republicana (doravante GNR), a Polícia de Segurança Pública (doravante PSP) e a Polícia Judiciária (doravante PJ) (*Sistema de Segurança Interna do Gabinete do Secretariado Geral*, 2002). Todavia, esta escolha não se revela ainda assim, a mais facilitada, dado que para efectuar uma análise eficiente das estatísticas criminais nacionais presentes nestes documentos, é necessário desdobrar o mesmo raciocínio em dois períodos temporais distintos, cuja justificação se prende com dois marcos legislativos (que se encontram referenciados no Tópico 1.3. ao nível do CPP).

Deste modo, o primeiro período temporal demarcado entre 2002 e 2007 carece de especial consideração pois a determinação e a justificação do ano de início do referido intervalo de tempo, assenta na alteração da natureza de semipúblico para público do crime de ASC, em Agosto de 2001 (Lei n.º 99/2001 de 25 de Agosto). Neste sentido, da leitura dos RASI's desta primeira faixa temporal, devem tecer-se algumas apreciações, ou seja, nos RASI's elaborados para ilustrar a incidência de ASC's em Portugal desde o ano de 2002 a 2007, os dados referenciados partiam de uma conceptualização geral relativa à descrição e análise das participações registadas, estabelecendo para tal uma subdivisão da criminalidade em cinco categorias: a) crimes contra as pessoas (nos quais se fazia menção aos crimes sexuais,

incluindo nesta categoria todos os crimes contra a liberdade e auto-determinação sexual, não discriminando em específico para cada crime a totalidade de participações recebidas); b) crimes contra o património; c) crimes contra a vida em sociedade; d) crimes contra o Estado; e) crimes previstos em legislação penal avulsa. Os resultados apresentados em cada uma destas categorias reflectiam o total de participações efectuadas à OPC, porém o mesmo método não era adoptado no tópico que permitia aceder e analisar as cifras específicas relativas ao total de participações associadas ao ASC. Neste ponto alusivo à análise de alguns tipos de crime em especial, os dados expostos apenas provinham da PJ, e diziam respeito não à totalidade de participações efectuadas, mas ao número de inquéritos iniciados e submetidos a investigação (Sistema de Segurança Interna do Gabinete do Secretariado Geral, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007) (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Número de inquéritos de ASC investigados pela PJ

Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007
N.º Total de Participações	474	1102	1075	909	1007	1083

Fonte: Sistema de Segurança Interna do Gabinete do Secretariado Geral, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 e 2007

Por sua vez, o segundo marco temporal de análise da incidência desta problemática iniciou-se no ano de 2008 e estendeu-se até 2010, devido à ocorrência da Revisão do CP em Setembro de 2007, e dado advirem da mesma diversas alterações, (descritas com maior minúcia no tópico 1.3.) ao nível do crime de ASC, das quais se destaca a introdução da conotação jurídica de Acto Sexual de Relevância. Atendendo à leitura dos RASI's elaborados para cada um dos anos desta faixa cronológica, pôde apurar-se que a organização da apresentação dos principais resultados não dava continuidade à lógica supramencionada. De forma mais clarificada, embora se partisse de uma análise geral da totalidade de participações efectuadas aos OPC por intermédio da descrição da criminalidade em 5 categorias, não faziam parte dos crimes contra as pessoas, os crimes sexuais. Estes últimos apenas surgiam numa segunda parte destinada à análise mais detalhada da criminalidade, na qual após a apresentação da totalidade de participações efectuadas para esta mesma categoria geral, se procedia à sua ramificação em quatro sub-categorias principais, designadamente: a) Violação; b) ASC, Adolescentes e Dependentes; c) Lenocínio e Pornografia de Menores; d) Outros crimes contra a Liberdade e Auto-determinação Sexual. Importa ainda salientar, que o número de participações explicitado quer para a categoria geral de crimes sexuais, quer para cada uma das 4 sub-categorias, os dados apresentados reflectiam o número total de participações efectuadas aos OPC (Sistema de Segurança Interna do Gabinete do Secretariado Geral, 2008, 2009, 2010). De seguida, efectua-se a respectiva menção das principais somas obtidas no patamar específico definido por ASC, Adolescentes e dependentes (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Número de participações de ASC, de Adolescentes e de Menores Dependentes efectuados à PJ

Ano	2008	2009	2010
N.º Total de Participações	604	688	777

Fonte: Sistema de Segurança Interna do Gabinete do Secretariado Geral, 2008, 2009 e 2010

De forma mais ampla e a partir do RASI de 2010, atesta-se que relativamente à supracitada categoria foram acrescentados resultados que elucidam a idade e sexo da vítima, bem como o sexo e a idade do agressor. No que respeita às primeiras duas variáveis atestou-se que em cerca de metade dos casos de ASC, o conhecimento dos crimes ocorreu quando as vítimas tinham entre os 8 e os 13 anos de idade (47,7%), e uma clara percentagem das mesmas (83,3%) era do sexo feminino. Em relação às segundas variáveis inerentes aos autores dos crimes, os mesmos são quase exclusivamente do sexo masculino (97,9% dos arguidos constituídos), e pertencem maioritariamente à faixa dos 31 aos 40 anos (22,5%) (Sistema de Segurança Interna do Gabinete do Secretariado Geral, 2010).

Em jeito de findar a referenciação teórico-prática acerca da incidência do ASC, presta-se conhecimento de algumas considerações tecidas pela própria Direcção Geral de Política de Justiça (doravante DGPJ) (que remetem exclusivamente para a realidade portuguesa), e pela própria comunidade científica (realidade nacional e internacional).

De acordo com a DGPJ (cit. in Sistema de Segurança Interna do Gabinete do Secretariado Geral, 2010), aquando da análise da criminalidade efectuada essencialmente em base estatística, importa ter presente um conjunto de circunstâncias que podem influir na correcção das conclusões a extrair. Desde logo, destaca-se o problema das cifras negras, isto é, da criminalidade real que não chega ao conhecimento das autoridades, ficando “de fora” os factos não participados. Por outro lado, deve ponderar-se o rigor na tipificação legal dos crimes denunciados ou participados, com base nos quais se elaboram as estatísticas. Ora esse rigor é susceptível de ser afectado pelo subjectivismo do agente que recebe a notícia do feito, e que em primeira linha o qualifica criminalmente. Perturbações idênticas podem surgir das alterações respeitantes ao desencadeamento processual, como acontece quando os crimes de natureza semi-pública passaram a públicos, pelo que todos estes factores reunidos interferem no realismo ou objectividade das estatísticas criminais. Por último, relativamente a esta parte, a DGPJ acrescentou aquando da constatação das variações positivas ao nível da totalidade participações efectuadas aos OPC em 2010 (comparativamente com o ano de 2009), que embora possa pesar a progressiva criação das condições necessárias para que as vítimas participem os crimes, também se verifica o recurso às participações de ASC pela repugnância que causa, ou seja, em situações em que este tipo de crime não aconteceu, e em que sobressai apenas a mera intenção de atingir objectivos não permitidos por lei, e que naturalmente é susceptível de enviesar a estatística desta “terrível realidade”.

Relativamente às declarações proferidas pela comunidade científica, Finkelhor (1994), referiu que a maioria das pessoas que sofre de abusos sexuais na infância não os denuncia ou revela a sua experiência. Por outro lado, ainda que os profissionais identifiquem os casos de ASC, não os denunciam em mais de metade das vezes. Na perspectiva de Fávero (2003), encontramos em Portugal a mesma postura perante a denúncia, já que os dados dos tribunais civis, da polícia e dos serviços de apoio social às vítimas, numerosas vezes não são coincidentes. Neste sentido, a autora apresenta como hipótese para tal facto, que o estigma social, a atitude de descrédito ou a culpabilização das vítimas por parte da sociedade, a

vergonha e o medo face ao abusador, possam constituir alguns dos motivos que reforçam o segredo próprio da situação abusiva.

Cusson (2006), adianta que um dos factores da referenciada fragilidade epidemiológica em termos de estudos de incidência, pode dever-se ao facto da relação entre o abusador e a vítima determinar a apresentação da queixa, na medida em que quanto maior é a relação e/ou intimidade e/ou conhecimento entre eles, menor é a taxa de participação. No entanto tem-se verificado a proliferação de uma nova mentalidade em torno do tema e da sua consequente denúncia, isto é, a partir da década de 70 ao nível de países como os EUA e o Canadá, e aquando da década de 90 com a divulgação em massa pela comunicação social, da rede de pedofilia da Bélgica, e em 2002 com o eclodir do processo Casa Pia, em território nacional. Todavia, embora o ASC comece a ser visto como um tema colectivo e de interesse social, a ausência de dados de incidência continua a fazer-se notar (Vidal, 1997).

Finalizando esta questão, Marshall e Serran (2001) afirmam que os dados sobre a incidência dos ASC's representam uma mínima parte dos casos reais, e Freitas (2003), vai mais longe e defende de forma metafórica que apenas se conhece a ponta do "iceberg", e não há motivos para pensarmos que em Portugal a realidade seja diferente.

1.4.3. Estudos de Prevalência: Realidade Internacional Vs Realidade Nacional

Centremo-nos agora nos estudos de prevalência do ASC, e sob este prisma de análise importa esclarecer que estes mesmos estudos podem ser subdivididos tendo em conta se o tipo de amostra é clínica ou não clínica. Com base nesta distinção encontram-se referenciados diversos estudos retrospectivos, com maior pendor pela adopção de amostras não clínicas. De forma específica, vários autores consideram que os estudos de prevalência têm inerentes a si, diversas limitações metodológicas que dificultam o estabelecimento de comparações entre estudos, e a generalização dos resultados "além fronteiras". Entre as principais críticas apontadas encontra-se a diversidade de definições de abuso sexual (que deriva da inexistência da universalidade de critérios mencionados no tópico 1.2.1. e 1.2.2.), a ausência de representatividade das amostras (diferenças ao nível de variáveis sócio-demográficas e escolares), e ainda a validade e a fiabilidade dos instrumentos utilizados.

Deste modo Salter (1992) assevera, que existe sempre possibilidade de considerar estas limitações e aceitar os resultados, a partir da organização dos estudos que se assemelham em termos de características fundamentais como a definição adoptada de ASC, a idade mínima da vítima e do agressor, o tipo de amostra constituída e a metodologia adoptada. Assim sendo, esta foi a posição adoptada por nós, pelo que passarão a apresentar-se os estudos que segundo uma revisão bibliográfica efectuada por Fávero (2003), são os mais relevantes e reconhecidos cientificamente pela sua validade e representatividade (cf. Tabela 8).

Tabela 8
Estudos de Prevalência de ASC

Amostra Clínicas	Amostras Não Clínicas
Panorama Internacional	
<p><u>Investigação I:</u> Autores/ano: Wurr e Partridge, 1996 Principais Resultados: 39% dos homens e 52% das mulheres relataram ter sido vidas de abuso sexual na infância.</p> <p><u>Investigação II:</u> Autores/Ano: Doll, Joy, Bartholow, Harrison, Bolan, Douglas, Saltzman, Moss e Delgado, 1992 Principais Resultados: 37% dos sujeitos da amostra relataram ter sido vítimas de abuso sexual na infância.</p>	<p><u>Investigação I:</u> Autores/ Ano: Finkelhor, Hotalig, Lewis e Smith, 1990 Principais Resultados: 28% das mulheres e 16% dos homens afirmaram ter sido vítimas de abuso sexual durante a sua infância.</p> <p><u>Investigação II:</u> Autores/ Ano: López, Fuertes, Zapian, Carpinteiro, Hernandez e Martins, 1994 Principais Resultados: 23% das mulheres e 15% dos homens confessaram ter sido vítimas de abuso sexual na infância.</p>
Panorama Nacional	
<p><u>Investigação I:</u> Autores/ Ano: Oliveira, Santos e Fernandes, de 1990 a 1993 Principais Resultados: 33% dos casos clínicos acompanhados na consulta de Psiquiatria Infantil do Departamento de Pedopsiquiatria e na consulta de Saúde Materno-infantil e Juvenil do Centro Hospitalar de Coimbra, possuíam em termos de história clínica, experiência(s) de abuso sexual na infância.</p> <p><u>Investigação II:</u> Autores/ Ano: Núcleo de Estudos e Apoio à Criança Maltratada e Família em Lisboa, de 1985 a 1987. Principais Resultados: 55% dos casos clínicos acompanhados, os sujeitos relataram que tinham sido vítimas de abuso sexual na infância.</p>	<p><u>Investigação I:</u> Autor/ Ano: Fávero, 2003 Principais Resultados: 3,7% dos homens e 9,9% das mulheres expuseram que tinham sido vítimas de abusos sexuais durante a infância.</p>

Fonte: Adaptado de Fávero, 2003

Da totalidade de estudos apresentados, constatou-se ao nível dos estudos de prevalência com base em amostras não clínicas, a impossibilidade de citar uma segunda investigação portuguesa, pois nenhum dos estudos realizados poderia ser equiparado ao de Fávero, em termos dos critérios defendidos precedentemente (e.g. Amaro, 1986; Almeida, 1997). Neste sentido, em conformidade com a posição defendida por esta autora, “muito há ainda por fazer” em Portugal, ao nível da investigação da prevalência do ASC.

Repescando esta ideia relativa ao panorama português, alguns investigadores defendem que a nível internacional esta vertente de estudos carece também de uma maior expansão, reconhecendo que o maior entrave ao alcance desta meta tem consistido numa gama diversa de obstáculos. Em primeiro lugar, destaca-se a multidisciplinariedade subjacente à realização destes estudos, ou seja, o facto da investigação da problemática do ASC não se enquadrar numa área específica, resulta na utilização de uma gama diversa e díspar de metodologias, que impossibilita o estabelecimento de comparações entre estudos, e por conseguinte a elaboração de generalizações. Em segundo plano, sobressai o facto de os estudos de prevalência partirem de amostras constituídas por populações de universitários, questão que tem gerado alguma controvérsia entre os investigadores, pois alguns estudos apontam que quando tal grupo é tomado como referência, as taxas de prevalência relativamente à

problemática do ASC são mais diminutas (e.g. Mullen, Romans-Clarkson, Walton, & Herbison, 1988; Goldman & Padayachi, 2000), todavia esta hipótese não se encontra comprovada em outras investigações (e.g. Rind, Tromovitch & Bauserman, 1998). Em terceira instância, impõe-se o facto de estes estudos serem realizados com população adulta, pois este procedimento impossibilita a generalização dos resultados para a população actual de crianças, dado que para este último grupo, os índices de vitimização podem ser bastante dissemelhantes comparativamente com o primeiro. Em quarto grau, inerente ao exercício de retrospecção temporal efectuado pelos participantes nos estudos de prevalência, encontram-se influências passíveis de enviesar os resultados obtidos, ou seja, uma percepção distorcida de determinado evento decorrido na infância, amnésia completa em relação a uma experiência abusiva, e ainda o desejo consciente de não responder de forma sincera aos itens dos instrumentos de avaliação utilizados (que nos estudos de prevalência são comumente os questionários) (Finkelhor, 1993; Prescott, Bank, Reid, Knutson, Burraston & Eddy, 2000).

Finalizando esta reflexão crítica, destaca-se que apesar de todas as lacunas, os estudos de prevalência revelam-se muitas vezes o único método disponível em prol das restrições legais e éticas subjacentes à realização de estudos de natureza cross-sectional e/ou prospectiva com crianças (Anderson, Martin, Mullen, Romans & Herbison, 1993).

1.5. *Profiling*

Retrospectivamente, a técnica do *Profiling* usufrui de uma dupla identidade em termos da sua evolução histórica, surgindo no século XIX a cargo de profissionais de Saúde Mental (maioritariamente Psicólogos e Psiquiatras) que recorriam aos conhecimentos e técnicas de natureza psicológica, bem como à sua experiência clínica, como ferramenta de apoio à investigação de crimes violentos (cometidos de forma bizarra e padronizada), tendo a primeira fase de criação e de desenvolvimento desta técnica, sido denominada de Abordagem de Avaliação e Diagnóstico. O segundo “berço” do *Profiling*, reconhecido como Abordagem Estatística, remonta ao século XX e conta com o FBI como principal protagonista, tendo-se iniciado neste período o desenvolvimento de um campo de investigação científica voltada para a análise do agressor violento, sendo pautada pela elaboração e aplicação sistemática deste instrumento através de procedimentos estatísticos multivariados (Soeiro, 2009).

À *posteriori* deste dois marcos históricos de sustentação empírica e científica, pode declarar-se que rapidamente o *Profiling* evoluiu e assumiu contornos científicos e académicos, encontrando-se não raras vezes submetida a análise psicológica e/ou estatística, integrando contributos das áreas da Criminologia e da Psicologia. Por outras palavras, apesar de contemporaneamente esta técnica ter começado a chamar a atenção do público em geral, através da mediatização de crimes violentos por parte dos *media*, e da “saga” de séries de investigação criminal voltada para os crimes em série, o *Profiling*, constituiu uma ferramenta de grande valor na análise e compreensão do fenómeno criminal e dos seus actores, em

contextos de investigação criminal e académica, propiciando uma interface valiosa entre estas duas áreas (Snook, Cullen, Bennell, Taylor & Gendreau, 2008).

Assim, a par do crescente investimento ao nível das publicações científicas, assiste-se à proliferação da aplicação do *Profiling* em países como os EUA e o Canadá, estendendo-se à Europa, da qual se destacam países como o Reino Unido, a Holanda e a Alemanha, sendo importante salientar que o mesmo sucede ao nível da realidade portuguesa (Rodrigues, 2008). Procederemos de seguida à caracterização do *Profiling* como pilar fundamental e norteador da efectivação prática da presente investigação (cf. Tabela 9).

Tabela 9
Caracterização teórico-científica da técnica do *Profiling*

1.5.1. Definição e Terminologias Adoptadas
<p>Da revisão de literatura efectuada pela equipa de investigação pode declarar-se que apesar das similaridades denotadas nas definições propostas para o <i>Profiling</i>, se verifica a existência de tantas definições quantas os autores que definem esta técnica, sendo que esta lacuna se reflecte ao nível das terminologias postuladas e adoptadas pela comunidade científica no momento de denominar a mesma. Neste sentido, explicitar-se-ão subseqüentemente as definições reconhecidas e referenciadas em maior número em publicações científicas.</p> <p>- <u>McCrary (2001)</u>: O <i>Profiling</i> consiste na descrição de traços e de características de um agressor desconhecido, dado que se considera que qualquer comportamento reflecte a personalidade de um indivíduo. O autor faz questão de salientar, ainda, que as características do criminoso devem ser consideradas factores de predição, meramente indicativos, na tentativa de identificar o agressor.</p> <p>- <u>Kocsis (2006)</u>: O <i>Profiling</i> corresponde a uma técnica de investigação da cena do crime, assente na avaliação e na interpretação dos comportamentos e/ou acções manifestados no local do crime, e que melhor definem um crime violento ou uma série de crimes que podem (ou não) estar associados, com o intuito de compor previsões relativas às características do provável autor(es) do crime. De forma mais específica, através de processos de recolha e da análise da cena do crime, propõe-se a predição do comportamento, as características de personalidade, bem como os indicadores sócio-demográficos do ofensor que cometeu um ou vários crimes, com o intuito de ajudar os investigadores criminais ou outras entidades policiais e/ou de investigação, ao nível da identificação e conseqüente detenção do(s) criminoso(s)).</p> <p>- <u>Correia, Luca, & Lamia (2007)</u>: O <i>Profiling</i> diz respeito a uma subcategoria das técnicas de investigação criminal, que remete para o desenvolvimento de um processo de inferência das características de indivíduos responsáveis por actos criminais, através do qual se estabelece a correspondência entre a personalidade e o comportamento criminal de um indivíduo. Embora se trate de um modelo de predição recente e em desenvolvimento, o objecto e a função desta técnica supõe a compreensão do criminoso e do crime.</p> <p>Em segundo plano, e no que respeita às terminologias associadas ao <i>Profiling</i>, constata-se que vários termos têm sido usados, pelo se pode aludir que existe uma falta de uniformidade ao nível da aplicação das distintas terminologias, verificando-se por vezes o seu emprego em artigos científicos, de forma alternada e inconsistente. De forma enumerada, pode declarar-se que além da terminologia <i>Profiling</i>, se aplicam de forma idêntica as seguintes: <i>Offender Profiling</i>, <i>Criminal Personality Profiling</i>, <i>Criminal Investigative Analysis</i>, <i>Psychological Profiling</i>, <i>Investigative Profiling</i>, <i>Criminal Behavior(al) Profiling</i>, <i>Behavioral Profiling</i>, e <i>Crime Scene Profiling</i> (Turvey, 2008).</p> <p>Todavia, apesar da notória variabilidade de terminologias, a comunidade científica certifica que uma vez, que a técnica em causa exige um conhecimento aplicado e integrado das ciências que estudam o comportamento criminal, possuindo as suas raízes na Criminologia, Psiquiatria, Psicologia e nas Ciências Forenses, as concepções mais adequadas residem nos termos de <i>Profiling</i>, <i>Offender Profiling</i> ou <i>Criminal Profiling</i> (justificando-se deste modo, a adopção da terminologia <i>Profiling</i>, na presente investigação) (Crabbé, Decoene & Vertommen, 2008).</p>
1.5.2. Objectivos
<p>De forma global e integradora, pode afirmar-se que os principais objectivos do <i>Profiling</i> preconizam respectivamente, a orientação das investigações com a ajuda das Ciências Sociais e Humanas e das Ciências Criminais, em relacionar casos e/ou identificar crimes com as mesmas características, e ainda, moldar as estratégias de investigação, detenção, interrogatório e avaliação (e.g. psicológica efectuada por Psicólogos) ao <i>Profiling</i> do criminoso (Toutin, 2002). Mais uma vez, da revisão de literatura efectuada, foram três os autores que se destacaram pela definição dos objectivos inerentes à aplicação do <i>Profiling</i>.</p> <p>- <u>Holmes e Holmes (2002)</u>: Estes dois autores postulam que o <i>Profiling</i> assenta em três metas centrais: 1)</p>

realização de avaliação psicológica dos bens em causa encontrados com os suspeitos criminosos; 2) auxiliar no desenvolvimento e aplicação de estratégias aquando da entrevista e/ou interrogatório do(s) criminoso(s); 3) elaboração de avaliação social e psicológica do(s) criminoso(s) antes, durante a ocorrência do(s) crime(s), e/ou após a sua detenção e consequente condenação e reclusão;

- Ainsworth (2001) (cit. in Correia, Lucas e Lamia, 2007): Este autor defende que o *Profiling* visa estruturar a análise do criminoso, a fim de responder a três questões centrais, nomeadamente: 1) O que se passou na cena do crime?; 2) Por que razão estes acontecimentos tiveram lugar?; 3) Que tipo de indivíduo pode estar implicado no crime cometido?.

- Kocsis (2006): Este autor postula que esta técnica consiste num processo de observação e de reflexão crítica (de ordem psicológica e/ou policial) na qual se objectiva dar resposta às seguintes questões: 1) Quem, Como, Onde, e Quando cometeu o crime?; 2) Qual a motivação que se encontra na base do comportamento criminoso?

Em suma relativamente a este tópico de análise, pode acrescentar-se, e de acordo com Agrapart-Delmas (2001), que os objectivos visados pelo *Profiling* assentam na construção de um perfil tipológico, físico, social e psicológico de um indivíduo (sem exclusividade de género), identificado ou não pelas entidades policiais (e neste caso, passível de ter cometido um crime), e/ou detido, e/ou condenado e/ou a cumprir pena num estabelecimento prisional.

1.5.3. Contextos de Aplicação e Profissionais envolvidos

Atendendo às palavras de Montet (2002), o *Profiling* aplica-se a toda e qualquer situação na qual (um) determinado(s) sujeito(s) comete(m) uma infracção da lei, bem como das normas morais e sociais.

De forma mais particular, Toutin (2000) procedeu à formulação de quatro grupos fundamentais de crimes, nos quais a aplicação do *Profiling* se revela pertinente e possível, designadamente: 1) comportamentos de violência extrema que abrangem os crimes de tentativa ou homicídio efectivado (em série ou não), e outros comportamentos voluntários com graves níveis de violência; 2) crimes sexuais (em série ou não), como a violação ou ASC, e diversas agressões sexuais que envolvem uma certa perversão e crueldade; 3) destruição de bens jurídicos ou privados, motivados por eventuais reivindicações; 4) comportamentos violentos que afectam aspectos morais e que compreendem coacção psicológica, com recurso a meios como cartas ou chamadas telefónicas de reivindicação de um crime ou para efeitos de chantagem.

Por seu turno, Keppel e Walter, 2001, Maurel (2001), Marret (2001), Buquet (2001) e Watanabe, Suzuki e Tamura (2001) (cit in. Correia Lucas, & Lamia, 2007) complementam esta nomenclatura, acrescentando ao raio de aplicabilidade do *Profiling*, por um lado, os crimes relativos a actos sádicos, cruéis ou perversos que podem incluir ou não a tortura; crimes ritualísticos; assaltos (em série ou não); crimes que envolvem tomar a(s) pessoa(s) como refém(ns); alcoólicos armados, dementes em crise e/ou suicidas altruístas; desaparecimento de crianças (devido a rapto ou sequestro); terrorismo; corrupção pública; criminalidade informática; ameaças extremistas ou políticas, mortes equívocas ou auto-eróticas; e por outro lado, as situações que podem ou não estar relacionados com actos criminosos, tais como análise de grafia, localização de agressores, e situações de gestão de crise (e.g. motins) em estabelecimentos prisionais.

Como foi possível constatar com os fundamentos supracitados, pode constatar-se que embora existam diversas opiniões em relação aos contextos de aplicação do *Profiling*, a maioria dos investigadores partilha da convicção que a utilização mais adequada desta técnica, reside em crimes nos quais as agressões cometidas tenham implícita alguma forma de actividade sexual ou de um distúrbio emocional por parte do criminoso (Tetem, 1989 cit. in Soeiro, 2009). De forma idêntica, Holmes e Holmes (2002) defendem que o *Profiling* revela uma supremacia de validade ao nível do seu emprego em casos nos quais o criminoso (desconhecido ou não) evidencia sinais de psicopatologia, ou o crime é particularmente violento ou ritualístico. Assim sendo, os mesmos defendem que os crimes sexuais (e.g. ASC), bem como o fogo posto, são bons candidatos à realização do *Profiling*. Por conseguinte, estudos qualitativos realizados por Polaschek, Hudson, Ward e Siegert (2001) já tinham demonstrado a validade do argumento precedente, pois concluíram que os crimes sexuais consistem num evento amplamente dinâmico no que concerne aos aspectos cognitivos, comportamentais, afectivos e volitivos do criminoso.

No que diz respeito aos profissionais responsáveis pela realização do *Profiling*, e segundo Correia, Lucas e Lamia (2007), a mesma ferramenta encontra-se associada às competências de um investigador criminal e de um especialista em/no comportamento humano, como são exemplo os Psicólogos. Numa primeira linha, Spitzer (2002), defende que devido ao facto desta técnica consistir numa perícia forense pluridisciplinar, dificilmente apenas um indivíduo consegue reunir as competências exigidas aquando da sua aplicação, reforçando-se portanto a ideia do envolvimento de profissionais da Criminologia, da Psicologia, e qualquer outra ciência humana relevante para a investigação criminal (e.g. Antropologia, Geografia). Em contrapartida, e focando em específico o domínio da Psicologia, Soeiro (2009) asseverou que alguns profissionais que recorrem ao *Profiling* possuem formação em Psicologia e/ou são profissionais da Polícia, e outros são Psicólogos (e.g. forenses ou clínicos) que integram instituições policiais ou participam como consultores nas investigações. e/ou académicos investigadores.

Em jeito de súmula, convém contudo salientar que o domínio do exercício de funções em prol do *Profiling* não consiste num *job*, pois até ao momento, e a nível internacional, a profissão de *Profiler*, não se encontra redigida de acordo com as normas judiciais sindicalizadas e regulamentadas legalmente.

Trata-se portanto, mais de uma especialização que preenche uma hipotética profissão ou uma actividade profissional principal, pelo que os distintos profissionais que apreendem o fenómeno criminal podem exercer actividades relacionadas ao/com o *Profiling* (ensino, investigação, perícia, etc.), sobretudo se inerente a uma profissão liberal, e rotular-se de *profiler* (Spitzer, 2002).

1.5.4. Abordagens de Elaboração

A caracterização dos procedimentos e das competências associadas à forma de como o *Profiling* é efectuado, é comumente apresentada pela literatura científica mediante a referência a duas abordagens distintas que marcaram o seu início e respectiva evolução histórica (à semelhança do que se encontra mencionado no tópico 1.5), isto é, a Abordagem de Avaliação e Diagnóstico, à qual se sucedeu uma segunda designada de Abordagem Estatística.

Neste sentido, estas duas abordagens constituem como que duas categorias principais, sendo que a Abordagem de Avaliação e Diagnóstico se desdobra numa sub-categoria de especialização intitulada por Abordagem Clínica, ao passo que a Abordagem Estatística se ramifica em diversas sub-categorias de especialização das quais se destaca a Psicologia Investigativa (fundada por Canter) e a Análise da Cena do Crime (desenvolvida por Kocsis). Todavia, deve alertar-se o leitor para o facto de não raras vezes estas duas abordagens serem referenciadas e coexistirem num mesmo trabalho, não só numa perspectiva mais remota como também mais actual (Soeiro, 2009; Rodrigues, 2010).

Em prol destas considerações introdutórias, a seguinte exposição teórico-científica assenta em exclusivo no escrutínio da Abordagem Clínica do *Profiling*, dado que a mesma constitui a ferramenta metodológica, bem como de inferência e interpretação clínica da presente investigação.

Iniciando portanto este “fio condutor” de raciocínio, pode declarar-se que os trabalhos realizados em prol da Abordagem Clínica associados à primeira fase de desenvolvimento do *Profiling*, nomeadamente a Abordagem de Avaliação e Diagnóstico, baseavam-se em situações nas quais as entidades policiais de diversos países (e.g. EUA), no decurso de investigações criminais, solicitavam aos profissionais de Saúde Mental, que por intermédio dos seus conhecimentos, experiência, treino e intuição clínica prestassem o seu auxílio com a elaboração de um possível *Profiling* de um criminoso não identificado. Destacam-se desta primeira fase, casos célebres como a investigação do assassino de Whitechappel (mais conhecido por Jack The Ripper) realizada por Thomas Bond, bem como o *Profiling* de Adolf Hitler desenvolvido por Walter Langer (Kocsis, 2004).

Estes primeiros “passos”, embora não representando uma escola de pensamento, consistiram em esforços independentes de vários profissionais de Saúde Mental que contribuíram para a concepção do *Profiling* enquanto ferramenta útil ao nível da investigação criminal, bem como para destacar as competências do Psicólogo e/ou Psiquiatra aquando da aplicabilidade da mesma (Kocsis, 2006; Génoves, 2007). Segundo uma óptica de análise mais actual, esta Abordagem Clínica do *Profiling* prevalece, mas afirmando-se enquanto domínio mais alargado ao nível da conjuntura da sua realização, ou seja, embora a aplicabilidade desta técnica esteja tradicionalmente associada às necessidades de investigação criminal (e.g. aquando da investigação de um criminoso suspeito não identificado), reconhece-se actualmente, a sua utilidade e validade em fases posteriores à identificação e detenção do criminoso. Com efeito, e de acordo com Ressler (1988) (cit. in Toutin, 2000), a investigação de um criminoso (que tenha cometido um crime abrangido pelo campo de actuação do *Profiling*), deve ser efectuada em meio prisional, pois trata-se de um contexto que permite efectuar o estudo dos comportamentos e/ou das características personalísticas e mentais do mesmo sujeito, bem como aprofundar o conhecimento acerca do como e porquê das suas acções passadas, o seu *modus operandi*, critérios de escolha da vítima, a sua historia familiar, escolar, e outros tantos domínios da sua vida, que maximizam a sua compreensão actual, mas também aquando da “passagem ao acto”.

Atendendo que a presente investigação foi realizada em contexto prisional e se tomou a Abordagem Clínica do *Profiling* como “ferramenta de trabalho”, sucede-se a explicitação de princípios regentes da mesma.

Pode declarar-se de modo inaugural que a abordagem em causa não constitui uma disciplina unificada nem segue uma metodologia em exclusivo, sendo portanto de carácter flexível e passível de ajuste em favor do objecto de estudo do investigador (Wilson, Lincoln & Kocsis, 1998). Por seu turno, e de acordo com a perspectiva de Génoves (2003) e Ebisike (2008), na Abordagem Clínica do profissional (e.g. Psicólogo Clínico) ou a equipa encarregada pela elaboração do *Profiling* (que pode ou não ser multidisciplinar), recorre às metodologias da Psicologia Clínica e/ou Forense, em consonância com as competências supramencionadas (aquando da caracterização das suas primeiras raízes históricas, nos primórdios da Abordagem de Avaliação e Diagnóstico), isto é, os profissionais envolvidos na aplicação do *Profiling* segundo esta abordagem específica devem recorrer ao seu conhecimento, experiência, treino e intuição clínica e científica, objectivando efectuar uma avaliação psicológica centrada - a título exemplificativo e de acordo como a presente investigação - no estudo da saúde mental e na personalidade de um único sujeito, ou de um grupo de sujeitos em reclusão. De modo ainda mais específico, o procedimento adoptado neste tipo de abordagem é similar ao usado na elaboração de *laudos* ou diagnósticos clínicos, na qual o(s) profissional(is) de Saúde Mental recorrem ao seu *background* de conhecimento das teorias psicológicas (e.g. do desenvolvimento, da aprendizagem, da personalidade), e das perturbações psicopatológicas (e.g. perturbações mentais e critérios exigidos pelos manuais de diagnóstico e estatística como o DSM ou o CID), para elaborar o respectivo *Profiling* e dar resposta à pergunta, *Qual o tipo ou os traços de personalidade e/ou estado mental deste(s) sujeito(s)?*

Somando e integrando estas premissas, urge a necessidade de esclarecer um aspecto crucial relativo aos grupos que podem ser incluídos no espectro de elaboração de um *Profiling*. De forma mais objectiva, o *Profiling* embora obedecendo ao estudo de pessoas que cometeram determinado crime, o mesmo pode ser alargado através do estabelecimento de um paralelismo investigativo de natureza comparativa - em termos das diferenças e semelhanças - entre um grupo de sujeitos em reclusão e um grupo de pessoas que vivem em sociedade, e que não cometeram qualquer tipo de crime (Morales, Muñoz-Delgado, Santillán, Arenas & De León, 2007).

1.6. Estado da Arte: Conceitos de Saúde Mental e Personalidade

De modo preambular, pode declarar-se que a par da Abordagem Clínica subjacente à técnica do *Profiling*, revela-se de todo pertinente enquadrar e caracterizar de modo teórico-científico os constructos que se encontraram sob foco de estudo e análise, designadamente a Saúde Mental e a Personalidade. Objectivou-se portanto, compreender ambos os domínios em estudo, mediante a explicitação de conhecimentos postulados pela comunidade científica, não suprimindo o crucial enfoque clínico diagnóstico categorial, sustentado pelo Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais (doravante, DSM-IV-TR).

1.6.1. Saúde Mental

No que diz respeito à conceptualização científica de Saúde Mental, a sua primeira definição remonta a 1958 pela Organização Mundial de Saúde (doravante OMS), na qual se defendia que o bem-estar mental fazia parte integrante da postulada concepção de Saúde. Atendendo a este facto, a OMS definiu portanto Saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e/ou enfermidade. Esta mesma conceptualização foi-se demonstrando resistente à inevitável passagem do tempo, sendo defendida ainda hoje pela mesma organização mundial. Deste modo, pode declarar-se que desde a sua formulação remota, a mesma conceptualização permite extrair três premissas centrais e amplamente actualizadas, isto é, a Saúde Mental consiste numa parte integrante da saúde; a Saúde Mental equivale a muito mais do que a mera ausência de doença ou de enfermidade; e não menos importante, a Saúde Mental encontra-se intimamente relacionada com a saúde física e com o comportamento. Assim, a SM, a saúde física e a saúde social correspondem a “fios de vida” estreitamente interligados e profundamente interdependentes, tornando-se cada vez mais perceptível, que a Saúde Mental é indispensável para que os indivíduos das sociedades dos diversos países alcancem um estado de bem-estar geral (Cardoso, 2001; OMS 2003).

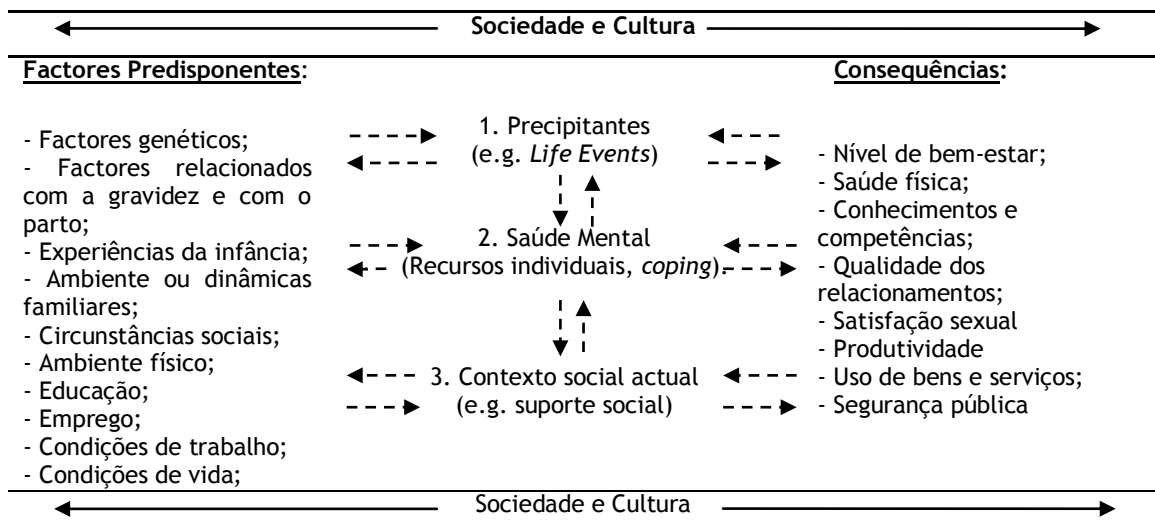
Todavia, o domínio da SM prevalecia somente referenciado na definição de saúde, e a nível transcultural a tarefa de definição de Saúde Mental de uma forma mais independente permanecia enquanto utopia. Neste sentido, em 2001 a OMS propôs uma definição de Saúde Mental que parece reunir consenso em termos da sua interpretação, não só pela comunidade científica, como pelos povos de diferentes culturas, existindo como que um certo significado universal inerente à mesma conceptualização. A Saúde Mental foi portanto definida, como um

estado de bem-estar no qual o indivíduo se revela capaz de realizar as suas capacidades, consegue fazer face ou lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e ainda contribuir para a comunidade em que se insere. De modo complementar, a OMS adicionou ainda à mesma conceptualização as seguintes dimensões pessoais, designadamente o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência inter-geracional, e o reconhecimento da habilidade de realizar o seu potencial intelectual e emocional (OMS, 2004).

A divulgação desta definição tem fomentado o reconhecimento de que a condição mental de cada indivíduo é determinada por uma multiplicidade de factores, reconhecendo-se actualmente que a etiologia da Saúde Mental é de natureza *biopsicossocial*, sendo portanto ditada pela relação estabelecida entre os factores biológicos (e.g. genética), os factores individuais (e.g. antecedentes pessoais), os factores familiares e sociais (e.g. enquadramento social), e ainda os factores económicos e ambientais (e.g. estatuto social e condições de vida). Importa salientar, que o reconhecimento deste facto foi amplamente potenciado pelos progressos existentes ao nível das neurociências, dado que se tem tornado cada vez mais patente, que o funcionamento mental possui um substrato fisiológico que se encontra indissociavelmente relacionado com o funcionamento físico e social (OMS, 2002).

De modo exemplificativo, apresenta-se um esquema ilustrativo face à natureza multifactorial da Saúde e/ou Doença/Perturbação Mental (cf. Tabela 10).

Tabela 10
Modelo Multifactorial da Saúde Mental



Fonte: Adaptado de Lahtinen, Lehtinen, Riikonen, Ahonen (1999)

Tomando como referência a visão clínica do DSM-IV-TR, pode afirmar-se que o mesmo manual de referência não ostenta uma definição para SM, apresentando somente a sua versão oposta, isto é, a definição de Perturbação Mental. De modo particular, a Perturbação Mental é conceptualizada como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo, que ocorre num sujeito e ao qual se podem encontrar associados a

ansiedade actual (e.g. sintoma doloroso), e/ou incapacidade (e.g. incapacidade numa ou várias áreas de funcionamento), e/ou risco significativamente aumentado de sofrer de morte, dor, incapacidade ou uma perda importante de liberdade. A mesma síndrome não deve representar somente uma resposta espectável e/ou sancionável culturalmente, no que concerne a um acontecimento particular (e.g. morte de um ente querido). Por último, postula-se ainda que qualquer que seja a causa original da PM, a mesma deve ser correctamente considerada como manifestação de uma disfunção comportamental, biológica e psicológica do sujeito (APA, 2000).

Concluindo este tópico, torna-se pertinente enfatizar-se que se deve encontrar inerente quer à primeira posição mais lata apresentada pela OMS, quer aos fundamentos científicos diagnósticos postulados pelos DSM-IV-TR, que o domínio da Saúde Mental assenta num processo dinâmico que capacita e promove o funcionamento, físico e/ou comportamental, cognitivo, afectivo e social do indivíduo, transformando-se numa força ou impulso que o motiva face à realização de actividades produtivas, à procura e satisfação de objectivos de vida, ao estabelecimento de relacionamentos satisfatórios e na capacidade de adaptação a mudanças, e ainda a enfrentar situações adversas (Harber, 1992 cit. in Miranda, 2008).

1.6.2. Personalidade

A exposição teórico-científica do domínio da Personalidade reveste-se de uma complexidade sem precedentes no que concerne à sua definição. Estimando esta dificuldade, pode afirmar-se que se existisse um acordo geral no campo científico da personalidade, acerca de quais os conceitos que se revelam mais úteis a considerar a este nível, estaríamos em condições de afirmar que existiria um paradigma dominante. Contudo, tal cenário, simplesmente não existe. Deste modo e assente num prisma mais problemático, não se pode sequer impor um absolutismo em termos de certeza, de que as várias teorias de personalidade existentes constituam de facto paradigmas. Neste sentido, o cenário que se afigura encontra-se preenchido por várias perspectivas que competem entre si, isto é, a perspectiva psicanalítica e sua variante sócio-cultural, a perspectiva dos traços, a perspectiva da aprendizagem, o *behaviorismo* cognitivo e a perspectiva humanista. Por conseguinte, nenhuma das mesmas se revelou “capaz” de substituir e de prevalecer de modo independente em relação à anterior, de modo idêntico ao que considera espectável, aquando do surgimento e consolidação de um paradigma em detrimento de outro (Cloninger, 2003).

Sem tomar partido de nenhuma teoria de personalidade em particular, decidimos adoptar uma posição eclética, explicitando o raciocínio efectivado por alguns autores da comunidade científica, que a partir da selecção de aspectos de várias teorias, partiram para a construção de uma visão mais lata, mas ao mesmo tempo mais integradora, de personalidade.

Partindo deste ponto de vista, e de acordo com Burger (2008) a personalidade pode ser conceptualizada de forma geral, como os padrões comportamentais consistentes e como os

processos intrapessoais originados pelo indivíduo. Deste modo, a compreensão da mesma definição carece do estabelecimento de uma lógica de pensamento dividida em duas partes. A primeira parte remete para a noção de padrões consistentes de comportamento. Este mesmo autor, à semelhança de outros, ao se referir a esta mesma característica, faz uma subjacente menção às diferenças individuais. Por outras palavras, embora o padrão de comportamento consistente ou estável manifestado pelos sujeitos ao longo do tempo, perante as diferentes circunstâncias de vida com os quais se deparam, cada indivíduo é único no sentido em que duas pessoas distintas, possuem personalidades desiguais, embora o padrão comportamental de cada um seja consistente. A segunda parte da definição diz respeito aos processos intrapessoais, pelo que se pode declarar que comparativamente aos processos interpessoais, os primeiros envolvem os processos cognitivos, emocionais e motivacionais que ocorrem dentro do sujeito e que afectam a sua forma de agir e de se sentir.

Assim, a partir do estabelecimento de um elo de correspondência e de integração de abordagem duplamente faseada de análise, atesta-se que a personalidade inclui portanto aspectos mais estáveis ao nível do funcionamento dos indivíduos, por vezes chamados de traços (que correspondem ao padrão estável e consistente do comportamento), bem como de aspectos mais fluidos ou passíveis de mudança, denominados por processos, tais como a cognição (pensamento), a afectividade (emoções), e o comportamento manifesto. Assim, a personalidade é perspectivada como um sistema, dado que se estima a existência de uma dinâmica complexa e sofisticada entre as suas dimensões mais estáveis e flutuantes, ocorrendo não só de um ponto vista intrínseco ao sujeito, mas também em função de estímulos e/ou situações advindas do ambiente externo circundante (Carducci, 2009).

Adoptando o mesmo método de referenciação do tópico anterior, inserem-se neste momento os fundamentos propostos pelo DSM-IV-TR acerca da personalidade. De modo idêntico, ao que se apurou em relação ao conceito de SM, também ao nível da personalidade, o mesmo manual apresenta apenas a definição da sua versão patológica. Todavia, parte da noção de traços de personalidade para introduzir e contextualizar a noção de perturbação de personalidade.

De forma global, o DSM-IV-TR define traços de personalidade enquanto padrões estáveis de compreensão, relação e de pensamento acerca do meio envolvente e de si próprio, que se exprimem numa gama diversificada de contextos de natureza social e pessoal. Assim sendo, quando os mesmos adquirem um carácter inflexível, e desadaptativo, passando a implicar incapacidade funcional significativa ou sofrimento subjectivo para o sujeito, encontramos-nos perante uma perturbação de personalidade. Por sua vez, a perturbação de personalidade é conceptualizada como um padrão persistente de vivência íntima e de comportamento que se desvia de forma acentuada das expectativas da cultura na qual o indivíduo se encontra inserido (note-se que a descrição subsequente dos critérios exigidos pela DSM-IV-TR para o diagnóstico de perturbação de personalidade funda-se apenas nos que melhor a caracterizam, exceptuando-se assim o critério E e F). Este mesmo padrão deve manifestar-se em duas (ou mais) das seguintes áreas: 1) cognição (e.g. forma de perceber e

interpretar a si mesmo, aos outros e os acontecimentos) - 2) afectividade (e.g. variação, intensidade, labilidade e adequação das respostas emocionais) - 3) desempenho interpessoal; 4) controlo dos impulsos (critério A); o padrão persistente revela-se inflexível e abrange uma ampla gama de situações pessoais e sociais (critério B); o padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo ao nível do funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (critério C) (APA, 2000, p. 689).

Em síntese, pode referir-se que enquanto campo da psicologia moderna, o estudo da personalidade enraíza-se tanto na tradição da pesquisa empírica, como na tradição clínica da psicoterapia, mas ambas não se fundem facilmente. Por um lado, assiste-se à inexistência de uma compreensão teórica comum que convirja para o estabelecimento de um paradigma dominante, e por outro verifica-se uma concepção de personalidade mais voltada para o seu reverso disfuncional e desadaptativo (Cloninger, 2003).

1.6.3. As particularidades de dois grupos populacionais

A presente investigação assentou numa Abordagem Clínica do *Profiling*, norteadada para o estudo da Saúde mental e da Personalidade, pelo que esboçou como principais alvos, dois grupos populacionais distintos: um grupo constituído por ASC's, e um segundo constituído por sujeitos da população normativa. Deste modo, revela-se impreterível tecer cruciais considerações acerca de ambos, para que se torne claro o que se entende acerca de cada um dos mesmos quando se especifica a sua denominação isolada.

1.6.3.1. Abusadores Sexuais de Crianças: Perfil Vs Grupo Heterogéneo

Frequentemente os profissionais (numa perspectiva multidisciplinar) e o público em geral pretendem saber quem é que são, ou quem se pode revelar como potencial ASC's de crianças, através do estudo de certas características sócio-demográficas, de personalidade, entre outras, caindo-se na falácia de acreditar, de que existe a possibilidade de encaixar os mesmos num determinado perfil (González, Castedo & Dominguez, 2009).

Contudo, este erro humano possui uma certa legitimidade, pois por diversas razões, os agentes policiais podem ter a expectativa de que se existisse um perfil típico de um ASC's, revelar-se-ia mais fácil identificar os suspeitos, quando os incidentes deste tipo de MI não fossem notificados e os responsáveis ainda não tivessem sido identificados e detidos; alguns juízes e outros profissionais judiciais poderiam esperar que se o perfil de ASC's existisse, seria possível condenar de forma mais facilitada e sustentada; outros profissionais como os que se encontram encarregues pelo planeamento do tratamento (ou outros oficiais de supervisão), poderiam construir a crença de que se existisse tal perfil, revelar-se-ia mais fácil tratar e supervisionar este tipo de população; e finalmente, ainda outros profissionais poderiam acreditar que os mesmos poderiam proceder à identificação de pessoas que se possam

encontrar em risco de se tornarem num ASC's e, portanto, serem capazes de evitar a ocorrência deste crime (Center for Sex Offender Management, 2009).

Na base da desconstrução deste cenário ilusório, encontra-se o facto de a investigação científica demonstrar de forma consistente que não existe um perfil de ASC's. Apesar dos esforços mobilizados por diversos investigadores na formulação de tipologias ou sistemas de classificação (e.g. Danni & Hampe, 2000), em que a partir da identificação das características comuns inerentes aos ASC's, relativas ao binómio vítima-abusador, se efectuava a distinção e a distribuição dos mesmos por diferentes categorias. Assim sendo, embora o "rótulo" de ASC's possa aludir a um conjunto de sujeitos todos iguais, que prevaricam contra a autodeterminação sexual de crianças, tal premissa não passa de uma falsa realidade (Chaffin, Letourneau & Silovsky, 2002; Robertiello & Terry, 2007).

De forma mais estreita, remete-se neste momento a lógica de análise da heterogeneidade dos ASC's, para o título do livro de Marshall (1996), isto é, "*ASC's: o monstro, a vítima ou todo o Homem?*". Na verdade, este carácter heterogéneo tem-se revelado numa tarefa angustiante para a comunidade científica, pois tem-se tornado particularmente difícil discernir como esta população é diferente de outros tipos de criminosos, ou até mesmo dos sujeitos da sociedade em geral. De acordo com Marshall (1996) e mais tarde por Flora (2001), assinala-se que a heterogeneidade dos ASC's afigura-se de tal ordem, que os mesmos podem ser de facto mais similares "conosco" do que se poderia congeminar, visto que estes, podem incluir-se em quase todas as faixas etárias, sendo pré-adolescentes, adolescentes, adultos ou idosos; não existe exclusividade de género (porém, a maioria do sexo masculino); em termos de funcionamento intelectual estes indivíduos podem ter habilitações literárias superiores, e outros podem possuir um QI médio, e ainda outros podem ter abandonado precocemente a escola e/ou ter limitações intelectuais significativas; de forma mais lata pode acrescentar-se que os ASC's podem ser encontrados na maioria das raças, culturas, estatutos sócio-económicos e tipos de religiões; podem encontrar-se em empregados ou desempregados, casados, envolvidos num relacionamento amoroso, ou solteiros; finalmente este tipo de sujeitos podem ou não conhecer as vítimas, isto é, serem membros da família da mesma, e/ou ser seu amigo/conhecido.

A heterogeneidade do grupo de ASC's não se reflecte somente neste plano sócio-demográfico, como também ao nível da sua carreira delitiva. Objectivamente, existe um crescente reconhecimento que os ASC's, podem não ser exclusivamente especializados na prática isolada de crimes sexuais, podendo também cometer crimes de outra natureza e gravidade (teoria da versatilidade vs especialização), tendo em conta a idade da vítima e o grau de coacção e/ou violência envolvido (Veysey & Zgoba, 2010).

Atendendo a todos estes factos poderia colocar-se uma questão: "*Será que este grupo populacional é passível de possuir características comuns que se revelem úteis no auxílio da compreensão do(s) comportamento(s) e/ou o(s) motivo(s) do mesmo, e ainda predizer o seu comportamento futuro perante circunstâncias similares?*" A resposta a esta questão, tem sido "sim", dado que os investigadores têm examinado múltiplas amostras de ASC's comparando-

os entre si, e/ou com outros grupos de sujeitos que praticaram crimes de outra natureza (sexuais ou não) ou com amostras da população normativa, tendo encontrado a possibilidade de traçar uma caracterização comum aos mesmos (Center for Sex Offender Management, 2009).

Neste sentido, importa a este nível potenciar uma reflexão crítica que combine as duas “faces da moeda” relativas à noção de perfil. Particularizando, pode anunciar-se que dada a tamanha heterogeneidade dos ASC's e a sua possível semelhança com “qualquer comum dos mortais”, a noção de perfil assente na determinação de características comuns, poderia conduzir um qualquer sujeito da sociedade em geral a pensar que, “*se possuir determinada ou mesmo a combinação de certas características, tal significa que é um ASC's?*”. Alguns autores têm respondido a esta questão de dois modos distintos. A primeira resposta consiste no facto de não existir uma relação directa entre possuir uma determinada característica presente num determinado perfil de um ASC's e ser-se irrecusavelmente um ASC's, pois esses mesmos traços ou características podem também ser descobertas em amostras de outros criminosos e em oposição, não se encaixarem numa larga percentagem de ASC's. A segunda objecção revela que se determinado sujeito do público em geral, possuir uma ou mais características presentes num determinado perfil de ASC's, pode significar que o mesmo se encontra em risco ou sob maior propensão de agir “forma da norma e da moralidade” em relação às crianças (Johnson, 2007).

Em suma, a construção ou a existência efectiva de um perfil revela-se bastante pertinente, no entanto não se pode descurar que os perfis têm inerentes a si diversas ideologias, pelo que reduzir a figura do abusador a um perfil, implica simplificar ao máximo a temática. Por outro lado, se não existir um perfil, pode colocar-se a seguinte questão, “*Dada a heterogeneidade deste grupo populacional, somos todos potenciais abusadores?*”. Assim sendo, pode afirmar-se que não existe um perfil único de ASC's, devendo evitar-se cair em generalizações (González, Martínez, Leyton Bardi, 2004).

1.6.3.2. População Normal: A Normalidade controversa

Os termos *normal population* (e.g. Hanson, 2010) ou *normal subjects* (Marshall, 2006) cuja tradução literal para português perfaz os conceitos de população normal ou sujeitos normais, encontram-se vulgarmente referenciados em investigações científicas.

Este grupo de sujeitos integrado enquanto grupo de controlo na presente investigação, faz referência ao conjunto de elementos que apresentam características comuns que os identificam como pertencentes a uma determinada sociedade ou população, e que de modo invertido possuem ainda características que os diferenciam de outras populações, designadamente e a título exemplificativos, dos ASC's, que se encontram em reclusão (Maroco, 2007).

Deste modo, a atribuição da denominação de população normal ao tipo de sujeitos explicitados, pode fazer emergir dois mitos latentes na mente do senso comum, e por vezes

até, da própria comunidade científica. Especificamente, o sujeito ASC's tende a ser considerado como uma pessoa psicologicamente doente ou portador de perturbação mental (de carácter único ou múltiplo, geralmente psicoses e/ou psicopatia), actuando por isso como predador desenfreado de crianças. Por outro lado, tende a associar-se à população normal, a existência da uma dita sanidade mental desprovida de qualquer carácter psicopatológico (Fávero, 2003; Pechorro, Poiães & Vieira, 2008). Embora estas ideias possam prevalecer no Séc. XXI, o que se constata na realidade científica é que os ASC's conotados como "loucos/malucos" ou "doentes", não padecem necessariamente de um nível de patologia mental superior ao da população normal, pelo que o Departamento de Justiça dos EUA adiante mesmo, que somente 4% deste grupo populacional e que se encontra em reclusão, sofre de perturbação mental severa (D'Amora, 1999 cit. in Serafim, Saffi, Rigonatti, Casoy & De Barros, 2009; González, Castelo & Dominguez, 2009).

Desmistificado este primeiro mito, persiste a necessidade de elaborar o mesmo procedimento face ao segundo mito. Com o intuito de alcançar este objectivo, e analisando a questão do ponto de vista clínico, foi possível constatar na literatura que Offer e Sabshin (1984 cit. in Sadock & Sadock, 2007) apresentaram quatro perspectivas de normalidade das quais se destaca a primeira, denominada por normalidade como saúde. Esta mesma perspectiva refere-se à abordagem de eleição médica, psiquiátrica e não obstantes vezes, também psicológica. De modo particular, equipara-se a normalidade à saúde, supondo-se portanto que o comportamento se encontra dentro dos limites normais quando não existe nenhuma evidência de psicopatologia. Esta ideia constitui portanto o pilar de sustento do mito associado à "normalidade" mental da população normal, todavia este facto não se encontra corroborado pelo Relatório de 2004 da OMS. Por outras palavras, o mesmo documento faz menção de que cerca de 450 milhões de pessoas em todo o mundo, da dita *normal population*, padece de perturbações mentais, e/ou neurológicas, e/ou problemas psicossociais.

Deste modo, e frisando a redundância popular, "resumindo e concluindo", e efectuados os devidos esclarecimentos, justificou-se portanto a nossa decisão de substituir a designação de sujeito/população normal, por sujeito/população normativa. De modo complementar, pode esclarecer-se ainda que tal deliberação se justifica com o facto do conceito de (a)normalidade só poder ser compreensível em relação a uma norma, todavia nem toda a variação em relação a uma norma assume um carácter patológico, pois, e por exemplo, uma pessoa sobredotada ou um criminoso encontram-se ambos "fora da norma", sem que tal signifique que padeçam necessariamente de uma perturbação mental. Deste modo, e no domínio da Saúde Mental, adquire maior relevância a consideração da norma, enquanto padrão comportamental que a maioria das pessoas, de um dado sexo ou grupo etário, adopta em determinadas situações numa determinada esfera sócio-cultural, o que implica que a norma, sendo comum em relação a certos comportamentos assumam uma certa relatividade face aos diversos contextos e ao tempo em que os mesmos se desenrolam. Por outro lado, e dado que a presente investigação se insere no campo das Ciências Sociais e Humanas,

também se revela de todo pertinente conceber a normalidade do ponto de vista estatístico, isto é, na qual se supõe que norma é determinada pela frequência de um fenómeno na população, pelo que todas as pessoas que se encontram acima ou abaixo de um determinado valor de *corte* encontram-se fora da norma (Dalgalarondo, 2000).

1.6.4. Perfil Personalístico e de Saúde Mental de Abusadores Sexuais de Crianças vs População Normativa

O presente tópico assume-se como exercício de maior estreitamento em termos da referenciação de conhecimentos teórico-científicos, isto é, prossegue-se a meta de interligar e de integrar os tópicos precedentes no seu respectivo “lugar” em termos de investigação científica. Para tal, apresentar-se-ão os argumentos que traduzem a pertinência e a actualidade de investigar a Saúde Mental e a Personalidade de ASC's, mediante uma Abordagem Clínica de *Profiling*, não olvidando a menção e a respectiva inclusão do grupo de população normativa, que de modo idêntico fez parte integrante do presente estudo.

1.6.4.1. Tendência dos estudos: Reflexos da pertinência da presente investigação

A realização de investigações científicas em torno do grupo dos ASC's, remonta à década de 70, e tem-se operacionalizado de forma escassa (Caetano, 2008). Neste sentido, explicitou-se de forma sumária o percurso evolutivo de investigação deste grupo populacional tão heterogéneo, subdividindo-o em distintas fases nas quais se inscrevem diferentes objectivos preceituados.

Atendendo a uma primeira fase de estudos, pode afirmar-se que os investigadores se encontravam centrados na descrição de características demográficas e identificativas pessoais representativas dos ASC's, bem como nas circunstâncias nas quais o(s) crime(s) tiveram lugar. Evoluindo no tempo, e avançando para uma segunda fase, as investigações científicas possuíam como desígnio primordial a descrição e a definição das características e motivações dos ASC's, aliadas à natureza do crime, com o intuito de elaborar a construção de taxonomias/tipologias ou sistemas de classificação dos mesmos. Num terceiro patamar investigativo, ASC's foram alvo de estudo visando-se compreender se o crime cometido pelos mesmos envolvia o desejo e/ou um nível de excitação sexual, distinto do sentido por outros criminosos (crimes sexuais ou crimes de outra natureza). A quarta vaga de investigação optimizou a caracterização das características psicossociais dos ASC's. A quinta fase merece especial destaque, pois equivale à tendência investigativa mais contemporânea, bem como à etapa na qual se tem verificado um aumento considerável ao nível do número de investigações científicas realizadas em torno dos ASC's. Num sentido mais amplo, tem-se assistido de forma idêntica à tentativa de traçar e conhecer o perfil psicológico de ASC's, cujos crimes envolveram ou/não recurso à violência, e/ou traçar um perfil e/ou uma caracterização das características ou traços de personalidade dos mesmos sujeitos, aliado de

forma mais ampla, ao estudo do seu estado mental (Ortiz-Tallo, Sánchez & Cardenal, 2002; Garcia & Hidalgo, 2003). Esta mesma tendência de investigação mais recente tem-se caracterizado pela formação de grupos de controlo diversos, constituídos por ASC's subdivididos pelo critério da idade da vítima, e/ou sujeitos condenados por crimes contra a liberdade sexual (e.g. violadores), e/ou sujeitos condenados devido à prática de crimes não sexuais (e.g. homicidas); e/ou amostras de sujeitos que integram a população normativa (porém, relativamente a este último grupo de controlo, os estudos realizados conjuntamente com o grupo de investigação composto por ASC's condenados, são ainda bastante escassos (Jones, 2008). De modo complementar, os instrumentos aplicados a este nível tem consistido maioritariamente no MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), no PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*) e no MCMI (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*) (Pechorro, Poiares & Vieira, 2008).

Não menos importantes são as potencialidades que têm sido associadas à realização desta quinta vaga de investigações, designadamente: a) compreensão da delinquência sexual (de um modo global); b) recolha de informação acerca dos pensamentos, comportamentos, e atitudes mais usuais dos ASC's; c) compreensão dos motivos que conduziram estes sujeitos a cometer este tipo particular de crime; d) predizer o comportamento futuro destes sujeitos em reclusão, quando se encontrarem perante factores situacionais e ambientais similares aos do crime; e) desenvolvimento de programas de tratamento/intervenção e de prevenção do ASC; f) averiguar os preditores de reincidência ou o grau de perigosidade deste grupo populacional (Ortiz-Tallo, Sánchez & Cardenal, 2002; Garcia & Hidalgo, 2003; Jiménez, 2009).

Dando por terminado o presente tópico, deve apenas acrescentar-se que actualmente embora o aumento da proliferação da investigação científica em tornos dos ASC's, a sua maioria centra-se na vítima. Mais especificamente, o conhecimento acerca das variáveis que influenciam as condutas executadas contra a autodeterminação sexual das crianças embora seja amplo, revela-se ainda bastante inespecífico (González, Castedo & Dominguez, 2009).

1.6.4.2. Principais Resultados de Investigações Científicas

Dada a escassez de estudos científicos que adoptassem o escopo da presente investigação, optou-se por proceder ao escrutínio do Perfil Personalístico e de Saúde Mental subdividindo-o de forma singular por cada um dos grupos populacionais sob investigação.

1.6.4.2.1. Perfil Personalístico e de Saúde Mental: Foco exclusivo nos Abusadores Sexuais de Crianças

Reportando a óptica de explicitação teórico-científica para a realidade portuguesa, e a partir da revisão bibliográfica efectuada, foi possível apurar a existência de uma investigação que implica somente uma amostra de ASC's sob a condição de trânsito em julgado, a cumprir pena em diversos estabelecimentos prisionais (doravante EP e/ou EP's) portugueses. Optou-se

assim pela sua referenciação, dada a inclusão na nossa investigação, de uma amostra de ASC's que se encontram a cumprir pena numa das prisões referenciadas neste estudo (cf. Tabela 11).

Tabela 11

Estudo científico relativo à caracterização personalística e de saúde mental de ASC's

Autor/ Ano:	Pechorro, Poiães e Vieira, 2008
Objectivos:	Caracterização psicológica de uma amostra forense de ASC's em termos de personalidade e de síndromes clínicas, bem como recolha de informação sobre as características do tipo de abuso que cometeram.
Método:	<u>Participantes:</u> A amostra foi obtida em meio prisional (amostra forense), intencionalmente por conveniência, sendo constituída por 41 homens (3 do EP de Lisboa; 7 do EP junto à Polícia Judiciária de Lisboa; 33 do EP da Carregueira) com uma idade média de 43 anos. <u>Instrumentos:</u> questionário sócio-demográfico; MCMI-II, que se foca simultaneamente no estudo da personalidade e de síndromes clínicas (e.g. ansiedade e depressão); ficha de recolha de dados acerca da classificação dos ASC's e de caracterização do tipo de abuso sexual cometido.
Principais Resultados:	<u>MCMI-II:</u> os resultados obtidos com maior relevância, encontravam-se relacionados com a elevação das escalas relativas à categoria de padrões de personalidade clínicos. Mais especificamente verificou-se a existência de indicadores de sintomatologia psicopatológica ao nível das escalas conotadas como personalidade Dependente, Compulsiva, Evitante, Esquizóide, e Narcísica. Ao nível das síndromes clínicas verificou-se a existência de sintomatologia patológica associada à perturbação de ansiedade, perturbação distímica de humor, e perturbação relacionada com abuso de substâncias (designadamente, o álcool).

1.6.4.2.2. Perfil Personalístico e de Saúde Mental: Foco exclusivo na População Normativa

No que concerne ao “retrato” personalístico e de saúde mental da população normativa, prosseguiu-se a lógica precedente, citando-se subsequentemente duas investigações científicas que partem do estudo da população normativa portuguesa, aspecto este similar, à investigação por nós realizada. Todavia, e partindo desta diáde de investigações, importa destacar que além do facto de terem sido os únicos estudos encontrados após a devida revisão bibliográfica realizada, a primeira investigação particulariza o estudo da personalidade do ponto de vista da normalidade, e o segundo, escrutina a saúde mental do ponto de vista psicopatológico, não se tendo encontrado portanto um estudo que integrasse e combinasse ao mesmo tempo, a investigação da personalidade e da saúde mental de sujeitos normativos (cf. Tabela 12 e 13).

Tabela 12

Estudo científico alusivo à caracterização personalística de Sujeitos Normativos

Autores/Ano:	Ferreira, Pires, Marques e Silva, 2008
Objectivo:	Analisar e compreender o funcionamento normal da personalidade da população portuguesa, no âmbito da avaliação da validade da versão experimental portuguesa da MIPS-R (aferição esta efectuada pelos mesmos autores).
Método:	<u>Amostra:</u> 280 indivíduos (250 adultos: 139 mulheres e 111 homens) + 30 estudantes universitários: 21 mulheres e 9 homens); 70.7% dos sujeitos tinham idade inferior a 41 anos, tendo sido a faixa etária dos 24 aos 30 anos, a mais representativa nesta amostra (35%); A amostra de adultos foi recolhida em Centros de Formação Profissional da Região de Lisboa, onde os participantes frequentavam cursos de formação profissional, por outro lado a dos estudantes universitários foi recolhida numa Universidade privada, sendo composta por alunos da Licenciatura em Direito. <u>Instrumento:</u> Índice de Millon dos Estilos de Personalidade - <i>Edição Revista</i> (MIPS-R) que consiste num inventário de auto-avaliação da personalidade que operacionaliza a teoria

Método:	da personalidade de Millon (1969, 1990, 2004) e que permite caracterizar os estilos de personalidade de adultos normais, dos 18 aos 65 ou mais anos de vida. Os 180 itens que compõem o instrumento estão organizados em 24 escalas que se agrupam em 12 pares e estes por sua vez, agrupam-se em três grandes áreas: Metas Motivacionais, Modos Cognitivos e Comportamentos Interpessoais. O MIPS-R é ainda composto por 3 indicadores de validade: Impressão Positiva, Impressão Negativa e Consistência (no total são avaliados 24 traços de personalidade).
Principais Resultados:	<p><u>Discriminação entre Géneros:</u> verificou-se que a escala denominada por orientação para/pelo pensamento, revelou-se a que melhor discriminava entre género masculino e feminino. A mesma descreve um estilo cognitivo em que a informação que é captada sobre o mundo é analisada de forma lógica e analítica, e em que os processos de tomada de decisão se baseiam em juízos objectivos. Nesta escala, os homens apresentaram resultados médios superiores aos das mulheres.</p> <p>Por outro lado, a escala designada por orientação para os sentimentos, que descreve um estilo cognitivo em que os juízos são formulados com base nos afectos e nos valores pessoais. Também se verificou ao nível desta escala, a possibilidade de discriminação entre os dois géneros, mas desta vez, os resultados médios são superiores no grupo de mulheres.</p> <p>Considerando as restantes escalas que contribuíram para a discriminação entre o sexo feminino e masculino, verificou-se que os homens apresentaram resultados superiores nas escalas intituladas por asocial/retraído, não convencional/dissidente, orientado para o interior, confiante/assertivo, acomodação passiva, realista/sensitivo e auto-indulgência. Nas mulheres, as escalas apelidadas por procura da conservação, modificação activa, orientação para o exterior, prazer-enaltecimento, e por último a escala relativa à dor-evitamento apresentaram médias superiores às verificadas na amostra masculina.</p>

Tabela 13

Estudo científico alusivo à caracterização da saúde mental de Sujeitos Normativos

Autor/Ano:	Investigação realizada no âmbito da <i>World Mental Health Survey Initiative</i> , que integra uma iniciativa mundial coordenada pela Universidade de Harvard e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A mesma inclui o estudo de 30 países, dos quais Portugal faz parte. Deste modo, a sua operacionalização a nível nacional contou com a principal coordenação e orientação por parte da participação da equipa de investigação do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa coordenada pelo Prof. Dr. Caldas de Almeida. Importa salientar que este estudo data de 2009 e irá prolongar-se até ao final de 2011, pelos que os dados apresentados resultam apenas da publicação dos resultados preliminares a 23 de Março de 2010 (Pestana, 2010).
Objectivos:	A pesquisa nacional assenta objectivos específicos que se assemelham aos preconizados pelos restantes países europeus contemplados por este estudo. - Estudar a prevalência das doenças mentais; estudar o impacto das doenças mentais ao nível da produtividade do país; estudar a influência do género nos problemas advindo das doenças mentais; estudar a influência das desigualdades sociais e económicas ao nível das doenças mentais; contribuir para o estabelecimento de novas estratégias de prevenção e tratamento das doenças mentais; apoiar na elaboração de políticas adequadas à realidade mental de cada país, bem como no planeamento de serviços de saúde.
Método:	<u>Amostra:</u> Dada a inclusão de 30 países neste estudo, dos quais Portugal se inclui, e tendo em conta que o estudo ainda não se encontra finalizado, sabe-se que até ao momento a amostra total ultrapassa as 1000 mil pessoas. Especificamente em Portugal, a amostra estudada encontra-se representada por 3849 participantes. Da literatura existente e consultada acerca deste estudo apenas foi possível constatar que além da equipa do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa liderada pelo Prof. Dr. Caldas de Almeida, a realização deste estudo, no sentido de constituição da amostra, contou ainda com uma equipa do Centro de Estudos e Sondagens de Opinião (CESOP) da Universidade Católica, e por mais de uma centena de entrevistadores.
Principais Resultados:	Da síntese de resultados preliminares avançados pela Faculdades de Ciências Médicas no dia 23 de Março de 2010, foi possível apurar, em particular os seguintes factos relativos à população portuguesa. - De modo geral os primeiros resultados do estudo expõem que os grupos de portugueses mais afectados por doenças mentais são as mulheres, os jovens entre os 18 aos 24 anos, as pessoas mais sós (separados, viúvos e divorciados) e as pessoas com baixa e média literacia.

Principais Resultados:

- Portugal representa até ao momento o país da Europa que apresenta maior prevalência de perturbações mentais na população (23%), chegando muito perto do "campeão mundial", os EUA (26,3%);
- Em 2009, 1 em cada 5 portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica e quase metade (43%) afirmou já ter tido uma destas perturbações ao longo da sua vida.
- 7% dos doentes com perturbações graves, 65% dos doentes com perturbações moderadas e 82% dos doentes com perturbações ligeiras, nunca tiveram acesso a qualquer tipo de tratamento, apesar de Portugal ser um dos países europeus com maior consumo de antidepressivos e ansiolíticos *per capita*.
- As perturbações mentais mais comuns na população portuguesa são as de ansiedade (16,5%) que, em 3,2% dos casos, assume proporções graves. Deste mesmo grupo nosológico destacam-se como mais frequentes as perturbações as fobias específicas (8,6%), seguidas da perturbação obsessivo-compulsiva que ronda os 4,4%.
- As perturbações de humor atingem uma cifra de 8%, e integradas nesta categoria diagnóstica, 1% corresponde a sujeitos com perturbação bipolar.
- 3,5% da população portuguesa padece de perturbações do controlo dos impulsos, e 1,8% também apresenta explosões intermitentes.
- As perturbações relacionadas com o álcool representam cerca de 1,6%, e a hiperactividade/défice de atenção, normalmente associado às crianças, também apresenta expressão nos adultos, representando cerca de 0,4% da amostra.

1.6.4.2.3. Perfil Personalístico e Mental: Foco nos Abusadores Sexuais de Crianças e na População Normativa

A realização de investigação científica acerca do Perfil Personalístico e de Saúde Mental de ASC's, por intermédio do estabelecimento de um grupo de controlo constituído por sujeitos normativos, revelou-se inexistente a nível nacional, *à posteriori* de uma exaustiva revisão bibliográfica efectuada. Este condicionamento resultou na explicitação de um estudo de carácter internacional, contudo deve esclarecer-se que foi também o único estudo encontrado enquanto versão relativamente equivalente à presente investigação, em termos do objectivo de estudo, amostra e instrumentos utilizados (cf. Tabela 14).

Tabela 14

Estudo científico ialusivo à caracterização personalística e de saúde mental de ASC's e de Sujeitos Normativos

Autores/Ano:	Fabrizi, Petruccelli, Turella e Farigu, 2008
Objectivo:	Análise das características de personalidade e das síndromes clínicas mais proeminentes de um grupo de ASC's, e de um grupo de sujeitos da população normal.
Método:	<u>Amostra:</u> O estudo foi constituído por um grupo de 9 ASC's que se encontravam a cumprir pena num EP da Itália, e por um grupo de controlo formado por 9 sujeitos normativos. A idade média era de 31 anos em ambos os grupos. <u>Instrumentos:</u> MMPI-II (versão italiana) <u>Hipóteses:</u> os autores construíram as seguintes hipóteses relativas aos ASC's: 1) índices mais elevados de ansiedade; 2) maior probabilidade de desenvolvimento de traços de personalidade anti-social; 3) níveis mais elevados de raiva; 4) menores índices de capacidade de controlo de impulsos, em toda as hipóteses, do que os sujeitos normativos.
Principais Resultados:	Das hipóteses formuladas pelos investigadores, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que respeita aos níveis de ansiedade, raiva e traço anti-social. A única diferença estatisticamente significativa entre o grupo de investigação e o grupo de controlo remeteu para a capacidade de controlo de impulsos, encontrando esta componente relacionada com a hostilidade. Por outras palavras, obtiveram-se no grupo de ASC's os níveis mais elevados de hostilidade relacionados com a baixa capacidade de controlo de impulsos, que segundo os investigadores podem estar relacionados com dois tipos de condutas adoptadas pelos mesmos, respectivamente: 1) os ASC's podem ser capazes de responder de forma passiva e não violenta às provocações de outrem; 2) os mesmos

Principais Resultados:	podem exibir de modo excessivo a sua hostilidade em termos comportamentais em situações nas quais podem não estar patentes eventos justificativos pelo despoletar de tais reacções.
-------------------------------	---

Parte II: Metodologia, Apresentação e Discussão de Resultados

Capítulo 2: Corpo Empírico

2.1. Tipo de Estudo

Com o intuito de efectivação prática da presente investigação recorreu-se à aplicação do método quantitativo, que preconiza a análise matemática como forma de linguagem, objectivando a descrição dos fenómenos, isto é, possibilita ao investigador explicar os fenómenos com base na quantificação e na categorização, empregando instrumentos precisos que garantam a objectividade e a aplicação de procedimentos correlacionais (Almeida & Freire, 2007).

No que diz respeito ao tipo de estudo realizado, optou-se pelo emprego do método descritivo-exploratório, descritivo-comparativo, e descritivo-correlacional (Hernández, Fernández & Baptista, 1993). Clarificando, e em primeira instância, os estudos de carácter descritivo-exploratório possibilitam a identificação e a caracterização de forma precisa das variáveis, atendendo à diversidade de variáveis abrangidas na problemática em estudo. Este tipo de estudo comporta o reconhecimento do fenómeno a estudar, a determinação do ou dos conceitos que se reportam ao mesmo, e a elaboração de definições conceptuais e operacionais das variáveis. A descrição das variáveis conduz a uma análise de âmbito teórico dos resultados e à formulação de hipóteses. Num segundo patamar, o tipo de estudo descritivo-comparativo, propõe-se ao nível do estabelecimento de diferenças e/ou semelhanças entre os grupos implicados num estudo, particularmente no que concerne a dados sócio-demográficos (e.g. idade, escolaridade). Em terceira instância, e no que se refere ao tipo de estudo descritivo-correlacional, a literatura aponta que o mesmo permite explorar e descrever as relações entre as variáveis em estudo, maximizando-se a possibilidade de compreensão do fenómeno sob investigação (Ribeiro, 1999; Fortin, Côté & Filion, 2006).

2.2. Objectivos de Estudo

2.2.1. Objectivo Geral

O objectivo geral da nossa investigação assentou na elaboração do Perfil Personalístico e de Saúde Mental, e sob recurso à Abordagem Clínica do *Profiling*, de um grupo de investigação constituído por ASC's (sob condição de trânsito em julgado a cumprir pena em distintos EP's, devido à prática do crime de ASC tipificado pelo artigo 171.º do actual CPP), e de um grupo de controlo formado por sujeitos normativos (com características similares aos ASC's ao nível da variável género, idade e escolaridade).

Importa salientar que embora alguns tópicos de enquadramento teórico da presente investigação, bem como o objectivo geral precedente, tenham remetido para a denominação de perfil, pretende-se elucidar o leitor que não se objectivou, tomar uma posição em conforme existe ou não um perfil de ASC's (em prol de toda a controvérsia científica existente em torno da temática). Na verdade, a noção de perfil por nós adoptada, assenta na efectivação de uma caracterização personalística e de saúde mental de dois grupos de participantes distintos, e que adquire a vertente de perfil devido aos instrumentos de

avaliação psicológica empregues, pois a concepção metodológica de base dos mesmos ultima a construção de um perfil em termos gráficos e interpretativo-inferenciais.

2.2.2. Objectivos Específicos

- Caracterizar o grupo de investigação e o grupo de controlo, em função da variável idade e escolaridade;
- Indagar e analisar a presença de traços de personalidade de carácter normativo/psicopatológico, avaliados pelo Mini Mult, no grupo de investigação e no grupo de controlo;
- Identificar, verificar e analisar a normalidade/psicopatologia dos traços de personalidade avaliados pelas escalas clínicas do Mini Mult, no grupo de investigação e no grupo de controlo, em função da variável idade e escolaridade;
- Indagar e analisar a presença de dimensões/índices sintomáticos e globais de carácter normativo/psicopatológico, avaliados pelo SCL90R, no grupo de investigação e no grupo de controlo;
- Identificar, verificar e analisar a normalidade/psicopatologia dos índices sintomáticos e globais avaliados pelo SCL90R, no grupo de investigação e no grupo de controlo, em função da variável idade e escolaridade;

2.3. Definição das Variáveis

No decurso da realização da análise estatística, o investigador depara-se sempre com “algo” que necessita medir, controlar ou manipular durante o processo de investigação. Esta crucial componente de investigação referida como “algo” denomina-se por variável, dado que o objectivo de um estudo de carácter estatístico assenta nas variáveis e na informação que estas podem fornecer. Neste sentido as variáveis estatísticas podem ser classificadas como qualitativas ou como quantitativas, pelo que as primeiras correspondem a variáveis cuja escala de medida somente indica a sua presença em categorias de classificação discreta exaustivas e mutuamente exclusivas, e por sua vez, as segundas equivalem a variáveis em que a sua escala de medida possibilita a ordenação e quantificação das diferenças entre elas (Maroco, 2007).

Com efeito, na Tabela 15 encontra-se efectuada a tradução destes argumentos da literatura, para a realidade prática da presente investigação (cf. Tabela 15).

Tabela 15

Caracterização das escalas de medida e das variáveis estatísticas integradas na presente investigação

• **Escala Qualitativa:**

- **Nominal:** a) Questionário sócio-demográfico: género; estado civil; categorias de idade; b) Mini Mult: os 71 itens originais que se encontram subdivididos pelas categorias de resposta de verdadeiro ou falso; categorias de normatividade/psicopatologia traçadas a partir das notas T obtidas nas escalas de validade e nas escalas clínicas; c) SCL90R: categorias de normatividade/psicopatologia formuladas a partir das notas T obtidas nos índices globais e nos índices sintomáticos; d) Base de dados: grupo de pertença dos

sujeitos na investigação (investigação ou de controlo).

- **Ordinal:** a) Questionário sócio-demográfico: estatuto sócio-económico (auto-estimado); habilitações literárias; categorias de escolaridade; c) SCL90R: escala de Likert de 5 valores do SCL90R como fórmula de resposta a cada um dos 90 itens;

• **Escala Quantitativa:**

- **Contínua:** a) Questionário sócio-demográfico: idade; n.º de filhos; b) Mini Mult: nota T obtida nas escalas de validade e nas escalas clínicas; c) SCL90R: nota T obtida nos índices globais e nos índices sintomáticos.

2.4. Definição de Hipóteses

O cerne da presente investigação assentou num estudo descritivo-exploratório, e de acordo com a literatura científica, este *design* investigativo baseia-se em questões de investigação ou em objectivos gerais e específicos - como é o caso - e não em hipóteses. Deste modo, e ao contrário dos estudos experimentais, nos estudos descritivos-exploratórios, as hipóteses não precedem da teoria e não são testadas empiricamente, dado que não estão em causa variáveis independentes e dependentes, nem as relações presumidas entre as mesmas (Fortin, Côté & Fillion, 2006). Assim sendo, justificou-se a não formulação de hipóteses, no presente estudo.

2.5. Amostra: Caracterização

A amostra total do nosso estudo foi constituída por um total de 126 sujeitos do sexo masculino, divididos em dois grupos de participantes designados por grupo de investigação e por grupo de controlo.

O grupo de investigação foi composto por 63 ASC's sob a condição de trânsito em julgado devido à prática do crime tipificado pelo artigo 171.º do CPP, e que se encontram a cumprir a respectiva pena nos Estabelecimentos Prisionais Regionais da Guarda e/ou da Covilhã, e/ou nos Estabelecimentos Prisionais de Castelo Branco e/ou da Carregueira. Em segundo lugar, o grupo de controlo foi formado por 63 sujeitos da população normativa residentes em Portugal.

De modo particular, e no que respeita aos critérios de inclusão e de exclusão da amostra por nós formulados, informa-se que os mesmos se encontram descritos na Tabela 16. (cf. Tabela 16).

Tabela 16
Critérios de inclusão e de exclusão da amostra

	Grupo de Investigação	Grupo de Controlo
Critérios de Inclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Ser do sexo masculino; - Ser de nacionalidade portuguesa; - Indivíduos condenados devido a crime de ASC (artigo 171.º) com condição de trânsito em julgado; - Integrar e/ou encontrar-se a cumprir pena no Estabelecimento Prisional Regional da Guarda, e/ou da Covilhã, e/ou no Estabelecimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser do sexo masculino; - Ser de nacionalidade portuguesa; - Indivíduos da população normativa que apresentem características similares aos sujeitos do grupo de investigação, em termos das variáveis de idade, género e de escolaridade;

	Prisional de Castelo Branco e/ou da Carregueira;
Crítérios de Exclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Ser do sexo feminino; - Ser de nacionalidade estrangeira; - Ser portador de perturbação mental; - Ser portador de oligofrenia/retardo mental/deficiência mental; - Encontrar-se na condição de trânsito em julgado devido à prática de outro(s) crime(s) contra a auto-determinação sexual (que não o crime de ASC tipificado pelo artigo 171.º), e/ou contra a liberdade sexual, e/ou crimes de outra natureza delitiva e puníveis à luz do CPP.

Relativamente ao grupo de investigação, devem tecer-se algumas considerações fundamentais no sentido de maximizar o esclarecimento acerca da discriminação do EP de proveniência dos ASC's, bem como dos fundamentos que justificaram a exclusão de determinados sujeitos face à sua integração neste grupo em particular, apresentando-se tais considerações nas tabelas 17 e 18 (cf. Tabela 17 e 18).

Tabela 17

Caracterização do grupo de investigação a partir da discriminação do EP de proveniência dos sujeitos

Estabelecimento Prisional	Guarda	Covilhã	Castelo Branco	Carregueira
Total de sujeitos indicados pelo EP ^(*)	32	4	1	45
Total de sujeitos que aceitaram participar no estudo	32	4	1	37
Total de sujeitos que não aceitaram participar no estudo	0	0	0	8
Total de sujeitos que foram incluídos no grupo de investigação	32	2	1	28
Total de sujeitos excluídos do grupo de investigação	0	2	0	9

Nota: ()*: Após a recepção e o respectivo diferimento válido das cartas enviadas à Direcção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP), a mesma organização prestou a cada um dos EP's, o devido conhecimento relativo à autorização cedida para a realização da investigação. Aquando da recepção deste documento formal, cada EP seleccionou de entre a totalidade de ASC's que se encontravam a cumprir pena na condição de trânsito em julgado, os que cumpriam os requisitos para participarem na presente investigação.

Tabela 18

Explicitação dos argumentos relativos à exclusão de sujeitos do grupo de investigação, em função do seu EP de pertença

Estabelecimento Prisional	Argumento justificativo da exclusão dos sujeitos da pertença ao grupo de investigação
Regional da Covilhã	Os dois sujeitos excluídos não cumpriam a totalidade dos critérios de inclusão determinados para o grupo de investigação, pois um destes sujeitos encontrava-se na condição de trânsito em julgado mas a cumprir pena devido à prática do crime tipificado pelo artigo 172.º - Abuso Sexual de Menores Dependentes. Por outro lado, o segundo sujeito foi excluído pois encontrava-se sob a mesma condição jurídico-penal, porém devido à prática do crime tipificado pelo artigo 164.º - Violação (que integra a Secção I do Código Penal relativa aos crimes contra a Liberdade Sexual).
Carregueira	Dos 9 sujeitos excluídos da pertença face ao grupo de investigação, pode afirmar-se que 8 dos mesmos não cumpriam o critério de inclusão relativo à nacionalidade portuguesa, sendo que 6 dos mesmos eram/são africanos e 2 era/são brasileiros. O último sujeito excluído desta soma, e embora cumpriasse todos os critérios de inclusão neste mesmo grupo, recusou-se a responder a um dos instrumentos de avaliação psicológica aplicados.

Iniciando o exercício de caracterização da amostra pela variável género, verificou-se que a totalidade da amostra, independentemente do grupo de pertença dos participantes ($n=126$ sujeitos; 100%), era do sexo masculino (cf. Tabela 19).

Tabela 19

Caracterização dos grupos de participantes da amostra, segundo a variável nominal género

Género	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Masculino	63	100.00	63	100.00
Feminino	0	0.00	0	0.00

*Nota: Grupo de Investigação: $n=63$; Grupo de Controlo: $n=63$; *n*: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas*

Relativamente à variável idade, e considerando a totalidade da amostra ($n=126$), pode declarar-se que a idade dos seus participantes oscilou entre os 23 e os 28 anos, perfazendo uma média de idades igual a 43.84 anos associado a um desvio padrão de 8,77 ($\bar{X}=45.00$; $Mo=37.00$). Escrutinando especificamente esta mesma variável, segundo o grupo de participantes da amostra, pode atestar-se que no grupo de investigação ($n=63$) as idades contemplavam como valor mínimo os 23 anos e como valor máximo os 80 anos de idade, alcançando-se uma média de 44.19 anos para um desvio padrão de 10.59 ($\bar{X}=45.00$; $Mo=37.00$). Analisando esta variável, mas focando em exclusivo o grupo de controlo ($n=63$), pode declarar-se que as idades dos seus participantes variaram entre os 27 e os 55 anos, tendo-se obtido uma média de 43.56 anos correspondente a um desvio padrão de 6.55 ($\bar{X}=45.00$; $Mo=47.00$) (cf. Tabela 20).

Tabela 20

Estatística descritiva da variável contínua idade, segundo a amostra total, e cada grupo de participantes da amostra

<i>n</i>	Amostra Total			Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
	Válido	126		63	63		
	Omisso	0		0		0	
Média		43.84		44.19		43.56	
Mediana		45.00		45.00		45.00	
Moda		37.00		37.00		47.00 ³	
Desvio Padrão		8.77		10.59		6.55	
Mínimo		23.00		23.00		27.00	
Máximo		80.00		80.00		55.00	
Percentis	25	37.00		37.00		38.00	
	50	45.00		45.00		45.00	
	75	49.00		50.00		49.00	

*Nota: Grupo de Investigação: $n=63$; Grupo de Controlo: $n=63$; *n*: Frequências Absolutas*

Partindo da existência de uma elevada dispersão em torno da idade média registada no grupo de investigação, procedeu-se à elaboração de um gráfico de extremos e quartis, no sentido de apurar a existência de *outliers*. Deste modo, na Figura 1 pudemos certificar a presença de duas observações atípicas para a variável idade, designadamente os sujeitos 37 e

³Os valores de Moda no que respeita à variável contínua idade foram apresentados à semelhança do que ocorre no programa SPSS (versão 19.0), isto é, explicitando o resultado com menor valor absoluto. Todavia, no grupo de controlo, além do valor 47,00, verificou-se ainda que o valor 48,00 se sucedia como resultado adicional de moda.

40 que pertenciam ao grupo de investigação, sendo que o primeiro possuía 80 anos e o segundo tinha 75 anos, respectivamente (cf. Figura 1).

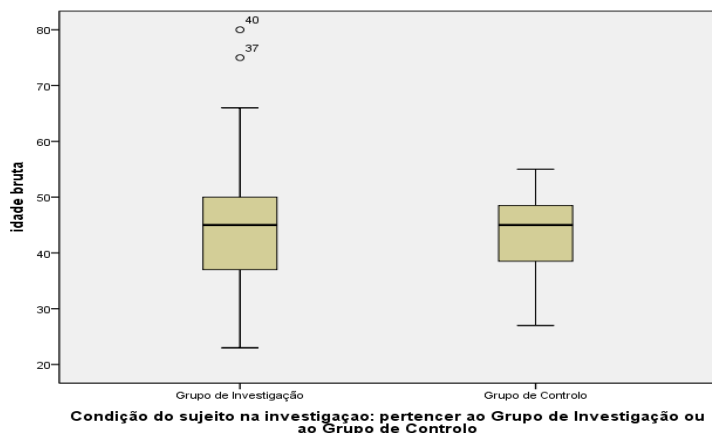


Figura 1: Gráfico de Bigodes relativo à análise dos possíveis *outliers* ao nível da variável idade, segundo o grupo de participantes da amostra ($n_{Total}=126$; Grupo de Investigação: $n=63$ e $\bar{X}= 45.00$; Grupo de Controlo: $n=63$ e $\bar{X}= 45.00$)

Devido às evidências estatísticas referenciadas, optou-se por retirar da contabilização na base de dados e respectiva análise estatística, o sujeito 40 que integrava o grupo de investigação (tendo-se mantido portanto no mesmo grupo o *outlier* relativo ao sujeito 37). Este procedimento estatístico foi sucedido pelo cálculo da respectiva estatística descritiva, a partir do qual foi possível apurar uma menor dispersão ao nível da média de idades no grupo de investigação ($\bar{X}=43.61$; $S^2=9.62$), uma maior similaridade entre o resultado desta última medida de tendência central e a média de idades do grupo de controlo ($\bar{X}=43.56$; $S^2=6.55$), e por último, e do modo mais lato, uma maior igualdade com a média de idades obtida para a amostra total, na ausência de discriminação do grupo de participantes ($\bar{X}=43.58$; $S^2=8.18$) (cf. Tabela 21).

Tabela 21

Estatística descritiva da variável contínua idade na ausência da contabilização do outlier na amostra total, bem como no grupo de investigação

		Amostra Total sem outlier	Grupo de Investigação sem outlier	Grupo de Controlo (sem exclusão de qualquer outlier)
<i>n</i>	Válido	125	62	63
	Omisso	0	0	0
Média		43.58	43.61	43.56
Mediana		45.00	45.00	45.00
Moda		37.00	37.00	47.00
Desvio Padrão		8.18	9.62	6.55
Mínimo		23.00	23.00	27.00
Máximo		75.00	75.00	55.00
Percentis	25	37.00	37.00	38.00
	50	45.00	45.00	45.00
	75	49.00	50.00	49.00

Nota: Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; *n*: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas

De seguida, e com o intuito de conhecer a forma de distribuição da variável idade em cada um dos grupos de participantes, aplicou-se o Teste Kolmogorov-Smirnov. Constatou-se assim, para um nível de significância de 5%, que a variável idade somente seguiu uma distribuição normal no grupo de investigação. De modo particular, verificou-se $K-S_{(62)}=0.109$, $p_{valor}=0.06$, logo como $p_{valor}>0.05$, não se rejeitou a hipótese nula referente à normalidade da distribuição da variável idade. Em situação inversa, no grupo de controlo constatou-se que, $K-S_{(63)}=0.122$, $p_{valor}=0.021$, pelo que se concluiu que como $p_{valor}<0.05$, se rejeitava a hipótese nula referente à normalidade da distribuição da variável idade (cf. Tabela 22).

Tabela 22

Teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade da variável continua idade, segundo o grupo de participantes da amostra

	Grupo de Investigação	Grupo de Controlo
Estatística	0.109	0.122
GL	62	63
p-valor	0.066*	0.021

*Nota: * $p>0.05$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; GL: Graus de Liberdade; p_{valor} : Valor de Probabilidade de Significância*

Revelou-se ainda pertinente no que concerne à variável contínua idade, estabelecer a sua categorização por faixas etárias (transformando-a numa variável nominal), objectivando por um lado, a obtenção de uma maior homogeneidade desta característica entre ambos os grupos de participantes da amostra, e por outro lado, possibilitar uma maior facilitação ao nível da análise estatística, ao momento de relacionar esta variável com os resultados obtidos em cada um dos instrumentos de avaliação psicológica. Assim sendo, formularam-se duas categorias de idade, respectivamente idade igual ou inferior a 45 anos e idade superior a 45 anos (doravante idade ≤ 45 anos e idade >45 anos). No que se refere à primeira categoria de idade, igualaram-se em ambos os grupos as frequências absolutas de sujeitos que a representaram ($n=33$ no grupo de investigação e $n=33$ no grupo de controlo), mas não as devidas frequências relativas (53.22% no grupo de investigação e 52.32% no grupo de controlo). Em relação à segunda categoria de idade, fizeram parte integrante da mesma, 29 sujeitos (46.77%) do grupo de investigação, e 30 sujeitos (47.61%) do grupo de controlo (cf. Tabela 23).

Tabela 23

Distribuição dos grupos de participantes da amostra, segundo a variável nominal idade

Categorias de Idade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
	n	%	n	%
Idade ≤ 45	33	53.22	33	52.32
Idade >45	29	46.77	30	47.61

Nota: Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas

Por último, procedeu-se à análise descritiva da variável ordinal escolaridade. Neste sentido, o procedimento e a lógica de raciocínio adoptada face a esta mesma variável, foi idêntica à preconizada para a variável nominal idade, tendo-se portanto formulado três

categorias gerais, sendo que duas das mesmas se ramificaram em duas sub-categorias, ou seja, a primeira categoria equivaleu à escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico (doravante escolaridade $\leq 1.$ º Ciclo do Ensino Básico) que contempla a sub-categoria do Analfabetismo (sujeitos sem qualquer frequência de qualquer nível de ensino-aprendizagem) e a sub-categoria denominada por frequência do 1.º Ciclo do Ensino Básico (sujeitos que frequentaram e concluíram o 1.º, e/ou 2.º, e/ou 3.º, e/ou o 4.º ano de escolaridade); a segunda categoria correspondeu à escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico, e subdividiu-se na sub-categoria relativa à frequência do 2.º Ciclo do Ensino Básico (sujeitos que frequentaram e concluíram o 5.º, e/ou 6.º ano de escolaridade), bem como na sub-categoria associada à frequência do 3.º Ciclo do Ensino Básico (sujeitos que frequentaram e concluíram o 7.º, e/ou 8.º, e/ou 9.º ano de escolaridade); e por último, a terceira categoria que se intitulou por Ensino Secundário (sujeitos que frequentaram e concluíram o 10.º, e/ou 11.º, e/ou 12.º ano de escolaridade).

A partir da referenciada categorização, foi possível apurar, que em ambos os grupos, a categoria relativa ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico foi a mais prevalente (grupo de investigação: $n=30$; 48.38%; grupo de controlo: $n=32$; 50.79%). Em cenário oposto, destacou-se a categoria relativa ao Ensino Secundário, como a menos incidente em ambos os grupos de participantes da amostra (grupo de investigação: $n=7$; 11.29%; grupo de controlo: $n=7$; 11.11%). Importa contudo enfatizar, que a categoria tradutora da menor escolaridade, isto é, escolaridade $\leq 1.$ º Ciclo do Ensino Básico encontrou-se alocada em segundo lugar em termos da sua ocorrência absoluta e relativa no grupo de investigação ($n=25$; 40.32%) e no grupo de controlo ($n=24$; 38.09%) (cf. Tabela 24).

Tabela 24

Distribuição dos grupos de participantes da amostra, segundo a variável ordinal escolaridade

Categorias de Escolaridade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
$\leq 1.$º Ciclo do Ensino Básico	25	40.32	24	38.09
Analfabetismo	5	8.06	1	1.58
Frequência do 1.º Ciclo do Ensino Básico	20	32.25	23	36.50
2.º/3.º Ciclo do Ensino Básico	30	48.38	32	50.79
Frequência do 2.º Ciclo do Ensino Básico	16	25.80	4	6.34
Frequência do 3.º Ciclo do Ensino Básico	14	22.58	28	44.44
Ensino Secundário	7	11.29	7	11.11

*Nota: $\leq 1.$ º Ciclo do Ensino Básico: Escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; *n*: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas*

2.6. Instrumentos

No sentido de recolher dados no âmbito das dimensões de Personalidade e de Saúde Mental, usámos dois questionários de avaliação psicológica, e um terceiro questionário complementar de carácter sócio-demográfico, tendo todos um carácter de auto-resposta.

- **Questionário Sócio-demográfico:** elaborámos um questionário de dimensões reduzidas, com o intuito de obter informações de natureza sócio-demográfica que melhor caracterizassem

cada um dos sujeitos pertencentes a ambos os grupos da amostra (particularmente idade, escolaridade, estatuto sócio-económico auto-estimado, estado civil e n.º de filhos).

- **Mini Mult** (versão reduzida do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*): o Mini Mult foi construído a partir de investigações realizadas por Comrey, tendo o autor agrupado os itens do MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) em diversos conjuntos com um coeficiente de $\phi_i \geq$ a 0.30. Com base nesta investigação, Kincannon (1968) seleccionou um número de itens que representassem de forma proporcional, cada um dos agrupamentos de itens determinados por Comrey. Uma vez definidos os itens que formariam parte da forma reduzida, aplicou-se a uma amostra de 50 sujeitos esta mesma versão conjuntamente com o MMPI, tendo-se obtido correlações que oscilavam entre os 0.80 e os 0.93 (valor médio de 0.87) entre as escalas pontuadas em ambas as provas (Seisdedos, & Roig-Fusté, 1986).

A partir do momento que consagrou a sua validade enquanto instrumento de avaliação da personalidade, o Mini Mult tem sido alvo de uma grande quantidade de investigação, no sentido de reportar a sua utilidade numa variedade de populações clínicas e não clínicas, das quais se fizeram incluir sujeitos do sexo masculino presos, familiares de crianças com distúrbios emocionais, indivíduos com perturbações mentais, etc. (Bassett & Schelman, 1977).

Deste modo pode referir-se, que o Mini Mult tal como foi desenvolvido por Kincannon (1968), consiste num questionário de auto-resposta que permite pontuar em 11 das 13 escalas fundamentais do MMPI, exceptuando-se as escalas de Masculinidade-Feminilidade e de Introversão Social. Neste sentido, o Mini Mult é constituído por 71 itens/afirmações, pelo que os mesmos se subdividem em/por três escalas de validade e por oito escalas clínicas. No que concerne ao seu objectivo, procura explorar e descrever traços de personalidade específicos, ou seja, consiste na exploração de diferentes traços de personalidade normal e/ou patológica. O tempo e a idade de aplicação encontra-se estimado entre os 45 e os 60 minutos, a partir da faixa etária dos 14 anos, e a resposta aos itens deve ser efectuada através da escolha por parte do sujeito de uma de duas categorias principais, designadamente verdadeiro ou falso (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986).

Na Tabela 25 procedeu-se à descrição de cada uma das escalas de validade e clínicas, avaliadas pelo Mini Mult (cf. Tabela 25).

Tabela 25

Caracterização das escalas de validade, das escalas clínicas, e do modo de elaboração do perfil personalístico do Mini Mult

Escalas de Validade:
- Escala Mentira (L) : refere-se a situações socialmente desejáveis, mas raramente verdadeiras.
- Escala Frequência (F) : é composta por itens bastante heterogéneos em relação ao seu conteúdo por remetem para situações insólitas e extravagantes, experiências raras, dificuldades de concentração, temas religiosos, reacções impulsivas ou paranóides, perturbações somáticas ou do sono, tendo estes itens sido portanto seleccionados para detectar formas atípicas de responder aos itens.
- Escala Correção (K) : permite avaliar a atitude do sujeito perante uma situação em que está a ser avaliado, no sentido de identificar pessoas com psicopatologia conhecida.
Escalas Clínicas:
- Escala Hipocondria (Hs) : permite avaliar o grau de preocupação do sujeito face às suas funções corporais. Os itens referem-se a um estado físico geral, digestão, apetite, visão, sono e sensibilidade, permitindo assim diferenciar as pessoas neuróticas hipocondríacas, de outros grupos de sujeitos com

perturbações mentais, e ainda de sujeitos que não padecem de nenhuma perturbação mental.

- Escala Depressão (D): integra itens relativos à sintomatologia depressiva, e é um bom indicador do grau de desconforto e de insatisfação psicológica do sujeito em relação a si próprio e ao meio onde se encontra inserido. Deste modo, nesta escala o conteúdo dos itens faz referência à apatia, à perda de interesse, à negação de experiências agradáveis, e a uma débil capacidade para trabalhar.

- Escala Histeria (Hy): os itens referem-se preferencialmente ao carácter histérico e a sintomas de conversão somática de um sujeito, apelando a queixas associadas com problemas orgânicos (e.g. musculares, gastrointestinais ou cardíacos), sensações de tensão, angústia e medo.

- Escala Desvio Psicopático (Pd): desenvolvida para identificar a personalidade tipicamente psicopática, caracterizada por ausência de respostas emocionais profundas, dificuldade em aprender com a experiência, egocentrismo, desprezo pelas normas sociais e comportamentos anti-sociais.

- Escala Paranóia (Pa): permite detectar características paranóides, ideias de referência, sentimentos de perseguição, auto-conceito grandioso, hipersensibilidade interpessoal e rigidez psicológica.

- Escala Psicastenia (Pt): avalia a ansiedade, baixa auto-estima, dúvidas sistemáticas e excessivas, elevada sensibilidade, dificuldade em tomar decisões, medos injustificados e obsessões e compulsões.

- Escala Esquizofrenia (Sc): os itens dizem respeito a distorções ou a peculiaridades ao nível da percepção, do pensamento e do afecto, a sensações/ideias de perseguição, a sentimentos de inadequação interpessoal, a relacionamentos familiares comprometidos/pobres, a falta de interesse pela vida sexual, a dificuldades de concentração, e por último a um escasso controlo de impulsos;

- Escala Hipomania (Ma): identifica sintomas hipomaniacos subjacentes a uma hiperactividade do pensamento e da acção, instabilidade do humor, euforia, excitação psicomotora, auto-conceito grandioso, egocentricidade, impulsividade e facilidade na passagem ao acto.

Elaboração do Perfil Personalístico:

Após o sujeito ter respondido ao questionário, as respostas cedidas pelo mesmo (segundo a sua respectiva classificação em verdadeiro ou falso) são redigidas para uma folha de correcção, a partir do qual se contabiliza em primeiro lugar, o total bruto obtido em cada escala de validade e em cada escala clínica. Em segundo plano, procede-se à conversão destas mesmas pontuações através de uma escala de referência (designada por *Conversion Table for the prediction of standard scale raw scores from the Mini Mult*), e em terceira instância, efectua-se a passagem das respectivas notas convertidas para uma folha destinada ao traçar do perfil personalístico. Uma vez efectuado este processo, deve realizar-se de seguida a devida correspondência entre a nota convertida da escala K e as fracções de K existentes numa coluna de valores existente neste mesmo documento de perfil, sendo que os valores desta fracção são somados às escalas de Hipocondria, Desvio Psicopático, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania. De seguida deve traçar-se o perfil a partir das notas resultantes dos procedimentos anteriores, obtendo-se deste modo, as respectivas notas T para cada uma das escalas de validade e das escalas clínicas. O ponto de corte do perfil corresponde à nota T50, sendo a normalidade estipulada dois desvio padrão acima ou abaixo deste mesmo valor. A partir dos limites inferiores (nota $T \leq 30$) e superiores da faixa normativa (nota $T \geq 70$) pode considerar-se a existência de psicopatologia em termos de traços de personalidade ou indicadores de psicopatologia clinicamente significativa ao nível das características personalísticas.

Importa contudo salientar, que a validade/invalidade do perfil se calcula através do índice de F-K, ou seja, efectua-se a abstracção das pontuações brutas obtidas nas escalas de validade F e K. O intervalo que permite determinar a validade do perfil, tendo em conta o valor obtido a partir do cálculo do referenciado índice, encontra-se definido entre o intervalo numérico de -11 a 11.

Fonte: Seisdedos & Roig-Fusté, 1986; Lopes, Barreira & Pires, 2001; Felizardo, 2005

- SCL90R (Symptom Check-List Revised ou Questionário de avaliação de 90 sintomas - versão revista): O SCL90R foi desenvolvido por Derogatis (1994) e consiste num inventário multidimensional de auto-resposta e de auto-avaliação de sintomas. É constituído por 90 itens, cujo objectivo central consiste em avaliar um amplo espectro de sintomas psicológicos no sentido de identificar a existência (ou não) de indicadores de psicopatologia e/ou desajustamento emocional. O teste procura assim apresentar medidas dos níveis de sintomas psicopatológicos (ou não) actuais, não se tratando portanto de uma medida de personalidade. O SCL90R permite avaliar dez dimensões ou índices sintomáticos designados por Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo e Escala Adicional. De forma idêntica, o SCL90R é também constituído por três índices globais denominados por Global de Severidade (GSI), Total de Sintomas Positivos (PST), e Severidade dos Sintomas Presentes (PSDI) (*Idem*).

No que respeita às principais instruções dadas, os mesmos são instruídos no sentido de assinalar a sua resposta, partindo da consideração particular e idiossincrática, do modo pelo qual a informação contida em cada item o afectou nos últimos sete dias. Por conseguinte, é também comunicado aos sujeitos que as suas respostas devem obedecer a uma correspondência com uma escala em formato tipo Likert composta por 5 classes de resposta designadamente, nunca (valor 0), pouco (valor 1), moderadamente (valor 2), bastante (valor 3), e muito (valor 4) (Canavarro, 1999 cit. in Simões, Machado, Gonçalves & Almeida, 1999).

A idade de aplicação do questionário assenta nos 13 anos, e o tempo estimado de resposta, varia entre 15 a 30 minutos (Echeburúa, Fernández-Montalvo & Amor, 2003).

Não menos importante a referenciar ainda, são as características psicométricas do SCL90R, dado que este mesmo instrumento demonstrou possuir níveis de consistência interna avaliados pelo coeficiente de Alfa de Cronbach, que variavam entre os 0.84 (obtido no índice Sensibilidade Interpessoal) e os 0.90 (aferido no índice Depressão) (Derogatis, 1994).

Por último, sucedeu-se na Tabela 26, à exposição teórica detalhada de cada um dos índices sintomáticos e dos índices globais avaliados pelo SCL90R (cf. Tabela 26).

Tabela 26

Caracterização dos índices sintomáticos e dos índices globais do SCL90R

Índices Sintomáticos:
- <u>Somatização - (SOM)</u> : esta dimensão compreende doze sintomas (itens 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58) relacionados com vivências de disfunção corporal, pelo que inclui sintomas relacionados com alterações neurovegetativas que ocorrem sobretudo ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal e muscular. Deste modo este índice constitui o “grosso” das manifestações psicossomáticas ou funcionais, embora possa também reflectir uma patologia médica subjacente.
- <u>Obsessões-compulsões - (O.C.)</u> : esta dimensão é composta por dez itens (itens 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65) que descrevem condutas, pensamentos e impulsos que o sujeito considera absurdos e indesejáveis, ou seja, vivências e fenómenos cognitivos característicos das perturbações de personalidade obsessivo-compulsivas.
- <u>Sensibilidade interpessoal (S.I.)</u> : esta dimensão é constituída por nove itens (itens 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73) que equivalem a sentimentos de timidez e de vergonha, tendência para o sujeito se sentir inferior aos outros, hipersensibilidade face a opiniões e a atitudes alheias e inibição ao nível do estabelecimento e manutenção das relações interpessoais.
- <u>Depressão - (D)</u> : esta dimensão é instituída por 13 itens (itens 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79), que reconhecem sinais e sintomas clínicos relacionados com vivências disfóricas, apatia e energia, ideias auto-destrutivas e outras manifestações cognitivas e somáticas dos estados depressivos.
- <u>Ansiedade (ANS)</u> : a dimensão de ansiedade integra dez itens (itens 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86), que reflectem sintomas clássicos da ansiedade clínica, tanto generalizada como aguda (pânico). Inclui ainda sinais gerais de tensão emocional e as suas respectivas manifestações psicossomáticas.
- <u>Hostilidade (HOST)</u> : esta dimensão é constituída por seis itens (itens 11, 24, 63, 67, 74, 81), e os mesmos aludem a pensamentos, sentimentos e a condutas próprias de estados de agressividade, tais como a ira, a irritabilidade, a raiva e o ressentimento.
- <u>Ansiedade Fóbica (A.F.)</u> : os sete itens desta dimensão (itens 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82) pretendem avaliar as distintas variantes da fobia, entendida como um medo persistente, irracional e desproporcionado relativamente a um animal ou a uma pessoa, lugar, objecto ou situação, geralmente agravado pela adopção de condutas de fuga.
- <u>Ideação Paranóide (I.P.)</u> : esta dimensão encontra-se regida por seis itens (itens 8, 18, 43, 68, 76, 83) que reconhecem aspectos distintos da conduta paranóide, incluindo características próprias do pensamento projectivo, como desconfiança, centralismo auto referencial, ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo da perda de autonomia, e necessidade de controlo.
- <u>Psicoticismo (PSIC)</u> : esta escala abrange 10 itens (itens 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90) indicadores de isolamento, de estilo de vida esquizóide, bem como sintomas primários de esquizofrenia, tais como alucinações e controlo de pensamentos. Esta dimensão fornece ainda um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro até à evidência dramática de psicose.
- <u>Escala Adicional (E.A.)</u> : escala constituída por sete itens (itens 19, 60, 44, 59, 64, 66 e 89) que equivalem a indicadores do estado de gravidade mental de um sujeito, mas que não constituem uma dimensão sintomática específica.

Índices Globais:

Cada um destes índices globais é indicativo de diferentes aspectos do sofrimento psicopatológico geral:

- **GSI**: corresponde a uma medida generalizada e indiscriminada da intensidade do sofrimento psíquico e psicossomático global.

Somatório da totalidade da pontuação obtida em cada um dos índices

- Fórmula de cálculo: $GSI = \frac{\text{Somatório da totalidade da pontuação obtida em cada um dos índices}}{\text{Número total de itens do SCL90R}}$

- **PST**: contabiliza o número total de sintomas presentes, ou seja, a amplitude e diversidade da psicopatologia.

- Fórmula de cálculo: $PST = \text{número de itens com valor diferente de zero.}$

- **PSDI**: relaciona o sofrimento do distúrbio global com o número de sintomas, e é por isso um indicador da intensidade sintomática média.

- Fórmula de cálculo: $PSDI = \frac{GSI \times 90}{PST}$

Elaboração do Perfil

Após resposta a todos os itens do SCL90R, iniciam-se os cálculos para cada índice sintomático, numa folha construída para o efeito, e da qual constam de forma discriminada todos os índices sintomáticos integrados numa tabela, onde se anotam os valores pontuados pelo sujeito em cada um dos itens pertencentes aos mesmos (entre 0 e 49). De seguida, procede-se ao seu somatório e subsequente divisão pelo número total de itens da respectiva dimensão/índice, com o objectivo de obter uma pontuação média. Em paralelo com este procedimento, realiza-se o cálculo dos índices globais, através das fórmulas supramencionadas. Findados estes procedimentos, cada uma das nove pontuações médias obtidas nos índices sintomáticos, e cada um dos resultados brutos obtidos no cálculo de cada índice global, deve ser redigido num quadro formulado para a construção do perfil mental, fazendo-se por conseguinte corresponder a cada um dos mesmos a respectiva nota T. A elaboração desta correspondência, permite determinar quais os indicadores de saúde mental que adquirem um carácter psicopatológico e/ou normativo, dado que se estimou em termos de notas T, uma faixa normativa dentro do intervalo de valores que oscila entre nota T34 e 59 (inclusivé), e os valores iguais ou superiores a nota T60 (inclusivé), que denunciam a natureza psicopatológica e clinicamente significativa dos sintomas.

Fonte: Derogatis, 1994

2.7. Procedimentos

A efectivação teórica e prática da nossa investigação assentou em versas etapas procedimentais, que se encontram descritas na Tabela 27 (cf. Tabela 27).

Tabela 27

Procedimentos implicados na realização da presente investigação

Fase Conceptual:

- Realização de pesquisa (consulta de inúmeras bases de dados científicas existentes na *internet*, bem como em livros), e conseqüente revisão bibliográfica em torno da problemática em estudo;
- Reflexão tomada de decisão por parte da equipa de investigação, acerca dos principais objectivos, instrumentos, grupos de participantes da amostra, bem como dos EP'S passíveis da realização do estudo;
- Elaboração do Estado da Arte (enquadramento teórico) relativo à problemática em estudo;

Fase Metodológica - Constituição do Grupo de Investigação:

- Elaboração de um pedido de autorização formal endereçado à Direcção Geral dos Serviços Prisionais (este serviço de administração directa do Estado passou a ser designado posteriormente pela sigla, DGSP) (cf. exemplo Anexo 1), e em simultâneo à Direcção do EP Regional da Guarda e da Covilhã, bem como ao EP de Castelo Branco (cf. exemplo Anexo 2). Decorrido cerca de um mês, procedeu-se à ampliação da investigação mediante a inclusão do EP da Carregueira, tendo sido elaborada e endereçada à DGSP, e à Direcção do mesmo EP (cf. Anexo 3 e 4), uma carta de requisição de concessão de realização do presente estudo; Foi anexado a cada uma das cartas enviadas, um projecto de investigação (de carácter provisório) para maximizar a compreensão do nosso estudo (cf. Anexo 5).
- Recepção das cartas de deferimento face à realização da nossa investigação, enviadas pela DGSP (cf. exemplo Anexo 6), e posteriormente por cada um dos EP's (cf. exemplo Anexo 7);
- Estabelecimento de contacto telefónico com a Direcção de cada um dos EP's, com o intuito de prestar

conhecimento acerca receptividade das suas cartas de deferimento, bem como das respectivas cartas concessão de autorização por parte da DGSP, tendo-se sucedido o agendamento da realização do estudo;

- Deslocação aos EP's nas datas e horários agendados, que em termos cronológicos, decorreu em primeiro lugar no EP Regional da Guarda e da Covilhã, EP de Castelo Branco e da Carregueira, tendo sido recebida por profissionais destacados pela Direcção de cada EP para monitorizar a realização do estudo (EP Guarda, Castelo Branco e Carregueira: Psicólogos; EP da Covilhã: Director Adjunto);
- No decurso do estabelecimento de contacto directo com os referenciados profissionais de cada EP, procedeu-se à explicitação oral da pertinência do estudo e dos seus principais objectivos, sucedida pela apresentação do consentimento informado por nós formulado (exigido pela DSGP) (cf. Anexo 8), do questionário sócio-demográfico (cf. Anexo 9), bem como dos instrumentos de avaliação psicológica (cf. Anexo 10 e 11); De seguida, e após o avalio favorável de tudo o que foi comunicado e apresentado, tomou-se conhecimento do n.º de sujeitos indicados e seleccionados pela Direcção de cada EP, passíveis de inclusão no estudo, bem como das instalações destacadas para a sua execução;
- Em todos os EP's, as instalações às quais a Mestranda Filipa Carrola ficou adstrita, consistia numa sala na qual permaneceria e receberia de forma autónoma cada um dos reclusos. Aquando do estabelecimento de contacto com os mesmos, foi solicitada a elaboração de uma apresentação formal em termos pessoais e académicos, seguida da explicação global do estudo, e pela solicitação do consentimento informado (de forma oral e escrita). Após a comunicação da aceitação de participação no estudo, procedeu-se à aplicação dos três questionários, porém importa salientar que a maioria dos ASC's (à excepção de dois reclusos do EP Regional da Covilhã) requereu a sua resposta aos mesmos através do formato de entrevista;

Fase Metodológica - Constituição do Grupo de Controlo:

- Após a constituição do grupo de investigação, procedeu-se à composição do grupo de controlo, e dado que se pretendia formar o mesmo, a partir de sujeitos da população normativa residentes em Portugal e que possuísem características equivalentes ao grupo de ASC'S, em termos de género, idade e escolaridade, efectivou-se a sua respectiva constituição através de uma amostragem não probabilística por conveniência; Deste modo, e nas ruas da Cidade da Covilhã e do Fundão, os sujeitos da população normativa eram questionados em locais públicos (e.g. ruas ou cafés), acerca da possibilidade de participar no estudo, por intermédio da explicação dos seus objectivos, dos critérios de inclusão/exclusão estipulados, e finalmente do pedido de consentimento informado;
- Devido à acentuada não adesão ao estudo, justificada pela população normativa pela natureza da temática em investigação, perspectivou-se um plano complementar versado para a constituição do grupo de controlo, assente na deslocação ao pólo IV da Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Mais especificamente, desloquei-me às aulas das unidades curriculares denominadas por Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, leccionada pela Prof.^a Paula Carvalho, e Introdução à Neuropsicologia, leccionada pelo Prof. Doutor Luis Maia (ambas destinadas a alunos do 1.º, 2.º e 3.º ano do 1.º Ciclo do Curso de Psicologia); No primeiro contacto estabelecido em ambas as unidades curriculares, foram explicados os objectivos e a pertinência do estudo, os questionários utilizados (cf. Anexo 9, 10 e 11), e os critérios de inclusão e de exclusão da amostra; Em função somente dos critérios de inclusão delimitados para o grupo de controlo, questionaram-se os alunos se conheciam alguma pessoa que os preenchesse, e que considerariam que poderia e aceitaria eventualmente participar na investigação; Aos que se demonstram disponíveis para colaborar, foram entregues os questionários escolhidos para o estudo, e solicitado que comunicassem aos sujeitos, os objectivos do estudo, confirmassem os critérios de inclusão, solicitassem o devido consentimento informado, e lhes dessem as devidas instruções para responder aos três instrumentos (cf. Anexo 12).
- Recepção da totalidade de questionários respondidos pela primeira e segunda via procedimental, e fecho da constituição do grupo de controlo. Dos questionários obtidos através do procedimento alternativo, viu-se que uma larga percentagem da população normativa possuía no mínimo a escolaridade obrigatória, anos de frequência de secundário, anos de frequência de ensino superior ou até mesmo completo uma licenciatura, pelo que posteriormente, se procedeu à selecção dos sujeitos que melhor se equiparavam em termos de idade e escolaridade com os sujeitos do grupo de investigação.

Fase de tratamento estatístico e de inferência interpretativa dos resultados:

- Inserção e tratamento estatístico dos dados relativos ao grupo de investigação e ao grupos de controlo, sob recurso ao SPSS, versão 19.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), bem como, e sempre que se revelou pertinente, ao Microsoft Office Excel versão 2007.
- Redacção do corpo empírico, da discussão dos resultados, e da conclusão do estudo, finalizando-se deste modo a realização da Dissertação de Mestrado

2.8. Análise estatística

O processo de tratamento e análise estatística dos dados teve início com a elaboração da estatística descritiva relativa primeiramente à amostra total, e de seguida à discriminação

entre os dois grupos de participantes. Neste sentido, procedeu-se à caracterização sócio-demográfica da amostra, todavia importa sublinhar que apesar da recolha de informação efectuada através do questionário por nós formulado para o efeito, somente se procedeu à análise da variável idade e escolaridade, (tendo-se excluído portanto a contabilização da informação relativa às variáveis do estatuto socioeconómico (auto-estimado), do estado civil e do n.º de filhos). Tal decisão prendeu-se com uma reflexão e ponderação crítica efectuada por nós em torno dos requisitos impostos pela DGSP face à realização do estudo, e com pedidos e/ou afirmações tecidas pelos sujeitos do grupo de investigação aquando da comunicação do seu consentimento informado para participar no mesmo.

Tendo em conta os contactos telefónicos estabelecidos com profissionais da DGSP, e os posteriores pedidos de autorização deferidos formalmente pela mesma entidade, foi-nos comunicado de forma clara e objectiva que por mais reduzida que fosse a probabilidade de identificação dos sujeitos por intermédio da salvaguarda do princípio ético e deontológico do anonimato e da confidencialidade de todos os dados sócio-demográficos cedidos pelos sujeitos em reclusão, se deveriam tomar medidas ao nível do tratamento e análise estatística que primassem pelo máximo zelo da protecção da identidade dos mesmos. Por outro lado, no que respeita exclusivamente às contingências demandadas pelo grupo de investigação, foi possível constatar aquando da comunicação via oral e escrita do seu consentimento para participar no estudo, que um número significativo de sujeitos solicitou a não divulgação da totalidade dos seus dados sócio-demográficos, devido ao receio da sua identificação, e por conseguinte ao temor de que os seus conhecidos e/ou significativos em particular (familiares, ou não), ou mesmo a sua comunidade ou sociedade em geral, tomassem conhecimento da sua condição actual, e ainda para evitar relativamente à sua pessoa, numa perspectiva futura da sua libertação, qualquer forma de estigma, discriminação, marginalização, e/ou exclusão social.

Tendo em conta os fundamentos supramencionados, a caracterização da totalidade da amostra, bem como de cada um dos grupos de sujeitos da amostra, ao nível da variável idade e escolaridade, contou com o cálculo das devidas medidas de tendência central (média, mediana, moda e percentis), e medidas de dispersão (desvio padrão e valores mínimos e máximos). Posteriormente, e no que concerne especificamente à variável idade, procedeu-se à averiguação dos possíveis *outliers* existentes, segundo o grupo de participantes da amostra (Pestana & Gageiro, 2008). Deste modo, recorreu-se à formulação de um gráfico de extremos e quartis, que se revela útil para comparar duas distribuições de dados (como é o caso no presente estudo), e para determinar após a sua análise, a eliminação ou continuidade de contabilização das observações atípicas no consequente tratamento estatístico. Após a tomada desta decisão, procedeu-se à análise estatística dos dados com e sem *outlier*, para a amostra total, e de forma discriminada para cada um dos grupos de sujeitos da amostra, com o intuito de registar as diferenças e/ou semelhanças nos resultados em termos de medidas de tendência central e de dispersão.

Procedeu-se posteriormente ao respectivo tratamento de dados no que respeita ao Mini Mult e ao SCL90R, tendo em conta a discriminação entre cada um dos grupos de participantes da amostra. De forma faseada realizaram-se os seguintes procedimentos estatísticos:

1) Análise da consistência interna dos instrumentos: Coeficiente do Alpha de Cronbach: este coeficiente é uma das medidas mais usadas para verificar a consistência interna de um grupo de variáveis/itens, pelo que é comumente conceptualizado como a correlação que se espera obter entre a escala utilizada e as outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens que meçam a mesma característica. Os valores de Alpha de Cronbach podem variar entre 0 e 1, pelo que os valores resultantes do cálculo deste coeficiente podem ser conotados com distintos adjectivos de consistência interna, tais como: a) muito boa: valor Alpha superior a 0.90; b) boa: valor de Alpha entre 0.80 e 0.90; c) razoável: valor de Alpha entre 0.7 e 0.8; d) fraca: Alpha entre 0.6 e 0.7; e) inadmissível: valor de Alpha inferior a 0.60 (Pestana & Gageiro, 2008).

2) Análise univariada - Análise Descritiva: o cálculo deste tipo de estatística baseou-se em medidas de tendência central e de dispersão, tendo em conta a contabilização dos resultados obtidos nas escalas clínicas e/ou nos índices sintomáticos e globais de cada um dos questionários utilizados, e que se encontravam classificados em notas T.

3) Análise bivariada - Análise inferencial:

3.1.) Indagação e análise da normalidade da distribuição(ões) e comparação de médias entre amostras independentes - Teste de Kolmogorov-Smirnov e Teste de Mann-Whitney: O Teste de Kolmogorov-Smirnov (com correcção de Lilliefors) foi aplicado com o intuito de analisar os pressupostos da normalidade das distribuições ao nível das variáveis quantitativas (respeitantes às escalas clínicas e/ou índices sintomáticos/globais de cada instrumento de avaliação psicológica utilizado), bem como para determinar à *posteriori* do seu cálculo, quais os testes estatísticos a aplicar na procedente análise estatística. De seguida, recorreu-se à utilização do Teste Mann Whitney, considerado um teste não paramétrico, no sentido de comparar médias de uma variável quantitativa em dois grupos distintos de sujeitos, e dos quais se desconhecem as respectivas variâncias populacionais. A decisão pela sua aplicação em alternativa ao teste *t*-student, prendeu-se com a averiguação da violação do princípio de normalidade da distribuição(ões) ao nível de grande parte das escalas clínicas do Mini Mult e da totalidade dos índices sintomáticos e globais do SCL90R.

3.2.) Medidas de associação - Coeficiente de Correlação de Pearson: O cálculo deste coeficiente objectivou avaliar a intensidade e o sentido/direcção da associação entre duas variáveis quantitativas, sendo que os resultados podem oscilar entre -1 e 1. Segundo D'Hainaut (1992, p. 78), o valor e +1 significa que as duas variáveis possuem uma associação positiva perfeita, o valor -1, traduz a existência de uma associação linear negativa perfeita, e por último, o valor 0, aponta para o facto de não existir relação linear entre as variáveis. Deste modo, e citando Morteira (1993 cit. in Maroco, 2007), importa ter em mente que a presença de uma associação entre duas variáveis quantitativas, indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim que a intensidade de um é acompanhada

tendencialmente (em média e com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por convenção, nas ciências exactas promulgou-se: a) associação linear muito baixa: r menor que 0.20; b) associação linear baixa: r entre 0.20 e 0.39; c) associação linear moderada: r entre 0.40 e 0.69; d) associação linear alta/elevada: r entre 0.70 e 0.89; e) associação linear muito alta/elevada: r entre 0.90 e 1. Deve aludir-se que lógica semelhante pode e deve ser adoptada quando os valores obtidos para este coeficiente forem negativos (Pestana & Gageiro, 2008).

3.3.) Comparação de médias entre amostras independentes - Teste de Mann-Whitney, Teste de Kruskal-Wallis e Teste *Post-Hoc* de Tukey: Em primeiro lugar, o Teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar o centro de localização das duas amostras independentes, como forma de detectar a existência de diferenças entre os dois grupos. Tal procedimento implicou a variável nominal de categorias de idade. Em segundo lugar, recorreu-se ao cálculo do Teste de Kruskal-Wallis, no sentido de testar a igualdade no que refere a um parâmetro de localização (neste caso, a média amostral), ou seja, pretendeu-se testar a hipótese da existência de um parâmetro de localização comum aos grupos de participantes em “jogo”. A tomada de decisão inerente à escolha deste teste assentou no envolvimento da variável ordinal escolaridade que comporta 3 categorias. Decorrente da utilização do Teste de Kruskal-Wallis, revelou-se pertinente introduzir um teste *Post-Hoc*. Por outras palavras, aquando da rejeição de H_0 , conclui-se a existência de pelo menos uma média amostral que se revela significativamente diferente das restantes. Neste caso, surge o interesse em testar *à posteriori* qual ou quais os pares de médias que são diferentes (aspecto que não é possível apurar através do Teste de Kruskal-Wallis), através de um procedimento que permite comparar k médias, duas a duas, e que se designa por comparação múltipla de médias. Para realizar este tipo de comparação, optou-se pelo Teste *Post-Hoc* de Tukey, pois demonstra ser o mais robusto face a desvios de normalidade e de homogeneidade de variâncias (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008).

3.4.) Dependência de variáveis nominais- Teste de Qui-quadrado: este teste não paramétrico foi empregue com o intuito de estudar a relação de independência entre duas variáveis nominais (divididas por categorias). Neste tipo de teste, os valores esperados para todas as células, são comparados com os respectivos valores observados, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Contudo, importa sublinhar que no caso das escalas nominais com duas ou mais categorias, se recorreu ao teste de Qui-Quadrado corrigido, quando não se garantiram os pressupostos do Teste de Qui-quadrado (Maroco, 2007).

Após a efectivação de todos os procedimentos estatísticos referenciados para cada um dos instrumentos de avaliação psicológica, procedeu-se posteriormente à execução de uma abordagem estatística adicional mediante o cruzamento entre o Mini Mult e o SCL90R, através do cálculo do Coeficiente de *Pearson*. Este mesmo coeficiente foi calculado em função do grupo de investigação e do grupo de controlo, versando-se apurar o grau e o sentido de associação entre as escalas clínicas do Mini Mult, e os índices sintomáticos e globais do SCL90R. Para tal, partiu-se dos pressupostos descritos precedentemente no tópico 3.3.

Em jeito de conclusão, urge a necessidade de frisar um último mas não menos importante aspecto. Por outras palavras, pode declarar-se que os principais resultados obtidos mediante aplicação dos testes estatísticos referenciados, foram analisados partindo da rejeição da hipótese nula, ou seja, quando o valor de probabilidade de significância (designado por p_{valor} ou sig.) foi igual ou inferior ao nível de significância (reconhecido pelo símbolo α). A situação inversa, ou seja, a não rejeição da hipótese nula, ocorreu somente na interpretação do Teste de Kolmogorov-Smirnov. Na presente investigação os valores de níveis de significância usados foram o 0,05 (ou 5%) ou 0,01 (ou 1%).

2.9 Resultados

2.9.1. Mini Mult - Perfil Personalístico - Grupo de Investigação vs Grupo de Controlo

A primeira análise estatística dos dados obtidos por cada um dos grupos de participantes da amostra no Mini Mult, foi marcado pelo cálculo do Coeficiente de Alpha de Cronbach. A execução deste primeiro procedimento estatístico objectivou avaliar a uniformidade/fiabilidade entre as respostas dos sujeitos da amostra total ($n=125$) aos 71 itens que compõem este questionário, tendo-se obtido um valor de Alpha de Cronbach de 0.885. De acordo com a conceptualização de Pestana e Gageiro (2008), o valor obtido e referenciado traduz a existência de uma boa consistência interna ao nível do instrumento de avaliação psicológica sob escrutínio. À *posteriori* elaborou-se o mesmo procedimento estatístico, tendo em conta de forma idêntica a totalidade de itens do Mini Mult, porém mediante a discriminação de cada um dos grupo de participantes da amostra. De forma particular, e segundo Pestana e Gageiro (2008), verificou-se no que respeita ao grupo de investigação, a existência de um $\alpha=0.892$ elucidativo de uma consistência interna boa/elevada, e por outro lado, apurou-se no grupo de controlo, a presença de uma consistência interna designada por razoável, pois $\alpha=0.777$ (cf. Tabela 28).

Tabela 28
Coeficiente de Fiabilidade do Mini Mult

Escalas Clínicas	N.º de itens	Alpha de Cronbach		
		Amostra total	Grupo de investigação	Grupo de Controlo
Hs; D; Hy; Pd; Pa; Pt; Sc; Ma	71	0.885	0.892	0.777

Nota: Amostra Total: $n=125$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$

Uma vez avaliada a consistência interna do Mini Mult, procedeu-se à caracterização da validade dos perfis obtidos pelos dois grupos de participantes da amostra, partindo do cálculo do índice F-K (cf. Tabela 25). Deste modo, e como foi possível constatar na Tabela 29, a maioria dos perfis personalísticos esboçados para o grupo de investigação ($n=59$; 95.16%), e para o grupo de controlo ($n=62$; 98.41%), foram considerados válidos. Em cenário oposto, a

proporção de perfis inválidos do grupo de investigação para o grupo de controlo, foi respectivamente de 3 (4.83%) para 1 (1.58%) (cf. Tabela 29)⁴.

Tabela 29

Caracterização da validade de perfis obtidos no Mini Mult, segundo o grupo de participantes da amostra

Validade dos Perfis	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
	n	%	n	%
Perfis Válidos	59	95.16	62	98.41
Perfis Inválidos	3	4.83	1	1.58

Nota: Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas

Seguidamente, procedeu-se ao cálculo da estatística descritiva referente ao Mini Mult, contabilizando para tal medidas de tendência central e de dispersão, com o intuito de melhor caracterizar cada um dos grupos de participantes, em termos do seu padrão de resposta. Todavia, revela-se crucial elucidar o leitor de que os dados foram tratados estatisticamente mediante variáveis quantitativas assentes em notas T, ou seja, efectuou-se a devida conversão da pontuação obtida por cada sujeito em cada uma das escalas de validade e clínicas do Mini Mult, mediante o cumprimento de todos os critérios requeridos e formulados pelo autor do referenciado questionário (cf. Tabela 25 - elaboração do perfil personalístico). Tendo em conta tais esclarecimentos, obtiveram-se os resultados apresentados na Tabela 30, sucedendo-se a sua devida descrição mediante o realce das escalas que obtiveram pontuações mais elevadas (notas T), nas medidas de tendência central e de dispersão.

Assim sendo, e no que respeita às escalas de validade do Mini Mult, declara-se que quer no grupo de investigação, quer no grupo de controlo, foi a escala Frequência que obteve os resultados mais proeminentes. No grupo de investigação, a escala Frequência alcançou uma média de nota T de 75.96 associada a um desvio padrão de 18.96 (\bar{X} =81.00; Mo =96.00), e uma nota T mínima e máxima correspondente a 37.00 e a 96.00. Por sua vez, no grupo de controlo, obteve-se na mesma escala de validade, uma média de nota T de 53.96 inerente a um desvio padrão de 11.88 (\bar{X} =52.00; Mo =45.00), e as notas T 37.00 e 81.00 enquanto valor mínimo e máximo. No que respeita às escalas clínicas, e seguindo a lógica anterior de escrutínio dos resultados, pode afirmar-se que no grupo de investigação se destacou a escala Esquizofrenia, pois obteve os valores mais elevados no que se refere à média de nota T (\bar{X} =73.87; S' =15.81), mediana (\bar{X} =74.00), e moda (Mo =91.00). Relativamente às notas T mínimas, verificou-se uma oscilação entre os valores 23.00, registado na escala Hipomania, e o valor 42.00 obtido nas escalas Desvio Psicopático e Paranóia. Em termos das notas T máximas, afigurou-se uma variação entre o valor 70.00, inerente à escala Hipomania, e o valor 95.00 estabelecido para as escalas Psicastenia e Esquizofrenia. Mutando o prisma de

⁴Atendendo aos resultados obtidos, deve prestar-se conhecimento que a elaboração da consequente análise estatística partiu da contabilização da totalidade de perfis válidos e inválidos, obtidos pelos dois grupos de participantes ($n=125$), dado que a validade/invalidade dos mesmos, que se traduz pela consideração das escalas de validade para o cálculo do índice F-K, apenas reflecte a caracterização da atitude dos sujeitos perante a prova, não condicionando portanto os resultados obtidos nas escalas clínicas. A título de exemplificativo, a obtenção de um perfil inválido devido ao alcance de um resultado de 13 no índice de F-K, não significa que todas as notas T aferidas nas escalas clínicas sejam $T \leq 30$ ou $T \geq 70$ (que representam os dois patamares indicadores de psicopatologia em termos personalísticos).

análise das escalas clínicas para o grupo de controlo, pode declarar-se que foi na escala Histeria que se obtiveram os valores mais elevados de média de nota T (\bar{X} =58.41; S^2 =11.12) e de moda (Mo =63.00), ao passo que a escala Desvio Psicopático alcançou o valor mais elevado de mediana (\tilde{X} =58.00). Por último, e no que concerne aos valores mínimos e máximos em termos de notas T, verificou-se para os primeiros valores, uma oscilação entre a nota T 23.00 (obtido na escala Psicastenia) e a nota T 42.00 (alcançado na escala Hipocondria), e para os segundos, constatou-se uma variação entre a nota T 67.00 (registada na escala Hipomania) e a nota T 92.00 (assinalada na escala clínica Depressão) (cf. Tabela 30).

Tabela 30
Estadística descritiva das escalas de validade e das escalas clínicas do Mini Mult, segundo o grupo de participantes da amostra

Escalas Clínicas e de Validade	Grupo de Investigação									
	n		Média	Desvio Padrão	Moda ⁵	Mínimo	Máximo	Percentis		
	V.	O.						25	50	75
L	62	0	47.08	12.48	37.00	37.00	92.00	37.00	45.00	52.00
F	62	0	75.96	18.19	96.00	37.00	96.00	62.00	81.00	95.25
K	62	0	45.70	8.10	41.00	30.00	67.00	41.00	44.00	51.25
Hs	62	0	64.74	14.04	54.00	33.00	92.00	54.00	66.00	73.50
D	62	0	71.83	15.82	92.00	42.00	92.00	59.00	67.50	88.00
Hy	62	0	61.56	9.34	66.00	39.00	82.00	52.00	62.00	67.00
Pd	62	0	69.54	10.64	64.00	33.00	84.00	64.00	72.00	78.00
Pa	62	0	66,48	8.91	75.00	42.00	83.00	60.00	68.00	75.00
Pt	62	0	60.51	14.42	72.00	31.00	95.00	48.75	62.00	72.50
Sc	62	0	73.87	15.81	91.00	31.00	95.00	62.00	74.00	89.00
Ma	62	0	55.98	9.26	62.00	23.00	70.00	49.00	58.00	62.25
Escalas Clínicas e de Validade	Grupo de Controlo									
	n		Média	Desvio Padrão	Moda ⁶	Mínimo	Máximo	Percentis		
	V.	O.						25	50	75
L	63	0	50.31	8.65	45.00	37.00	75.00	45.00	52.00	56.00
F	63	0	53.96	11.88	45.00	37.00	81.00	45.00	52.00	62.00
K	63	0	49.30	8.82	44.00	35.00	75.00	44.00	48.00	53.00
Hs	63	0	58.41	11.12	63.00	42.00	87.00	49.00	56.00	66.00
D	63	0	53.88	12.07	46.00	32.00	92.00	46.00	54.00	63.00
Hy	63	0	55.34	8.61	51.00	36.00	73.00	51.00	52.00	62.00
Pd	63	0	57.50	8.88	60.00	39.00	83.00	49.00	58.00	64.00
Pa	63	0	54.90	9.37	47.00	40.00	74.00	47.00	53.00	62.00
Pt	63	0	44.15	9.27	40.00	23.00	68.00	39.00	44.00	50.00
Sc	63	0	52.01	10.60	46.00	32.00	74.00	44.00	51.00	60.00
Ma	63	0	45.90	9.83	49.00	30.00	67.00	38.00	46.00	51.00

Nota: n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; V.: Frequências Absolutas Válidas; O.: Frequências Absolutas Omissas; Mín.: Mínimo; Máx.: Máximo; Escalas de Validade - L: Mentira; F: Frequência; K: Correção; Escalas Clínicas - Hs: Hipocondria; D: Depressão; Hy: Histeria; Pd: Desvio Psicopático; Pa: Paranóia; Pt: Psicastenia; Sc: Esquizofrenia; Ma: Hipomania

⁵ Os valores de nota T de Moda respeitantes ao grupo de investigação foram apresentados à semelhança do que ocorre no programa SPSS, isto é, explicitando o resultado com menor valor absoluto. Porém, em duas escalas clínicas, verificou-se a existência de outros valores adicionais de Moda, respectivamente o 80,00 para a escala Desvio Psicopático, e o 77,00 para a escala Psicastenia.

⁶ Devido ao motivo supramencionado (na precedente nota de rodapé), também no grupo de controlo se verificou para duas escalas clínicas, a existência de dois valores complementares de Moda, designadamente o valor 52,00 para a escala Hipocondria, e o valor 46,00 para a escala Psicastenia.

Cessada a análise da Tabela 30, urgiu a necessidade de avaliar o posicionamento gráfico de cada um dos grupos de participantes da amostra, tendo em conta as médias de notas T alcançadas nas escalas de validade e nas escalas clínicas do Mini Mult. Mediante a análise da Figura 2, constatou-se que ao nível das escalas de validade, as médias de notas T para o grupo de investigação oscilaram entre os 45.70 (obtido na escala Correção) e os 75.96 (alcançada na escala Frequência), e por sua vez, no grupo de controlo as médias de notas T variaram entre os 49.30 (aferido na escala Correção) e os 53.96 (obtida na escala Frequência). Assim sendo, o grupo de controlo encontrou-se ao nível das escalas de validade (à excepção da escala Frequência), numa posição gráfica superior ao grupo de investigação.

Em relação às escalas clínicas, no grupo de investigação as médias de notas T flutuaram entre os 61.56 (alcançado na escala Histeria) e os 73.87 (obtido na escala Esquizofrenia), ao passo que no grupo de controlo as médias de notas T oscilaram entre os 44.16 (obtido na escala Desvio Psicopático) e os 58.41 (registado na escala Hipocondria). Neste sentido, o grupo de investigação demonstrou um posicionamento gráfico predominantemente superior ao grupo de controlo, visto que obteve as médias de notas T mais elevadas em todas as escalas clínicas (cf. Figura 2).

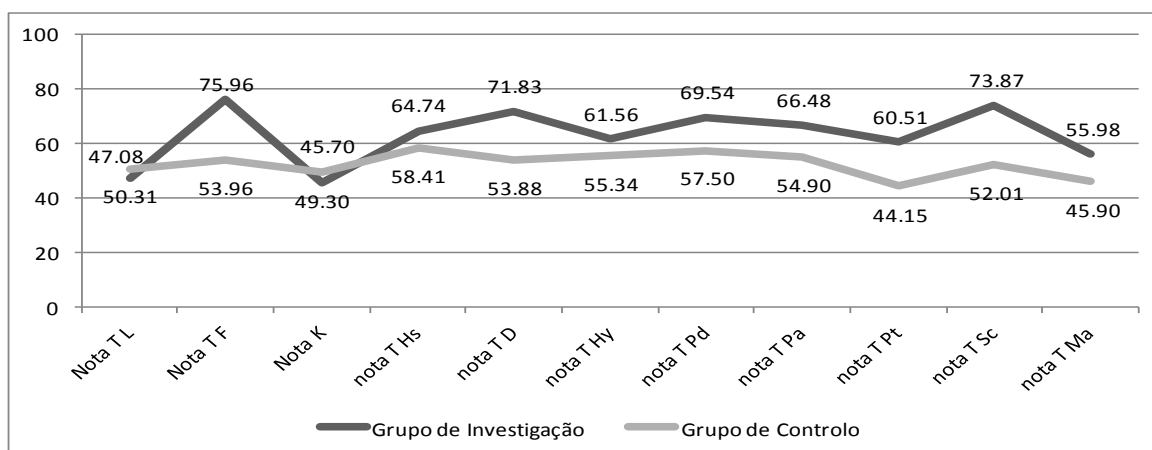


Figura 2: Distribuição dos valores médios obtidos nas escalas de validade e nas escalas clínicas do Mini Mult, segundo o grupo de participantes da amostra ($n_{total}=125$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$)

À *posteriori* perspectivou-se, a indagação e a análise da normatividade e/ou da psicopatologia inerente às escalas de validade do Mini Mult, para ambos os grupos de participantes. Para alcançar este desígnio, construímos três categorias de notas T a partir da consideração do valor de ponto de corte e dos respectivos valores de desvios padrão, estimados pelo autor que elaborou o referenciado questionário (cf. Tabela 25). Segundo esta lógica, formulámos uma categoria designada por faixa normativa (que incluiu as notas T estimadas entre os valores 31 a 50, e de 50 a 69) que representou a normatividade dos traços personalísticos dos sujeitos, bem como duas categorias denominadas por nota T igual ou

inferior a 30, e nota T igual ou superior a 70 (doravante nota $T \leq 30$ e nota $T \geq 70$), que representaram a existência de indicadores de psicopatologia personalística.

Efectivando uma análise estatística através do emprego das três categorias por nós formuladas, obteve-se a Tabela 31. Assim sendo, no que respeita ao grupo de investigação, verificou-se na escala Mentira e na escala Correção, que as mais elevadas frequências absolutas e relativas de sujeitos, enquadraram-se na categoria referente à faixa normativa (Escala Mentira: $n=60$; 96.77%; Escala Correção: $n=61$; 98.38%). Em cenário oposto, constatou-se no mesmo grupo, mas em particular na escala de validade Frequência, que 36 sujeitos (58.06%) integraram a categoria de Nota $T \geq 70$, e os restantes 26 sujeitos (41.93%) representaram a categoria relativa à faixa normativa. Sob o prisma de análise do grupo de controlo, apurou-se que 62 sujeitos na escala de Mentira (98.41%), 56 sujeitos na escala de Frequência (88.88%) e 60 sujeitos na escala de Correção (95.23%), obtiveram notas T que lhes possibilitaram integrar a categoria representativa da normatividade (cf. Tabela 31)⁷.

Tabela 31

Distribuição dos grupos de participantes da amostra pelas escalas de validade do Mini Mult, segundo as categorias de notas T

Escalas de Validade	Grupo de Investigação						Grupo de Controlo			
	Categorias de notas T						Categorias de notas T			
	Nota $T \geq 70$		Faixa Normativa (Nota T31-50-69)		Nota $T \leq 30$		Nota $T \geq 70$		Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
L	2	3.22	60	96.77	0	0.00	1	1.58	62	98.41
F	36	58.06	26	41.3	0	0.00	7	11.11	56	88.88
K	0	0.00	61	98.8	1	1.61	3	4.76	60	95.23

*Nota: Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; *n*: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; Escalas de Validade - L: Mentira; F: Frequência; K: Correção*

Finda a análise estatística referente às escalas de validade, prosseguiu-se a efectivação da análise estatística tomando como referencia as escalas clínicas do Mini Mult, tendo-se pretendido indagar para a totalidade das mesmas, o tipo de distribuição seguida (normal ou não), bem como a possibilidade de igualdade de médias de notas T, entre os dois grupos de participantes.

Objectivando o alcance do primeiro intuito aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, e a partir dos resultados expostos na Tabela 32, foi possível apurar para a amostra total ($n=125$), que para um nível de significância de 5%, somente a escala Desvio Psicopático seguiu uma distribuição normal. Tal constatação foi efectuada, uma vez que nesta escala se obteve $K-S_{(125)}=0,076$, $p_{valor}=0,071$, logo, e como $p_{valor}>0,05$, não se rejeitou a hipótese nula referente à normalidade da distribuição. Por seu turno, e no que respeitou à concretização do segundo desígnio, optou-se pelo emprego do teste não paramétrico de Mann-Whitney. Neste sentido foi possível apurar, atendendo aos valores de probabilidade de significância obtidos, que se

⁷Realizada a caracterização das escalas de validade - presente na Tabela 31 -, deu-se continuidade à respectiva análise estatística e descrição dos resultados, contabilizando somente as escalas clínicas do Mini Mult. Tal decisão deveu-se ao facto de as escalas de validade apenas revelarem informação acerca da atitude dos sujeitos de ambos os grupos de participantes da amostra, aquando da sua resposta ao Mini Mult (corroborando-se os argumentos tecidos na nota de rodapé número 4).

encontraram a variar entre $p_{valor}=0.000$ (obtido e.g. na escala Depressão) e $p_{valor}=0.005$ (alcançado somente na escala Hipocondria), que para um nível de significância de 5%, se verificou para todas as escalas clínicas do Mini Mult um $p_{valor}<0,05$. Deste modo, rejeitou-se a hipótese nula referente à existência de igualdade de médias de notas T entre os dois grupos independentes de participantes em análise (cf. Tabela 32).

Tabela 32

Teste de Kolmogorov-Smirnov e Teste de Mann-Whitney para as escalas clínicas do Mini Mult, segundo o grupo de participantes

Escalas Clínicas	Teste K-S			Teste de Mann-Whitney				P _{valor}
	Amostra Total			Grupo de Investigação		Grupo de Controlo		
	Est.	GL	P _{valor}	Média	DP	Média	DP	
Hs	0,103	125	0,002	64.74	14.04	58.41	11.12	0,005*
D	0,143	125	0,000	71.83	15.82	53.88	12.07	0,000*
Hy	0,135	125	0,000	61.56	9.34	55.34	8.61	0,000*
Pd	0,076	125	0,071*	69.54	10.64	57.50	8.88	0,000*
Pa	0,112	125	0,001	66.48	8.91	54,90	9.37	0,000*
Pt	0,144	125	0,000	60.51	14.42	44.15	9.27	0,000*
Sc	0,097	125	0,006	73.87	15.81	52.01	10.60	0,000*
Ma	0,122	125	0,000	55.98	9.26	45.90	9.83	0,000*

Nota: Teste K-S: Teste Kolmogorov-Smirnov: * $p>0.05$; Amostra Total: $n=125$; Teste de Mann-Whitney: * $p<0.05$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; DP: Desvio Padrão; Estat.: Estatística; GL: Graus de Liberdade; p_{valor} : Valor de Probabilidade de Significância; Hs: Hipocondria; D: Depressão; Hy: Histeria; Pd: Desvio Psicopático; Pa: Paranóia; Pt: Psicastenia; Sc: Esquizofrenia; Ma: Hipomania

Avançando com a elaboração da análise estatística do Mini Mult, efectuou-se o cálculo do Coeficiente de Correlação de *Pearson*, com o fim de avaliar para os dois grupos de participantes da amostra, o nível de associação entre as escalas clínicas deste questionário (tendo em conta a sua classificação em notas T). Neste sentido, e baseando a subsequente descrição dos resultados a partir análise da Tabela 33, pode declarar-se que nos dois grupos de participantes da amostra, e considerando os níveis de significância de 1% e de 5%, se apurou a existência de associações entre as escalas clínicas de Mini Mult, pois $r \neq 0$. Esta constatação estatística conduziu à rejeição da hipótese nula referente à não existência de associação(ões) entre as variáveis quantitativas em causa. Todavia, e em prol destas circunstâncias deve salientar-se que foram apenas explicitadas, para o grupo de investigação e para o grupo de controlo⁸, as associações conotadas por Pestana e Gageiro (2008) como positivas de grau alto/elevado (r entre 0.7 e 0.89) (importa salientar que para um nível de significância de 5%, apurou-se em ambos os grupos de participantes, a existência de associações conotadas na sua totalidade como positivas de grau baixo, pois r entre 0.2 e 0.3).

Tomando como referência o grupo de investigação e um $p_{valor}<0.01$, verificou-se a existência de associações positivas de grau alto/elevado entre a escala clínicas Hipocondria e

⁸Para ambos os grupos de participantes da amostra, foram explicitados os valores de Coeficiente de Correlação de *Pearson* que correspondem ao valor mínimo e máximo (e que portanto elucidam o leitor acerca dos valores entre os quais r oscilou) obtido entre as escalas clínicas do Mini Mult nas quais se verificou a existência de associações (independentemente do seu grau e sentido de associação). Esta mesma linha de raciocínio foi adoptada em todas as tabelas relativas ao cálculo deste coeficiente de correlação, mas que posteriormente preconizaram o estudo do tipo de associação entre os índices sintomáticos e globais do SCL90R, e por último entre as escalas clínicas do Mini Mult e os índices sintomáticos e globais do SCL90R, respectivamente Tabela 43, 50 e 51.

Histeria ($r=0.72$); entre a escala clínica Depressão e as escalas clínicas Esquizofrenia ($r=0.81$), e Psicastenia ($r=0.85$); entre a escala clínica Desvio Psicopático e as escalas clínicas Psicastenia ($r=0.70$), e Esquizofrenia ($r=0.75$), e finalmente entre as escalas clínicas Psicastenia e Esquizofrenia ($r=0.86$).

Efectivando o mesmo raciocínio para o grupo de controlo, e considerando um $p_{valor} < 0.01$, emergiu a existência de associações positivas de grau alto entre as escalas clínicas Histeria e Hipocondria ($r=0.77$), e entre as escalas clínicas Esquizofrenia e Paranóia ($r=0.73$) (cf. Tabela 33).

Tabela 33

Matriz de correlações de Pearson entre as escalas clínicas do Mini Mult, segundo o grupo de participantes da amostra

Escalas Clínicas	Grupo de Controlo							
	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
Hs	1	0.51**	0.77**	0.21	0.14	0.27*	0.26*	0.16
D	0.59**	1	0.64**	0.33**	0.39**	0.63**	0.46**	0.28*
Hy	0.72**	0.64**	1	0.36**	0.32**	0.52**	0.41**	0.21
Pd	0.27*	0.65**	0.49**	1	0.32**	0.36**	0.41**	0.23
Pa	0.11	0.51**	0.21	0.41**	1	0.55**	0.73**	0.41**
Pt	0.49**	0.85**	0.63**	0.70**	0.46**	1	0.66**	0.40**
Sc	0.44**	0.81**	0.52**	0.75**	0.64**	0.86**	1	0.51**
Ma	0.11	0.52**	0.33**	0.56**	0.39**	0.66**	0.68**	1

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; Hs: Hipocondria; D: Depressão; Hy: Histeria; Pd: Desvio Psicopático; Pa: Paranóia; Pt: Psicastenia; Sc: Esquizofrenia; Ma: Hipomania

De forma subsequente, procedeu-se à aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney, tendo-se implicado adicionalmente neste procedimento a variável nominal idade (cf. Tabela 23 - Tópico 2.5.). Assim sendo, perspectivou-se apurar em ambos os grupos de participantes, em que(ais) a(s) escala(s) clínica(s) do Mini Mult e em que(ais) categoria(s) de idade se obtiveram em média os valores de notas T mais elevados, bem como a existência (ou não) de igualdade entre as médias de notas T obtidas nas escalas clínicas e as categorias da variável nominal idade.

Pela análise da Tabela 34, e no que concerne ao grupo de investigação, apurou-se que em 6 das 8 escalas clínicas do Mini Mult, isto é, nas escalas Hipocondria ($n=29$; $\bar{X}=69.66$; $S'=12.74$), Depressão ($n=29$; $\bar{X}=76.21$; $S'=15.12$), Histeria ($n=29$; $\bar{X}=63.66$; $S'=9.90$), Desvio Psicopático ($n=29$; $\bar{X}=70.48$; $S'=11.61$), Psicastenia ($n=29$; $\bar{X}=63.00$; $S'=15.36$) e Esquizofrenia ($n=29$; $\bar{X}=76.00$; $S'=16.38$), em média as notas T mais elevadas foram alcançadas ao nível da categoria de idade >45 anos. Por seu turno, relativamente ao grupo de controlo aferiu-se que em 5 das 8 escalas clínicas do Mini Mult, ou seja, nas escalas Hipocondria ($n=33$; $\bar{X}=58.76$; $S'=10.19$), Histeria ($n=33$; $\bar{X}=56.33$; $S'=8.60$), Desvio Psicopático ($n=33$; $\bar{X}=58.00$; $S'=10.10$), Paranóia ($n=33$; $\bar{X}=55.52$; $S'=10.11$) e Hipomania ($n=33$; $\bar{X}=47.45$; $S'=9.36$), em média as notas T mais elevadas foram assinaladas na categoria de idade ≤ 45 .

Por intermédio da análise dos valores de probabilidade de significância obtidos, pode declarar-se que no grupo de investigação, para um nível de significância de 5%, se verificou

nas escalas clínicas Hipocondria e Depressão, a possibilidade de rejeição da hipótese nula referente à existência de igualdade de médias de notas T em função das categorias de idade. Tal facto justificou-se, pois na escala clínica Hipocondria, $p_{valor}=0.006<0.05$, e na escala clínica Depressão, $p_{valor}=0.038<0.05$. No que concerne ao grupo de controlo, constatou-se para um nível de significância de 5%, que os $p_{valores}$ oscilaram entre 0.174 (obtido na escala Hipomania) e 1.000 (registado na escala Esquizofrenia), pelo que pode declarar-se que para a totalidade das escalas clínicas do Mini Mult, aferiu-se que todos os $p_{valores}>0.05$. Deste modo, não se rejeitou a hipótese nula referente à igualdade entre as médias de notas T em função das duas categorias de idade (cf. Tabela 34).

Tabela 34
Teste de Mann-Whitney para a comparação de médias obtidas nas escalas clínicas, em função grupo de participantes e das categorias de idade

Escalas Clínicas	Grupo de Investigação						P _{valor}
	Idade ≤45			Idade >45			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Hs	33	60.42	13.87	29	69.66	12.74	0.006*
D	33	68.00	15.63	29	76.21	15.12	0.038*
Hy	33	59.73	8.54	29	63.66	9.90	0.100
Pd	33	68.73	9.81	29	70.48	11.61	0.336
Pa	33	66.52	9.65	29	66.45	8.15	0.892
Pt	33	58.33	13.39	29	63.00	15.36	0.196
Sc	33	72.00	15.30	29	76.00	16.38	0.373
Ma	33	56.67	8.14	29	55.21	10.48	0.799
Escalas Clínicas	Grupo de Controlo						P _{valor}
	n	Média	DP	n	Média	DP	
	Hs	33	58.76	10.19	29	58.03	
D	33	53.30	11.77	29	54.53	12.55	0.792
Hy	33	56.33	8.60	29	54.27	8.63	0.268
Pd	33	58.00	10.10	29	56.97	7.46	0.704
Pa	33	55.52	10.11	29	54.23	8.60	0.632
Pt	33	43.33	9.36	29	45.07	9.24	0.567
Sc	33	51.64	10.24	29	52.43	11.13	1.000
Ma	33	47.45	9.36	29	44.20	10.21	0.174

Nota: * $p<0.05$; n: Frequências Absolutas; DP: Desvio Padrão; p_{valor} : Valor de Probabilidade de Significância; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; Hs: Hipocondria; D: Depressão; Hy: Histeria; Pd: Desvio Psicopático; Pa: Paranóia; Pt: Psicastenía; Sc: Esquizofrenia; Ma: Hipomania

Dando continuidade à aplicação de testes não paramétricos, optou-se neste ponto pelo teste Kruskal-Wallis, atendendo à adição da variável ordinal escolaridade (cf. Tabela 24 - Tópico 2.5.). Deste modo, pretendeu-se indagar para cada um dos grupos de participantes, em que(ais) escala(s) clínica(s) do Mini Mult e em que(ais) categoria(s) de escolaridade, se registaram em média os valores mais elevados de notas T, bem como a existência (ou não) de igualdade entre as médias de notas T das escalas clínicas e as categorias da variável ordinal escolaridade.

Mediante a efectivação prática do referenciado teste estatístico, obtiveram-se os resultados que se encontram expostos na Tabela 35. Relativamente ao grupo de investigação, foi possível constatar que ao nível de 3 escalas clínicas, designadamente Hipocondria ($n=25$; $\bar{X}=68.36$; $S'=13.17$), Depressão ($n=25$; $\bar{X}=72.12$; $S'=15.56$) e Histeria ($n=25$; $\bar{X}=62.76$; $S'=10.06$) e Hipomania ($n=30$; $\bar{X}=57.30$; $S'=10.20$), em média as notas T mais elevadas foram alcançadas

para a categoria de escolaridade $\leq 1.^{\circ}$ Ciclo do Ensino Básico. De modo complementar, atestou-se neste mesmo grupo, que em igual número de escalas clínicas, designadamente na Paranóia ($n=30$, $\bar{X}=68.10$; $S'=9.09$), na Esquizofrenia ($n=30$, $\bar{X}=75.03$; $S'=15.72$), e na Hipomania ($n=30$; $\bar{X}=57.30$; $S'=10.20$), em média as notas T mais avultadas foram registadas nos sujeitos com escolaridade equivalente ao 2.^o/3.^o Ciclos do Ensino Básico. Atendendo agora aos resultados obtidos no grupo de controlo, aferiu-se que em 4 das 8 escalas clínicas, nomeadamente na Depressão ($n=24$; $\bar{X}=57.75$; $S'=14.06$), Psicastenia ($n=24$; $\bar{X}=45.42$; $S'=11.42$), Esquizofrenia ($n=24$; $\bar{X}=55.71$; $S'=9.93$), Hipomania ($n=24$; $\bar{X}=49.00$; $S'=8.83$), em média as notas T mais elevadas foram estabelecidas para a categoria de escolaridade $\leq 1.^{\circ}$ Ciclo do Ensino Básico.

No que se refere à análise dos valores de probabilidade de significância, verificou-se no grupo de investigação, e atendendo a um nível de significância de 5%, que os $p_{valores}$ variaram entre 0.087 (aferido na escala Desvio Psicopático) e 0.982 (alcançado na escala Depressão), tendo-se assim apurado que para a globalidade das escalas clínicas os $p_{valores} > 0.05$. Tal evidência estatística conduziu à não rejeição da hipótese nula, relativa à existência de igualdade de médias de notas T, em função das categorias de escolaridade. Quanto ao grupo de controlo, aferiu-se para um nível de significância de 5%, um $p_{valor}=0.032$ na escala clínica Paranóia, um $p_{valor}=0.032$ na escala clínica Esquizofrenia, e $p_{valor}=0.027$ na escala clínica Hipomania, pelo que na sua totalidade se demonstraram $p_{valores} < 0.05$. Isto significa que para além de se ter rejeitado a hipótese nula referente à igualdade de médias de notas T em função das categorias de escolaridade, existiu pelo menos uma categoria de escolaridade na qual os valores médios destas escalas clínicas foram significativamente diferentes (cf. Tabela 35).

Tabela 35

Teste de Kruskal-Wallis para a comparação de médias obtidas nas escalas clínicas, em função grupo de participantes e das categorias de escolaridade

Escalas Clínicas	Grupo de Investigação									
	≤1.º Ciclo E.B.			2.º/3.º Ciclos E.B.			Ensino Secundário			P _{valor}
	n	Média	DP	n	Média	DP	n	Média	DP	
Hs	25	68.36	13.17	30	62.47	13.75	7	61.57	17.39	0.296
D	25	72.12	15.56	30	71.80	16.12	7	71.00	17.81	0.982
Hy	25	62.76	10.06	30	60.70	9.12	7	61.00	8.36	0.732
Pd	25	65.60	12.29	30	72.20	8.79	7	72.29	8.03	0.087
Pa	25	64.84	9.06	30	68.10	9.09	7	65.43	7.27	0.288
Pt	25	60.52	15.49	30	60.23	14.72	7	61.71	10.21	0.942
Sc	25	72.32	16.52	30	75.03	15.72	7	74.43	15.50	0.831
Ma	25	54.60	8.33	30	57.30	10.20	7	55.29	8.57	0.251
Escalas Clínicas	Grupo de Controlo									
	n	Média	DP	n	Média	DP	N	Média	DP	P _{valor}
	Hs	24	58.42	11.35	32	58.75	11.50	7	56.86	9.92
D	24	57.75	14.06	32	52.44	10.70	7	47.29	5.85	0.101
Hy	24	55.79	8.69	32	54.69	8.97	7	56.86	7.35	0.659
Pd	24	57.29	8.73	32	58.50	9.05	7	53.71	8.84	0.960
Pa	24	58,25	9.55	32	51.56	8.06	7	58.71	10.01	0.032*
Pt	24	45.42	11.42	32	43.88	7.69	7	41.14	8.09	0.349
Sc	24	55.71	9.93	32	49.59	10.55	7	50.43	10.90	0.032*
Ma	24	49.00	8.83	32	44.34	10.15	7	42.43	10.13	0.027*

Nota: *p<0.05; Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; n: Frequências Absolutas; DP: Desvio Padrão; 1.º Ciclo E.B.: 1.º Ciclo do Ensino Básico; 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; Hs: Hipocondria; D: Depressão; Hy: Histeria; Pd: Desvio Psicopático; Pa: Paranóia; Pt: Psicastenia; Sc: Esquizofrenia; Ma: Hipomania

No sentido de testar que valores foram efectivamente diferentes segundo a categoria de escolaridade, recorreu-se à representação do gráfico de barras para a apresentação dos intervalos de confiança referentes às categorias de escolaridade em análise, tomando somente como referência o grupo de controlo. Pela análise da Figura 3, foi possível efectuar uma comparação múltipla de médias de notas T e retirar conclusões acerca de quais os pares de categorias de escolaridade nos quais existiram diferenças estatisticamente significativas. Assim sendo, constatou-se que para as escalas clínicas Paranóia, Esquizofrenia e Hipomania os sujeitos com escolaridade ≤1.º Ciclo do Ensino Básico apresentavam valores médios mais elevados, comparativamente com os sujeitos que possuíam escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico. Entre as restantes categorias de escolaridade não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas, uma vez que se constatou uma sobreposição dos intervalos de confiança (cf. Figura 3).

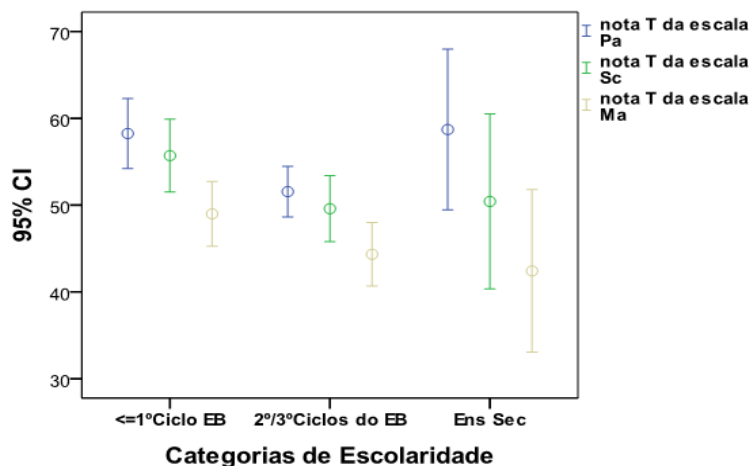


Figura 3: Gráfico de barras relativo ao grupo de controlo, para a apresentação dos intervalos de confiança (95%) dos valores médios obtidos nas escalas Paranóia, Esquizofrenia, e Hipomania, segundo as categorias de escolaridade (Grupo de Controlo: $n=63$)

Com o intuito de aferir se a categorização das notas T formuladas para as escalas clínicas do Mini Mult (que corresponderam à réplica das categorias de notas T formuladas para as escalas de validade) possibilitava o estabelecimento de uma discriminação adequada entre os dois grupos da amostra, efectuou-se a aplicação do Teste de Qui-Quadrado. Por outras palavras, pretendeu-se por um lado, elaborar um elo comparativo entre os grupos de participantes em termos da incidência de casos absolutos e relativos registados em cada uma das escalas clínicas, e por outro, ambicionou-se indagar e analisar a existência (ou não) de independência entre as categorias de notas T e o grupo de pertença dos participantes.

Partindo da apreciação dos resultados patentes na Tabela 36, pode declarar-se que no grupo de investigação, em 6 das 8 escalas clínicas do Mini Mult se verificou uma supremacia de casos registados, em termos absolutos e relativos, na categoria referente à faixa normativa. De modo particular, presta-se conhecimento de que a referenciada soma numérica de escalas clínicas correspondeu à Hipocondria ($n=39$; 62.90%), Depressão ($n=33$; 53.22%), Histeria ($n=46$; 74.19%), Paranóia ($n=32$; 51.61%), Psicastenia ($n=39$; 62.90%) e Hipomania ($n=59$; 95.16%). No que respeita ao grupo de controlo, aferiu-se que para a totalidade das escalas clínicas do Mini Mult, as maiores frequências absolutas e relativas foram estabelecidas para a categoria referente à faixa normativa (Hipocondria: $n=53$; 84.12%; Depressão: $n=59$; 93.65%; Histeria: $n=59$; 93.65%; Desvio Psicopático: $n=56$; 88.88%; Paranóia: $n=57$; 90.47%; Psicastenia: $n=59$; 93.65%; Esquizofrenia: $n=60$; 95.23%; e Hipomania: $n=62$; 98.41%),

Procedendo por último à análise dos valores de probabilidade de significância, pode afirmar-se que para um nível de significância de 5%, verificou-se que nas escalas clínicas Hipocondria ($p_{valor}=0.013$), Depressão ($p_{valor}=0.000$), Histeria ($p_{valor}=0.006$), Desvio Psicopático ($p_{valor}=0.000$), Paranóia ($p_{valor}=0.000$), Psicastenia ($p_{valor}=0.000$), e Esquizofrenia ($p_{valor}=0.000$), todos os $p_{valores}<0.05$. Este facto estatístico implicou a rejeição da hipótese nula que

preconiza a existência de independência entre as categorias de notas T e o grupo de pertença dos sujeitos da/na amostra (cf. Tabela 36 - cf. Anexo 13).

Estabelecendo a devida continuidade de análise estatística sob recurso à aplicação do teste do Qui-Quadrado, atendeu-se neste momento para todas as escalas clínicas do Mini Mult e para os dois grupos de participantes da amostra, ao exame dos valores absolutos e relativos registados, bem como à indagação do grau de independência existente (ou não), entre as categorias de notas T e as categorias de idade.

Partindo da análise da Tabela 37, e no que concerne ao grupo de investigação, pode afirmar-se de modo geral, que em 6 das 8 escalas clínicas do Mini Mult, e independentemente da categoria de idade, o maior número de sujeitos registados em termos absolutos e relativos, representou a categoria da faixa normativa. Neste sentido, na escala Hipocondria ($n=26$; 41.93%), Depressão ($n=21$; 33.87%), Histeria ($n=28$; 45.16%), Paranóia ($n=19$; 30.64%), Psicastenia ($n=24$; 38.70%) e Hipomania ($n=32$; 51.61%), o maior número de sujeitos pertencentes à categoria da faixa normativa, possuía idade ≤ 45 anos. Por outro lado, no que se refere ao grupo de controlo, pode atestar-se que nas oito escalas clínicas do Mini Mult, e independentemente da categoria de idade, as frequências absolutas e relativas mais elevadas, foram alcançadas na categoria associada à faixa normativa. De forma mais explícita, constatou-se que nas escalas Hipocondria ($n=29$; 46.03%), Depressão ($n=31$; 49.20%), Histeria ($n=31$; 49.20%), Desvio Psicopático ($n=29$; 46.03%), Psicastenia ($n=31$; 49,20%), Esquizofrenia ($n=32$; 50,79%) e Hipomania ($n=33$; 52.38%), a maior soma de sujeitos que integrou a categoria da faixa normativa, possuía idade ≤ 45 anos. Em contrapartida, verificou-se na escala Paranóia ($n=29$; 46.03%), que embora o maior número de sujeitos tivesse integrado a categoria da faixa normativa, estes tinham idade >45 anos.

No que concerne à análise dos valores de probabilidade de significância, constatou-se que no grupo de investigação os $p_{valores}$ oscilaram entre 0.012 (obtido na escala clínica Hipocondria) e 0.909 (aferido na escala clínica Hipomania). Deste modo, e considerando um nível de significância de 5%, apurou-se que somente se revelou possível rejeitar a hipótese nula relativa à presença de independência entre as categorias de notas T e as categorias de idade, ao nível da escala clínica Hipocondria, pois obteve-se um $p_{valor} < 0.05$. Por seu turno, aferiu-se no grupo de controlo, que para um nível de significância de 5% os $p_{valores}$ variaram entre 0.243 (obtido na escala clínica Desvio Psicopático) e 1.000 (e.g. na registado na escala clínica Depressão). Com efeito, e dado que para a totalidade das escalas clínicas os $p_{valores} > 0.05$, não se rejeitou a hipótese nula respeitante à existência de independência entre as categorias de notas T e as categorias de idade (cf. Tabela 37 - cf. Anexo 14).

De forma procedente, mudou-se a óptica de análise estatística para a implicação das categorias de escolaridade, tendo-se recorrido mais uma vez à aplicação do teste de Qui-Quadrado, e à formulação dos desígnios que foram referenciados anteriormente em prol da obtenção da Tabela 37.

Com base na Tabela 38, e analisando primeiramente o grupo de investigação, aferiu-se que independentemente da categoria de escolaridade, o maior número absoluto e relativo de casos registados em 6 das 8 escalas clínicas do Mini Mult, enquadraram-se na categoria correspondente à faixa normativa. Deste modo, verificou-se por um lado, que na escala Hipocondria ($n=21$; 33.87%), Depressão ($n=15$; 24.19%; importa sublinhar que o mesmo n de sujeitos integrou a categoria de nota $T \geq 70$), Histeria ($n=24$; 38.70%), Psicastenia ($n=20$; 32.25%) e Hipomania ($n=29$; 46.77%), além da maior prevalência de sujeitos ter integrado a categoria da faixa normativa, possuía escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico. Em contrapartida, na escala clínica Paranóia, o maior e igual número de sujeitos integrou ($n=14$; 22.58%) a categoria relativa à faixa normativa, porém os mesmos possuíam por um lado, escolaridade $\leq 1.º$ Ciclo do Ensino Básico, e por outro, detinham escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico. Priorizando o grupo de controlo, pode declarar-se que independentemente da categoria de escolaridade, verificou-se em todas as escalas clínicas do Mini Mult, que a superioridade absoluta e relativa destes participantes, se enquadraram na categoria referente à faixa normativa. Assim, pode atestar-se que os sujeitos normativos que representaram em maior número a categoria da faixa normativa, possuíam também escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico (Hipocondria: $n=27$; 42.85%; Depressão: $n=32$; 50.79%; Histeria: $n=29$; 46.03%; Desvio Psicopático: $n=27$; 42.85%; Paranóia: $n=32$; 50.79%; Psicastenia: $n=30$; 47.61%; Esquizofrenia: $n=31$; 49.20%; e Hipomania: $n=31$; 49.20%).

Em última instância, procedeu-se à análise dos valores de probabilidade de significância, tendo-se verificado primeiramente ao nível do grupo de investigação, que atendendo a um nível de significância de 5%, os $p_{valores}$ oscilaram entre 0.345 (obtido na escala clínica Hipocondria) e 0.884 (registado na escala clínica Depressão). Uma vez que se apurou que para todas as escalas clínicas, os $p_{valores} > 0.05$, não se rejeitou a hipótese nula referente à existência de independência entre as categorias de notas T e as categorias de escolaridade. Em contrapartida, verificou-se no grupo de controlo, e considerando um nível de significância de 5%, que os $p_{valores}$ variaram entre 0.009 (alcançado na escala clínica Paranóia) e 0.987 (aferido na escala clínica Hipocondria). Por conseguinte, revelou-se somente possível rejeitar a hipótese nula relativa à existência de independência entre as categorias de notas T e as categorias de escolaridade, no que respeita às escalas clínicas de Depressão ($p_{valor}=0.017$) e Paranóia ($p_{valor}=0.009$), pois $p_{valores} < 0.05$ (cf. Tabela 38 - cf. Anexo 15).

2.9.2. SCL90R - Perfil de Saúde Mental: Grupo de Investigação vs Grupo de Controlo

Finda a análise estatística referente ao Mini Mult, sucedeu-se à realização da respectivo análise estatística atendendo neste momento ao SCL90R. Em primeiro lugar objectivou-se calcular a consistência interna deste questionário, por intermédio do cálculo do Coeficiente de Alpha de Cronbach. Tendo-se considerado inicialmente a totalidade numérica de 90 itens

do SCL90R, em função do número total de participantes da amostra, obteve-se um valor de Alpha de Cronbach de 0.987, que remete segundo Pestana & Gageiro (2008), para a indicação de uma consistência interna conotada como muito boa/excelente (cf. Tabela 39).

Tabela 39
Coeficiente de Fiabilidade do SCL90R

N.º de Itens	Alpha de Cronbach
	Amostra Total
90	0.987

Nota: Amostra Total: $n=125$

No sentido de complementar o estudo da fiabilidade do SCL90R, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente do Alpha de Cronbach, para cada uma das suas nove dimensões/índices sintomáticos. Constatou-se a partir da análise dos resultados obtidos e presentes na Tabela 40, que os valores de Alpha de Cronbach oscilaram entre os 0.705 (obtido na Escala Adicional) e os 0.951 (obtido no índice sintomático Sensibilidade Interpessoal), pelo que este intervalo numérico denotou a existência de consistências internas conotadas, de acordo com Pestana e Gageiro (2008), como razoável (Escala Adicional: $\alpha=0.705$), boa (Obsessões Compulsões: $\alpha=0.80$; Ansiedade Fóbica: $\alpha=0.87$; e Ideação Paranóide: $\alpha=0.87$), e muito boa/excelente (Somatização: $\alpha=0.90$; Sensibilidade Interpessoal: $\alpha=0.95$; Depressão: $\alpha=0.93$; Ansiedade: $\alpha=0.91$; Hostilidade: $\alpha=0.93$; e Psicoticismo: $\alpha=0.92$). Por conseguinte, procedeu-se ao cálculo do mesmo coeficiente de fiabilidade, porém mediante a discriminação dos grupos de participantes da amostra. Deste modo, foi possível aferir no grupo de investigação, a existência de consistências internas denominadas, segundo Pestana & Gageiro (2008), por razoável (Escala Adicional: $\alpha=0.744$), boa (índices sintomáticos - Obsessões Compulsões: $\alpha=0.815$; Ansiedade: $\alpha=0.894$; Ansiedade Fóbica: $\alpha=0.895$; Ideação Paranóide: $\alpha=0.847$) e muito boa/excelente (índices sintomáticos - Somatização: $\alpha=0.904$; Sensibilidade Interpessoal: $\alpha=0.942$; Depressão: $\alpha=0.916$; Hostilidade: $\alpha=0.958$; Psicoticismo: $\alpha=0.918$). No que respeita ao grupo de controlo, apurou-se a existência de consistências internas classificadas, segundo os referenciados autores, como razoável (índices sintomáticos - Obsessões-Compulsões: $\alpha=0.746$; Hostilidade: $\alpha=0.732$; Ansiedade Fóbica: $\alpha=0.725$; Ideação Paranóide: $\alpha=0.798$) e boa (índices sintomáticos: Somatização: $\alpha=0.855$; Sensibilidade Interpessoal: $\alpha=0.896$; Depressão: $\alpha=0.884$; Ansiedade: $\alpha=0.877$; Psicoticismo: $\alpha=0.875$). Neste sentido, certifica-se ainda que não se verificou neste grupo de sujeitos, a existência de consistências internas conotadas como muito boas/excelentes, mas antes como inadmissível, designadamente ao nível da Escala Adicional, em que $\alpha=0.570$ (cf. Tabela 40).

Tabela 40

Coefficiente de Fiabilidade para os nove índices sintomáticos do SCL90R, segundo a amostra total e cada um dos grupos de participantes da amostra

Índices Sintomáticos	N.º de itens	Amostra Total	Grupo de investigação	Grupo de Controlo
SOM	12	0.902	0.904	0.855
O.C.	10	0.802	0.815	0.746
S.I.	9	0.951	0.942	0.896
D	13	0.934	0.916	0.884
ANS	10	0.914	0.894	0.877
HOST	6	0.935	0.958	0.732
A.F.	7	0.878	0.895	0.725
I.P.	6	0.871	0.847	0.798
PSIC.	10	0.920	0.918	0.875
E.A. ⁹	7	0.705	0.744	0.570

Nota: Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; Índices Sintomáticos - SOM: Somatização; O.C.: Obsessões-Compulsões; S.I.: Sensibilidade Interpessoal; D: Depressão; ANS: Ansiedade; HOST: Hostilidade; A.F.: Ansiedade Fóbica; I.P.: Ideação Paranóide; PSIC: Psicoticismo; E.A.: Escala Adicional

Finalizado o estudo da fiabilidade do SCL90R, procedeu-se à elaboração da respectiva estatística descritiva, no sentido de melhor caracterizar o padrão de respostas de ambos os grupos de participantes da amostra. Contudo, revela-se fundamental esclarecer o leitor, de que à semelhança do que foi efectuado para o Mini Mult, também no SCL90R se procedeu à realização desta análise estatística através da contabilização das variáveis quantitativas assentes nas notas T obtidas pelos sujeitos em cada índice sintomático e global (tendo-se cumprido todos os requisitos face à conversão das pontuações brutas em notas T, que foram formulados pelo autor do SCL90R; cf. Tabela 26 - Tópico de elaboração do perfil).

Da análise da Tabela 41, importa salientar que serão descritos os resultados mais avultados obtidos em cada grupo de participantes, em termos de medidas de tendência central e de dispersão. Assim sendo, e dissecando primeiramente o grupo de investigação, verificou-se que da totalidade de índices sintomáticos, que a média de nota T mais elevada foi obtida no índice Ideação Paranóide ($\bar{X} = 70.38$; $S' = 10.26$). Por seu turno, obteve-se em todos os índices sintomáticos o valor de nota T 75.00 de mediana, exceptuando-se os índices Somatização, Obsessões-Compulsões e Sensibilidade Interpessoal, na qual se apurou a existência do valor de nota T 67.00. De modo adicional, foi ainda possível constatar que em todos os índices sintomáticos se alcançou o valor de nota T 75.00 para a moda, o valor de nota T 34.00 para nota T mínima, e o valor de nota T 75.00 como nota T máxima. Em contrapartida, ao nível dos índices globais destacou-se o índice Severidade dos Sintomas Presentes com a maior média de nota T alcançada ($\bar{X} = 69.31$; $S' = 8.03$). De modo complementar, apurou-se para todos os índices globais, que a nota T 75.00 foi o valor encontrado para a mediana, moda e nota T máxima, ao passo que o valor de nota T mínima

⁹A Escala Adicional não constou da/na subsequente análise estatística relativa ao SCL90R, dado que Derogatis (1994) considerou que embora os sete itens desta escala constituíssem indicadores do estado de gravidade de saúde mental do sujeito, não representavam no seu todo uma dimensão/índice sintomático específico. Na verdade, e do ponto de vista estritamente psicométrico, o mesmo autor revelou que não introduziu a mesma escala na folha de construção de perfil (para efectuar a correspondência entre a pontuação média obtida com as notas T), porque o peso factorial obtido pelos itens desta escala quando distribuídos por diferentes dimensões/índices, não permitiu inseri-los os em nenhum índice específico, facto este que conduziu o autor a optar pela criação desta Escala Adicional.

oscilou entre os 37.00, alcançado no índice Global de Severidade e Total de Sintomas Positivos, e o valor 49.00, obtido no índice de Severidade dos Sintomas Presentes.

Em relação ao grupo de controlo, apurou-se que o índice sintomático de Ideação Paranóide (à semelhança do grupo de investigação), obteve o valor de média de nota T mais elevado ($\bar{X}=63.81$; $S'=11.47$), bem como o de mediana ($\tilde{X}=67.00$) e de moda ($Mo=75.00$). Importa acrescentar que para todos os índices sintomáticos, se alcançou um valor mínimo de nota T de 34.00, e um valor máximo de nota T de 75.00. No que concerne especificamente aos índices globais, constatou-se que o índice relativo ao Total de Sintomas Positivos fez o valor superior de nota T média ($\bar{X}=63.34$; $S'=12.05$), e de mediana ($\tilde{X}=67.00$). Contudo, foi possível ainda apurar que no índice Global de Severidade e Total de Sintomas Positivos se obteve o valor de nota T 75.00 para a moda, e o valor de nota T 37.00 para o valor mínimo de nota T, e em contrapartida, registou-se o valor 75.00, como a nota T máxima estabelecida para todos os índices globais (cf. Tabela 41).

Tabela 41

Estadística descritiva dos índices sintomáticos e dos índices globais do SCL90R, segundo o grupo de participantes de amostra

Índices Sintom. e Globais	Grupo de Investigação									
	n		Média	Moda	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Percentis		
	V.	O.						25	50	75
SOM	62	0	66.43	75.00	10.30	34.00	75.00	63.00	67.00	75.00
O.C.	62	0	64.90	75.00	12.92	34.00	75.00	58.75	67.00	75.00
S.I.	62	0	66.21	75.00	13.24	34.00	75.00	58.00	75.00	75.00
D	62	0	68.04	75.00	10.60	34.00	75.00	66.00	75.00	75.00
ANS	62	0	67.00	75.00	12.75	34.00	75.00	60.00	75.00	75.00
HOST	62	0	62.95	75.00	15.75	34.00	75.00	51.00	75.00	75.00
A.F.	62	0	59.61	75.00	18.73	34.00	75.00	34.00	75.00	75.00
I.P.	62	0	70.38	75.00	10.26	34.00	75.00	75.00	75.00	75.00
PSIC	62	0	66.30	75.00	14.11	34.00	75.00	61.75	75.00	75.00
GSI	62	0	68.71	75.00	10.32	37.00	75.00	66.00	75.00	75.00
Total S.P.	62	0	65.61	75.00	12.67	37.00	75.00	57.75	75.00	75.00
PSDI	62	0	69.30	75.00	8.03	49.00	75.00	67.00	75.00	75.00
Índices Sintom. e Globais	Grupo de Controlo									
	n		Média	Moda ¹⁰	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Percentis		
	V.	O.						25	50	75
SOM	63	0	60.73	67.00	8.89	34.00	75.00	54.00	63.00	67.00
O.C.	63	0	59.61	67.00	10.78	34.00	75.00	51.00	60.00	67.00
S.I.	63	0	58.47	67.00	12.76	34.00	75.00	49.00	63.00	67.00
D	63	0	54.54	42.00	12.00	34.00	75.00	42.00	55.00	63.00
ANS	63	0	56.87	67.00	10.99	34.00	75.00	49.00	57.00	67.00
HOST	63	0	58.58	58.00	9.59	34.00	75.00	51.00	58.00	67.00
A.F.	63	0	53.14	34.00	15.47	34.00	75.00	34.00	58.00	67.00
I.P.	63	0	63.81	75.00	11.47	34.00	75.00	58.00	67.00	75.00
PSIC	63	0	54.81	34.00	14.83	34.00	75.00	34.00	57.00	67.00
GSI	63	0	60.41	75.00	11.80	37.00	75.00	51.00	60.00	70.00
Total S.P.	63	0	63.34	75.00	12.05	37.00	75.00	55.00	67.00	75.00
PSDI	63	0	48.03	43.00	9.33	34.00	75.00	43.00	46.00	54.00

Nota: Grupo de Investigação; n=62; Grupo de Controlo: n= 63; n: Frequências Absolutas; V.: Frequências Absolutas válidas; O.: Frequências Absolutas Omissas; Índices Sintom.: Índices Sintomáticos - SOM: Somatização; O.C.: Obsessões-Compulsões; S.I.: Sensibilidade Interpessoal; D: Depressão; ANS:

¹⁰ Em concordância com o justificado para o Mini Mult, também no SCL90R se procedeu à explicitação, em conformidade com o apresentado no SPSS, do resultado com menor valor absoluto de nota T de Moda. Todavia, no grupo de controlo, e mais especificamente no índice Hostilidade, além do valor de nota T de Moda 58.00 verificou-se com igual frequência absoluta o valor de nota T 67.00.

Ansiedade; HOST: Hostilidade; A.F.: Ansiedade Fóbica; I.P.: Ideação Paranóide; PSIC: Psicoticismo; Índices Globais - GSI: índice Global de Severidade; Total S.P.: Total de Sintomas Positivos PSDI: índice de Severidade dos Sintomas Presentes

Em linha de continuidade com a Tabela 37, emergiu a relevância de maximizar face ao leitor o vislumbre do posicionamento gráfico de ambos os grupos de participantes, partindo da análise das médias de notas T obtidas nos índices sintomáticos e globais do SCL90R. Deste modo, e avaliando a Figura 4, pode declarar-se, que as médias de notas T registadas no grupo de investigação ao nível dos índices sintomáticos, oscilaram entre os 59.61 (obtido na Ansiedade Fóbica) e os 70.38 (alcançado na Ideação Paranóide). No que respeita aos índices globais, as médias de notas T flutuaram entre os 65.61 (registado no Total de Sintomas Positivos) e os 69.30 (aferido na Severidade dos Sintomas Presentes). Por seu turno, no grupo de controlo, as médias de notas T obtidas nos índices sintomáticos variaram entre os 53.14 (obtido na Ansiedade Fóbica) e os 63.81 (alcançado na Ideação Paranóide), ao passo que nos índices globais as médias de notas T balancearam entre os 48.03 (obtido na Severidade dos Sintomas Presentes) e os 63.34 (registado no Total de Sintomas Positivos).

Em sùmula, verificou-se que o grupo de investigação obteve os valores médios de notas T mais elevados, comparativamente com o grupo de controlo, pelo que tal facto se reflectiu no seu predominante posicionamento gráfico superior. Todavia, os valores médios de notas T obtidos por ambos os grupos de participantes da amostra, ao nível de determinados índices sintomáticos e globais, reflectiram-se em valores com uma diferença não muito díspar (e.g. entre os índices globais, Total de Sintomas Positivos) (cf. Figura 4).

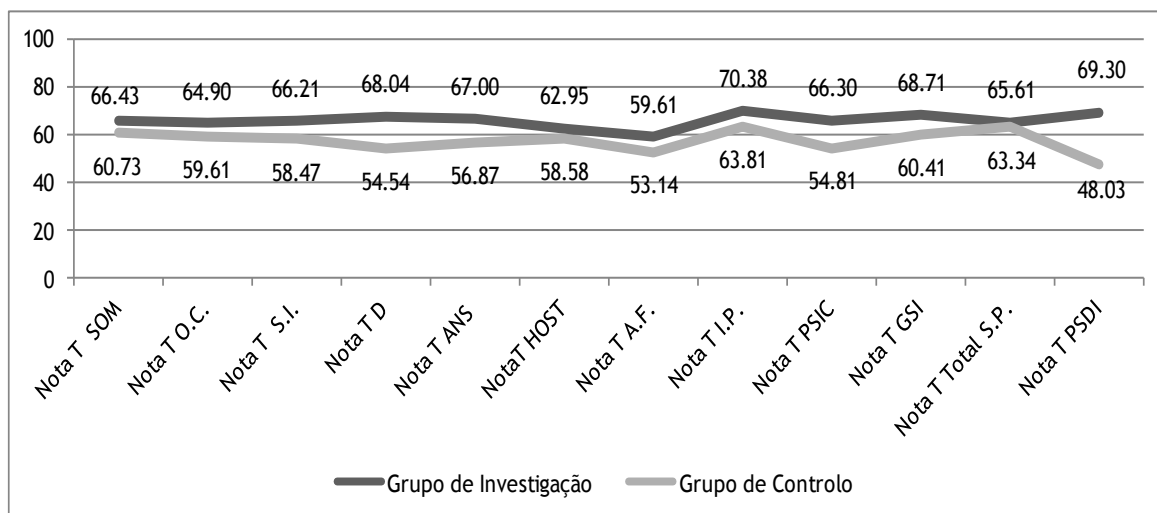


Figura 4: Distribuição dos valores médios obtidos nos índices sintomáticos e nos índices globais do SCL90R, segundo o grupo de participantes da amostra ($n_{Total}=125$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$)

Subsequentemente, e tendo em conta a totalidade dos índices sintomáticos e globais do SCL90R, procedeu-se à averiguação do seu tipo de distribuição (normal ou não), bem como à indagação da existência de igualdade (ou não) das médias de notas T, entre os dois grupos de participantes. Na prática obtiveram-se os resultados que se encontram na Tabela 42.

Primeiramente, e tomando como referência os resultados obtidos a partir da aplicação do Teste Kolmogorov-Smirnov, apurou-se para a amostra total ($n=125$), que nenhum dos índices sintomáticos e globais do SCL90R, seguiu uma distribuição normal. Tal constatação justificou-se pois para a totalidade de índices sintomáticos e globais deste questionário, verificou-se que $K-S_{(125)}$ oscilou entre 0,162 (índice sintomático Somatização) e 0,321 (índice sintomático Ideação Paranóide), tendo-se aferido portanto para os 12 índices, que todos os $p_{valores}=0,000$. Considerando estes factos, e atendendo a um nível de significância de 5%, rejeitou-se a hipótese nula relativa à normalidade da distribuição.

Em segundo lugar, e devido à constatação de violação do pressuposto da normalidade ao nível de todos os índices e globais do SCL90R, optou-se pela utilização da alternativa não paramétrica ao/do teste t -student, designadamente o teste de Mann-Whitney. Uma vez aplicado este teste estatístico, aferiu-se para os dois grupos de participantes, que apesar de todos os $p_{valores}$ terem variado entre $p_{valor}=0,000$ (e.g. índice sintomático Depressão) e $p_{valor}=0,019$ (índice global denominado por Total de Sintomas Positivos), a totalidade dos índices sintomáticos e globais do SCL90R acabou por se traduzir em $p_{valores}<0,05$. Assim sendo, e considerando um nível de significância de 5%, procedeu-se à rejeição da hipótese nula relativa à igualdade das médias de notas T (cf. Tabela 42).

Tabela 42

Teste de Kolmogorov-Smirnov e Teste de Mann-Whitney para os índices sintomáticos e globais do SCL90R, segundo o grupo de participantes da amostra

Índices Sintom. e Globais	Teste K-S			Teste de Mann-Whitney				p_{valor}
	Amostra Total			Grupo de Investigação		Grupo de Controlo		
	Est.	GL	P_{valor}	Média	DP	Média	DP	
SOM	0.162	125	0.000*	66.43	10.30	60.73	8.89	0.000*
O.C.	0.197	125	0.000*	64.90	12.92	59.61	10.78	0.001*
S.I.	0.220	125	0.000*	66.21	13.24	58.47	12.76	0.000*
D	0.196	125	0.000*	68.04	10.60	54.54	12,00	0.000*
ANS	0.221	125	0.000*	67.00	12.75	56.87	10.99	0.000*
HOST	0.195	125	0.000*	62.95	15.17	58.58	9.59	0.007*
A.F.	0.228	125	0.000*	59.61	18.73	53.14	15.47	0.006*
I.P.	0.321	125	0.000*	70.38	10.26	63.81	11.14	0.000*
PSIC	0.185	125	0.000*	66.30	14.11	54.81	14.83	0.000*
GSI	0.228	125	0.000*	68.71	10.32	60.41	11.80	0.000*
Total S.P.	0.299	125	0.000*	65.61	12.67	63.34	12.05	0.019*
PSDI	0.180	125	0.000*	69.30	8.03	48.03	9.33	0.000*

Nota: Teste K-S: Teste Kolmogorov-Smirnov: $*p>0,05$; Amostra Total: $n=125$; Teste de Mann-Whitney: $*p<0,05$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; Estat.: Estatística; GL: Graus de Liberdade; p_{valor} : Valor de Probabilidade de Significância; Índices Sintomáticos - SOM: Somatização; O.C.: Obsessões-Compulsões; S.I.: Sensibilidade Interpessoal; D: Depressão; ANS: Ansiedade; HOST: Hostilidade; A.F.: Ansiedade Fóbica; I.P.: Ideação Paranóide; PSIC: Psicoticismo; índices Globais - GSI: Global de Severidade; Total S.P.: Total de Sintomas Positivos; PSDI: Severidade dos Sintomas Presentes

De seguida, e com o intuito de avaliar em ambos os grupos de participantes, o nível de associação (em termos de grau e sentido de associação) existente entre os índices sintomáticos e globais do SCL90R (admitindo a sua classificação em notas T), efectuou-se o cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson. Deste modo, obtiveram-se os resultados expostos na Tabela 43, a partir do qual se constatou em ambos os grupos de sujeitos, a presença de associações entre os dois tipo de índices do SCL90R, para os níveis de significância de 1% e 5%, pois $r \neq 0$. Deste modo, rejeitou-se a hipótese nula relativa à

inexistência de associação(ões) entre as referenciadas variáveis quantitativas. Tendo em conta este facto, procedeu-se à descrição das associações conotadas por Pestana e Gageiro (2008) como altas/elevadas (r entre 0.70 e 0.89) e muito altas/muito elevadas (r entre 0.90 e 1.00), em função de cada um dos grupos de participantes da amostra (de salientar, que para um nível de significância de 5%, as associações positivas obtidas no grupo de investigação e no grupo de controlo, foram na sua totalidade de grau baixo, isto é, r entre 0.2 e 0.39). No que diz respeito ao grupo de investigação, e tendo em conta um $p_{valor} < 0.01$, verificou-se ao nível dos índices sintomáticos e globais do SCL90R, a presença de associações positivas de grau alto/elevado, entre o índice sintomático Somatização e os índices sintomáticos/globais Ansiedade ($r=0.71$), Ansiedade Fóbica ($r=0.71$), Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Global de Severidade, e Total de Sintomas Positivos ($r=0.82$); entre o índice sintomático Obsessões-Compulsões e os índices sintomáticos/globais Ansiedade ($r=0.71$), Psicoticismo ($r=0.71$) Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade Fóbica, Global de Severidade, e Total de Sintomas Positivos ($r=0.83$); entre o índice sintomático Sensibilidade Interpessoal e os índices sintomáticos/globais Ansiedade Fóbica ($r=0.72$), Depressão, Ansiedade, Psicoticismo, e Total de Sintomas Positivos ($r=0.89$); entre o índice sintomático Depressão e os índices sintomáticos/globais Ansiedade ($r=0.72$), Total de Sintomas Positivos, e Global de Severidade ($r=0.87$); entre o índice sintomático Ansiedade e os índices sintomáticos/globais Ansiedade Fóbica ($r=0.71$), Hostilidade, Psicoticismo, Global de Severidade ($r=0.89$), e Total de Sintomas Positivos ($r=0.89$); entre o índice sintomático Hostilidade e os índices sintomáticos/globais Psicoticismo ($r=0.71$), e Total de Sintomas Positivos ($r=0.78$); entre o índice sintomático Ansiedade Fóbica e os índices globais designados por Global de Severidade ($r=0.72$), e Total de Sintomas Positivos ($r=0.83$); entre o índice sintomático Ideação Paranóide e o índice global designado por Global de Severidade ($r=0.74$); e por último, entre o índice sintomático Psicoticismo e os índices globais respeitantes ao Global de Severidade ($r=0.83$), e Total de Sintomas Positivos ($r=0.85$). Relativamente a este mesmo grupo, e considerando $p_{valor} < 0.01$ obtiveram-se associações positivas de grau muito alto/elevado, entre o índice sintomático Sensibilidade Interpessoal e o índice global relativo ao Global de Severidade ($r=0.91$), bem como entres os índices globais denominados Global de Severidade e Total de Sintomas Positivos ($r=0.92$).

Analisando o grupo de controlo e atendendo aos resultados obtidos para um $p_{valor} < 0.01$, apurou-se a existência de associações positivas de grau alto entre o índice sintomático Sensibilidade Interpessoal e Obsessões-Compulsões ($r=0.74$); entre o índice sintomático Depressão e os índices sintomáticos Sensibilidade Interpessoal ($r=0.73$), e Depressão ($r=0.77$); entre o índice sintomático Ansiedade e os índices sintomáticos Obsessões-Compulsões ($r=0.75$), e Depressão ($r=0.81$); entre o índice sintomático Psicoticismo e os índices sintomáticos Obsessões-Compulsões ($r=0.70$), Ideação Paranóide, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade ($r=0.80$); entre o índice global designado por Global de Severidade e os índices sintomáticos Hostilidade ($r=0.81$), Sensibilidade Interpessoal ($r=0.81$), Obsessões Compulsões, Depressão, Ideação Paranóide, Ansiedade ($r=0.88$), e Psicoticismo ($r=0.88$);

entre o índice global respeitante ao Total de Sintomas Positivos e os índices sintomáticos Ansiedade ($r=0.81$), Ideação Paranóide ($r=0.81$), Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, e Psicoticismo ($r=0.87$). Pode referir-se ainda, face a este mesmo grupo de controlo, e aos resultados alcançados para $p_{valor}<0.01$, que se apurou a presença de associações positivas de grau muito alto/elevado entre os índices globais concernentes ao Total de Sintomas Positivos e ao Global de Severidade ($r=0.95$), que denota, segundo Pestana e Gageiro (2008), a presença de uma associação positiva quase perfeita (cf. Tabela 43).

Tabela 43
Matriz de correlações de Pearson entre os índices sintomáticos e os índices globais do SCL90R, segundo o grupo de participantes da amostra

Índices Sint. e Globais	Grupo de Controlo												
	SOM	O.C.	S.I.	D	ANS	HOST	A.F.	I.P.	PSIC	GSI	Tot. S.P.	PSDI	
SOM	1	0.60**	0.48**	0.54**	0.63**	0.56**	0.49**	0.50**	0.54**	0.68**	0.62**	0.42**	
O.C.	0.73**	1	0.74**	0.77**	0.75**	0.63**	0.59**	0.68**	0.70**	0.84**	0.82**	0.43**	
S.I.	0.74**	0.80**	1	0.73**	0.69**	0.58**	0.69**	0.70**	0.75**	0.81**	0.84**	0.28*	
D	0.79**	0.75**	0.79**	1	0.81**	0.66**	0.63**	0.66**	0.75**	0.86**	0.82**	0.48**	
ANS	0.71**	0.71**	0.82**	0.72**	1	0.69**	0.61**	0.64**	0.80**	0.88**	0.81**	0.48**	
HOST	0.63**	0.63**	0.67**	0.50**	0.75**	1	0.55**	0.64**	0.67**	0.81**	0.73**	0.49**	
A.F.	0.71**	0.74**	0.72**	0.65**	0.71**	0.64**	1	0.54**	0.67**	0.72**	0.75**	0.13	
I.P.	0.55**	0.53**	0.67**	0.63**	0.66**	0.44**	0.57**	1	0.72**	0.83**	0.81**	0.45**	
PSIC	0.65**	0.71**	0.80**	0.65**	0.77**	0.71**	0.66**	0.56**	1	0.88**	0.87**	0.35**	
GSI	0.78**	0.82**	0.91**	0.87**	0.89**	0.69**	0.72**	0.74**	0.83**	1	0.95**	0.48**	
Tot. S.P.	0.82**	0.83**	0.89**	0.81**	0.89**	0.78**	0.83**	0.69**	0.85**	0.92**	1	0.30*	
PSDI	0.28*	0.31*	0.30*	0.43**	0.16	0.07	0.12	0.34**	0.16	0.32**	0.13	1	

Nota: * $p<0.05$; ** $p<0.01$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; Índices Sint.: Índices Sintomáticos - SOM: Somatização; O.C.: Obsessões-Compulsões; S.I.: Sensibilidade Interpessoal; D: Depressão; ANS: Ansiedade; HOST: Hostilidade; A.F.: Ansiedade Fóbica; I.P.: Ideação Paranóide; PSIC: Psicoticismo; Índices Globais - GSI: Global de Severidade; Tot. S. P.: Total de Sintomas Positivos; PSDI: índice de Severidade dos Sintomas Presentes

Posteriormente recorreu-se à realização do teste estatístico não paramétrico Mann-Whitney, devido à implicação estatística da variável nominal idade (cf. Tabela 23 - Tópico 2.5.). Pode declarar-se que o mesmo teste foi empregue com o objectivo de apurar para cada um dos grupos de participantes, em que(ais) índices sintomáticos/globais do SCL90R e em função de que(ais) categoria(s) de idade, se registaram em média os valores mais elevados de notas T, bem como a existência (ou não) de igualdade entre as médias de notas T alcançadas nos índices sintomáticos/globais e as categorias da variável nominal idade.

Na Tabela 44 encontram-se explicitados os resultados obtidos através da aplicação do teste estatístico referenciado, pelo que se verificou no grupo de investigação, que em 8 dos

12 índices do SCL90R, isto é, nos índices sintomáticos Somatização ($n=29$; $\bar{X} = 68.24$; $S'=10.59$), Obsessões-Compulsões ($n=29$; $\bar{X} = 67.45$; $S'=12.35$), Depressão ($n=29$; $\bar{X} = 68.52$; $S'=11.45$), Ansiedade ($n=29$; $\bar{X} = 67.14$; $S'=13.70$), Ansiedade Fóbica ($n=29$; $\bar{X} = 61.90$; $S'=17.71$), Ideação Paranóide ($n=29$; $\bar{X} = 70.86$; $S'=10.06$), bem como nos índices globais designados por Total de Sintomas Positivos ($n=29$; $\bar{X} = 66,59$; $S'=13.22$) e Severidade dos Sintomas Presentes ($n=29$; $\bar{X} =69.62$; $S'=8.45$), em média as notas T mais avultadas foram registadas na categoria de idade >45 anos. Por conseguinte, apurou-se no grupo de controlo, que em todos os índices sintomáticos e globais do SCL90R, em média os valores de nota T foram superiores na categoria de idade >45 anos, tendo-se verificado que as respectivas médias oscilaram entre os valores 49.53 ($S'=8.88$ - índice Severidade dos Sintomas Presentes) e os 64.50 ($S'=11.52$ - índice global denominado por Total de Sintomas Positivos).

No que respeita aos valores de probabilidade de significância alcançados em ambos os grupos de participantes, pode declarar-se que para um nível de significância de 5% se registou nos 12 índices do SCL90R, a existência de igualdade entre as médias de notas T em função das categorias de idade, pois não se rejeitou a hipótese nula referente à presença desta evidência estatística. Especificamente, apurou-se no grupo de investigação, que os $p_{valores}$ variaram entre 0.064 (obtido no índice sintomático Obsessões-Compulsões) e 0.938 (patente no índice sintomático Hostilidade), e por sua vez, no grupo de controlo, os $p_{valores}$ oscilaram entre o 0.193 (registado no índice global designado por Severidade dos Sintomas Presentes) e 0.933 (estabelecido no índice sintomático Ideação Paranóide), constatando-se em ambos os grupos e nos 12 índices sintomáticos e globais do SCL90R, que todos os $p_{valores}>0.05$ (cf. Tabela 44).

Tabela 44

Teste de Mann-Whitney para a comparação de médias obtidas nos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função do grupo de participantes da amostra e das categorias de idade

Índices Sintom. e Globais	Grupo de Investigação						
	Idade ≤45			Idade >45			Pvalor
	n	Média	DP	n	Média	DP	
SOM	33	64.85	9.92	29	68.24	10.59	0.096
O.C.	33	62.67	13.18	29	67.45	12.35	0.064
S.I.	33	67.24	12.37	29	65.03	14.39	0.645
D	33	67.64	9.95	29	68.52	11.45	0.303
ANS	33	66.88	12.08	29	67.14	13.70	0.901
HOST	33	63.36	14.72	29	62.48	15.93	0.938
A.F.	33	57.61	19.64	29	61.90	17.71	0.407
I.P	33	69.97	10.58	29	70.86	10.06	0.705
PSIC	33	67.52	12.56	29	64.93	15.80	0.797
GSI	33	68.97	9.74	29	68.41	11.10	0.890
Total S.P.	33	64.76	12.21	29	66.59	13.22	0.454
PSDI	33	69.03	7.76	29	69.62	8.45	0.714
Índices Sintom. e Globais	Grupo de Controlo						
	n	Média	DP	n	Média	DP	Pvalor
	SOM	33	60.24	9.06	29	61.27	
O.C.	33	58.64	10.43	29	60.70	11.23	0.369
S.I.	33	57.64	12.94	29	59.40	12.71	0.545
D	33	52.63	11.72	29	56.53	12.19	0.254
ANS	33	56.39	10.55	29	57.40	11.60	0.580
HOST	33	57.85	9.73	29	59.40	9.54	0.478
A.F.	33	51.36	15.00	29	55.10	16.00	0.308
I.P.	33	63.64	11.48	29	64.00	10.95	0.933
PSIC	33	53.76	15.40	29	55.97	14.33	0.606
GSI	33	58.94	12.23	29	62.03	11.30	0.342
Total S.P.	33	62.30	12.52	29	64.50	11.62	0.473
PSDI	33	46.67	9.65	29	49.53	8.88	0.193

Nota: Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; Índices Sintom. e Globais: Índices Sintomáticos e Globais; n: Frequências Absolutas; Índices Sintomáticos - SOM: Somatização; O.C.: Obsessões-Compulsões; S.I.: Sensibilidade Interpessoal; D: Depressão; ANS: Ansiedade; HOST: Hostilidade; A.F.: Ansiedade Fóbica; I.P.: Ideação Paranóide; PSIC: Psicoticismo; Índices Globais - GSI: índice Global de Severidade; Total S.P.: Total de Sintomas Positivos; PSDI: índice de Severidade dos Sintomas Presentes

Posteriormente, recorreu-se à aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis, tendo-se incluído neste ponto, a variável ordinal escolaridade, pelo que se preconizou o alcance de objectivos idênticos aos referenciados em prol da obtenção da Tabela 44. Obtiveram-se deste modo os resultados presentes na Tabela 45, pelo que se apurou no grupo de investigação, que em 8 dos 12 índices mensurados pelo SCL90R, em média as notas T mais elevadas foram registadas na categoria de escolaridade ≤1.º Ciclo do Ensino Básico, isto é, nos índices sintomáticos Somatização (n=25; \bar{X} =68.32; S' =6.88), Obsessões-Compulsões (n=25; \bar{X} =66.92; S' =9.87), Sensibilidade Interpessoal (n=25; \bar{X} =68.12; S' =10.46), Depressão (n=25; \bar{X} =70.80; S' =7.71), Ansiedade (n=25; \bar{X} =68.04; S' =11.04), Ideação Paranóide (n=25; \bar{X} =72.36; S' =6.18), e ainda nos índices globais designados por Global de Severidade (n=25; \bar{X} =70.07; S' =6.17) e Total de Sintomas Positivos (n=25; \bar{X} =68.16; S' =9.10). Em relação ao grupo de controlo, averiguou-se que em todos os índices sintomáticos e globais do SCL90R, em média os valores de notas T mais elevados foram estabelecidos para a categoria de escolaridade ≤1.º Ciclo do Ensino Básico, tendo-se aferido que em média os valores de notas T flutuaram entre

os 53,00 ($S'=10,28$ - índice global intitulado por Severidade dos Sintomas Presentes) e os 67,46 ($S'=11,55$ - índice sintomático Ideação Paranóide).

Para finalizar esta abordagem estatística, procedeu-se à análise dos valores de probabilidade de significância. No grupo de investigação, verificou-se como indiscutível a não rejeição da hipótese nula referente à existência de igualdade de médias de notas T em função das categorias de escolaridade. Assim, para um nível de significância de 5%, os $p_{valores}$ oscilaram entre 0.311 (obtido no índice sintomático Depressão) e 0.969 (alcançado no índice sintomático Ansiedade), tendo-se portanto aferido nos 12 índices do SCL90R que $p_{valores}>0.05$. Ao nível do grupo de controlo atestou-se que para um nível de significância de 5%, se obteve nos índices Somatização um $p_{valor}=0.023$, no de Hostilidade um $p_{valor}=0.035$, no de Ideação Paranóide um $p_{valor}=0.012$, no de Psicoticismo um $p_{valor}=0.014$, no Global de Severidade um $p_{valor}=0.014$, e ainda no de Severidade dos Sintomas Presentes um $p_{valor}=0.003$. Neste sentido, como os $p_{valores}<0.05$, optou-se pela rejeição da hipótese nula relativa à existência de igualdade de médias de notas T em função das categorias de escolaridade (cf. Tabela 45).

Tabela 45

Teste de Kruskal-Wallis para a comparação de médias obtidas nos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função do grupo de participantes e das categorias de escolaridade

Índices Sintom. e Globais	Grupo de Investigação									P_{valor}
	≤1.º Ciclo E.B.			2.º/3.º Ciclos E.B.			Ensino Secundário			
	<i>n</i>	Média	DP	<i>n</i>	Média	DP	<i>n</i>	Média	DP	
SOM	25	68.32	6.88	30	65.37	12.48	7	64.29	10.53	0.713
O.C.	25	66.92	9.87	30	64.37	13.94	7	60.00	17.94	0.857
S.I.	25	68.12	10.46	30	65.37	14.68	7	63.00	16.52	0.868
D	25	70.80	7.71	30	66.80	11.91	7	63.57	12.47	0.311
ANS	25	68.04	11.04	30	66.03	14.57	7	67.43	11.45	0.969
HOST	25	59.96	15.38	30	64,20	15.92	7	68.29	9.56	0.351
A.F.	25	60,44	17.24	30	58.33	20.25	7	62.14	19.44	0.938
I.P.	25	72.36	6,18	30	69.03	11.61	7	69.14	15.49	0.649
PSIC	25	66,88	12.20	30	65.57	15.65	7	67.43	15.40	0.763
GSI	25	70.07	6.17	30	67.40	12.51	7	67.00	12.00	0.893
Total S.P.	25	68.16	9.10	30	63.77	14.75	7	64.43	14.23	0.757
PSDI	25	68.00	8.76	30	70.73	7.31	7	67.86	8.37	0.431
Índices Sintom. e Globais	Grupo de Controlo									P_{valor}
	<i>n</i>	Média	DP	<i>n</i>	Média	DP	<i>n</i>	Média	DP	
	<i>n</i>	Média	DP	<i>n</i>	Média	DP	<i>n</i>	Média	DP	
SOM	24	64.21	7.33	32	59.16	9.64	7	56.00	6.45	0.023*
O.C.	24	62.54	10.58	32	59.31	10.44	7	51.00	9.30	0.083
S.I.	24	61.29	11.04	32	57.69	13.94	7	52.43	11.58	0.183
D	24	58.29	11.27	32	53.88	11.97	7	44.71	9,46	0.051
ANS	24	61.50	9.10	32	55.00	12.15	7	49.57	0,97	0.009
HOST	24	61.63	10.04	32	57.53	9.56	7	53.00	9.69	0.035*
A.F.	24	55.08	16.57	32	53.47	15.34	7	45.00	10.66	0.359
I.P.	24	67.46	11.55	32	62.84	9.53	7	55.71	12.91	0.012*
PSIC	24	61.08	11.72	32	53.78	15.27	7	38,00	6.85	0.014*
GSI	24	64.92	10.45	32	59.41	11.90	7	49,57	8.08	0.014*
Total S.P.	24	66.83	10.12	32	62.63	12.53	7	54,71	12.61	0.091
PSDI	24	53.00	10.28	32	45.75	7.69	7	41,43	3.30	0.003*

Nota: * $p<0.05$; Grupo de investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; Índices Sintom. e Globais: Índices Sintomáticos e Globais; 1.º Ciclo E.B.: ≤1.º Ciclo do Ensino Básico; 2.º/3.º Ciclos E.B.: 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; DP: Desvio Padrão; *n*: Frequências Absolutas; Índices Sintomáticos - SOM: Somatização; O.C.: Obsessões-Compulsões; S.I.: Sensibilidade Interpessoal; D: Depressão; ANS: Ansiedade; HOST: Hostilidade; A.F.: Ansiedade Fóbica; I.P.: Ideação Paranóide; PSIC: Psicoticismo; Índices Globais - GSI: Global de Severidade; Total S.P.: Total de Sintomas Positivos; PSDI: Severidade dos Sintomas Presentes

Versando o intuito de testar que valores foram efectivamente diferentes segundo a categoria de escolaridade no grupo de controlo, recorreu-se à comparação múltipla de médias através da aplicação do Teste *Post-Hoc* de Tukey. Pela análise da Tabela 46, foi possível inferir quais os pares de categorias de escolaridade nos quais se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Deste modo, pode afirmar-se que nos índices sintomáticos Ideação Paranóide, Psicoticismo, e nos índices globais designados por Global de Severidade e Severidade dos Sintomas Presentes, os sujeitos com escolaridade $\leq 1.^{\circ}$ Ciclo do Ensino Básico apresentaram em média os valores de notas T mais elevados, comparativamente com os sujeitos que detinham escolaridade correspondente ao Ensino Secundário. Esta evidência estatística foi comprovada pois para um nível de significância de 5%, verificou-se para os referenciados índices que os $p_{valores}$ oscilaram entre 0.000 (e.g. índice sintomático Psicoticismo) e 0.035 (obtido no índice sintomático Ideação Paranóide). Assim sendo, constatou-se nos referenciados índices que $p_{valores} < 0,05$, e por consequência rejeitou-se a hipótese nula relativa à existência de igualdade de médias nos diferentes índices sintomáticos/globais, em função dos pares de categorias de escolaridade em análise (cf. Tabela 46).

Tabela 46

Teste de Tukey aplicado ao grupo de controlo para comparação múltipla de médias dos índices Somatização, Hostilidade, Ideação Paranóide, Psicoticismo, Global de Severidade e Severidade dos Sintomas Presentes, em função das categorias de escolaridade

Grupo de Controlo					
Índices Sintom. e Globais	Categoria de Escolaridade Vs Categorias de Escolaridade		Média	Desvio Padrão	P _{valor}
SOM	≤1.º Ciclo E.B.	2.º/3.º Ciclos E.B.	5.05	2.30	0.081
		Ensino Secund.	8.20	3.66	0.073
	2.º/3.º Ciclos E.B.	≤1.º Ciclo E.B.	-5.05	2.30	0.081
		Ensino Secund.	3.15	3.56	0.651
	Ensino Secund.	≤1.º Ciclo E.B.	-8.20	3.66	0.073
		2.º/3.º Ciclos E.B.	-3.15	3.56	0.651
HOST	≤1.º Ciclo E.B.	2.º/3.º Ciclos E.B.	4.09	2.52	0.244
		Ensino Secund.	8.62	4.01	0.089
	2.º/3.º Ciclos E.B.	≤1.º Ciclo E.B.	-4.09	2.52	0.244
		Ensino Secund.	4.53	3.89	0.480
	Ensino Secund.	≤1.º Ciclo E.B.	-8.62	4.01	0.089
		2.º/3.º Ciclos E.B.	-4.53	3.89	0.480
I.P.	≤1.º Ciclo E.B.	2.º/3.º Ciclos E.B.	4.61	2.89	0.256
		Ensino Secund.	11.74	4.60	0.035*
	2.º/3.º Ciclos E.B.	≤1.º Ciclo E.B.	-4.61	2.89	0.256
		Ensino Secund.	7.12	4.47	0.256
	Ensino Secund.	≤1.º Ciclo E.B.	-11.74	4.60	0.035*
		2.º/3.º Ciclos E.B.	-7.12	4.47	0.256
PSIC	≤1.º Ciclo E.B.	2.º/3.º Ciclos E.B.	7.30	3.60	0.115
		Ensino Secund.	23.08	5.73	0.000*
	2.º/3.º Ciclos E.B.	≤1.º Ciclo E.B.	-7.30	3.60	0.115
		Ensino Secund.	15.78	5.56	0.017*
	Ensino Secund.	≤1.º Ciclo E.B.	-23.08	5.73	0.000*
		2.º/3.º Ciclos E.B.	-15.78	5.56	0.017*
GSI	≤1.º Ciclo E.B.	2.º/3.º Ciclos E.B.	5.51	2.97	0.162
		Ensino Secund.	15.34	4.73	0.005*
	2.º/3.º Ciclos E.B.	≤1.º Ciclo E.B.	-5.51	2.97	0.162
		Ensino Secund.	9.83	4.60	0.091
	Ensino Secund.	≤1.º Ciclo E.B.	-15.34	4.73	0.005*
		2.º/3.º Ciclos E.B.	-9.83	4.60	0.091
PSDI	≤1.º Ciclo E.B.	2.º/3.º Ciclos E.B.	7.30	3.60	0.115
		Ensino Secund.	23.08	5.73	0.000*
	2.º/3.º Ciclos E.B.	≤1.º Ciclo E.B.	-7.30	3.60	0.115
		Ensino Secund.	15.78	5.56	0.017*
	Ensino Secund.	≤1.º Ciclo E.B.	-23.03	5.73	0.000*
		2.º/3.º Ciclos E.B.	-15.78	5.56	0.017*

Nota: *p<0.05; ≤1.º Ciclo do Ensino Básico; 2.º/3.º Ciclos E.B.: 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; Índices Sintomáticos - SOM: Somatização; HOST: Hostilidade; I.P.: Ideação Paranóide; PSIC: Psicoticismo; Índices Globais - GSI: Global de Severidade; PSDI: Severidade dos Sintomas Presentes

Finalizada à indagação dos valores obtidos em média nos 12 índices do SCL90R em função da variável nominal idade e da variável ordinal escolaridade, iniciou-se a análise estatística relativa a cada um destes mesmos índices, partindo-se da formulação de categorias de notas T. Deste modo, e de acordo com o postulado por Derogatis (1994) acerca dos valores estabelecidos para o ponto de corte e para o respectivo desvio padrão, formulámos duas categorias de notas T, designadamente a categoria da faixa normativa (que integrou os valores de nota T entre 34 e 59, inclusivé), que representou a normatividade dos índices sintomáticos e globais de saúde mental, bem como a categoria denominada por nota T igual ou superior a 60 (doravante nota T≥60), que preconizou a natureza psicopatológica

inerente a estes mesmos dois tipos de índices. Neste sentido, objectivou-se apurar se a categorização das notas T, permitiu uma discriminação adequada entre os dois grupos de participantes, pelo que se aplicou o Teste de Qui-quadrado. Deste modo, tornou-se possível averiguar para todos os índices sintomáticos e globais do SCL90R, e atendendo à comparação entre os grupos, que frequências relativas e absolutas foram registadas em cada uma das categorias de notas T, e em segundo lugar, avaliar o grau de independência existente (ou não) entre as categorias de notas T e o grupo de pertença dos sujeitos.

Relativamente ao grupo de investigação, verificou-se em todos os índices sintomáticos e globais do SCL90R, que a maioria dos sujeitos integrou a categoria de nota $T \geq 60$, destacando-se o índice sintomático de Ideação Paranóide e o índice global designado por Global de Severidade, como os que obtiveram maiores frequências absolutas e relativas registadas nesta mesma categoria (Ideação Paranóide: $n=52$; 83.87%; Global de Severidade: $n=52$; 83.87%). Em segundo lugar, e no que respeita ao grupo de controlo, apurou-se que nos índices sintomáticos de Somatização ($n=37$; 58.73%), Obsessões-Compulsões ($n=35$; 55.55%), Sensibilidade Interpessoal ($n=33$; 52.28%), Ideação Paranóide ($n=40$; 63.49%) e Psicoticismo ($n=34$; 53.96%), bem como nos índices globais designados por Global de Severidade ($n=34$; 53.96%), e Total de Sintomas Positivos ($n=38$; 60.31%), a maior incidência absoluta e relativa de sujeitos foi registada na categoria de nota $T \geq 60$.

No que respeita à análise dos valores de probabilidade de significância, verificou-se para um nível de significância de 5%, que nos índices sintomáticos Obsessões-Compulsões ($p_{valor}=0.039$), Sensibilidade Interpessoal ($p_{valor}=0.016$), Depressão ($p_{valor}=0,000$), Ansiedade ($p_{valor}=0,000$), Hostilidade ($p_{valor}=0.049$), Ansiedade Fóbica ($p_{valor}=0.001$), Ideação Paranóide ($p_{valor}=0.014$), Psicoticismo ($p_{valor}=0.015$), bem nos índices globais designados por Global de Severidade ($p_{valor}=0.000$) e Severidade dos Sintomas Presentes ($p_{valor}=0.000$), a presença de $p_{valores} < 0.05$. Por conseguinte, rejeitou-se a hipótese nula relativa à existência de independência entre as categorias de notas T e o grupo de pertença dos sujeitos (cf. Tabela 47 - cf. Anexo 16).

De seguida recorreu-se de novo à aplicação do teste de Qui-Quadrado, porém inclui-se nesta análise estatística, a variável nominal idade. Por outras palavras, pretendeu-se averiguar para todos os índices sintomáticos e globais do SCL90R e para os dois grupos discriminados de participantes, as frequências absolutas e relativas estabelecidas, bem como o grau de independência existente (ou não), entre as categorias de notas T e as categorias de idade (cf. Tabela 23 - Tópico 2.5.).

Da consideração da Tabela 48, e analisando em primeiro lugar os resultados obtidos no grupo de investigação, verificou-se de um modo geral, que independentemente da categoria de idade em questão, a categoria de nota $T \geq 60$ obteve a maior incidência de sujeitos em termos absolutos e relativos, para todos os índices sintomáticos e globais do SCL90R. De modo particular apurou-se que nos índices sintomáticos Sensibilidade Interpessoal ($n=25$; 40.32%), Depressão ($n=27$; 43.54%), Ansiedade ($n=25$; 40.32%), Hostilidade ($n=20$; 32.25%), Ideação

Paranóide ($n=27$; 43.54%), Psicoticismo ($n=26$; 41.93%), bem como nos índices globais denominados por Global de Severidade ($n=28$; 45.16%) e Severidade dos Sintomas Presentes ($n=25$; 40.32%), as frequências absolutas e relativas mais avultadas de sujeitos que integraram a categoria de nota $T \geq 60$, possuíam idade ≤ 45 anos. Por outro lado, nos índices sintomáticos Somatização ($n=24$; 38.70%), Ansiedade Fóbica ($n=21$; 33.87%), e ainda no índice global respeitante ao Total de Sintomas Positivos ($n=23$; 37.09%), aferiu-se que a maior soma de sujeitos que pertenciam à categoria de nota $T \geq 60$, tinha idade > 45 anos. Contudo, no restante índice sintomático denominado por Obsessões-Compulsões, a categoria de nota $T \geq 60$ foi representada por sujeitos que possuíam por um lado, idade ≤ 45 ($n=23$; 37.09%), e por outro, idade > 45 anos ($n=23$; 37.09%).

No que concerne ao grupo de controlo, aferiu-se que independentemente da escala de escolaridade, a categoria de nota $T \geq 60$ alcançou uma supremacia de casos registados em 7 dos 12 índices do SCL90R. Isto significou, que nos índices sintomáticos Somatização ($n=19$; 30.15%), Obsessões-Compulsões ($n=19$; 30.15%), e Psicoticismo ($n=18$; 28.57%), bem como nos índices globais Global de Severidade ($n=18$; 28.57%) e Total de Sintomas Positivos ($n=20$; 31.74%), a maior incidência absoluta e relativa de sujeitos que se enquadrou na categoria de nota $T \geq 60$, detinha idade > 45 anos. Em contrapartida, no índice sintomático Sensibilidade Interpessoal ($n=17$; 26.98%), os sujeitos que mais representaram a categoria de nota $T \geq 60$, possuíam idade ≤ 45 anos. Todavia, urge assinalar que no índice sintomático Ideação Paranóide, se obteve uma igualdade em termos absolutos e relativos em termos do número de sujeitos que se enquadrou na categoria de nota $T \geq 60$, isto é, 20 sujeitos (31.74%) possuíam idade ≤ 45 anos, e outros 20 sujeitos (31.74%) tinham idade > 45 anos.

Por último, assinalaram-se as constatações efectuadas ao nível dos valores de probabilidade de significância. No que respeita ao grupo de investigação, e considerando um nível de significância de 5%, aferiu-se que os $p_{valores}$ oscilaram entre os 0.341 (obtido no índice sintomático Ansiedade Fóbica) e os 1.000 (registado no índice global respeitante ao Global de Severidade), pelo que se apurou para a totalidade de índices sintomáticos e globais do SCL90R, que $p_{valores} > 0.05$. Por outro lado, no grupo de controlo, e para um nível de significância de 5%, os $p_{valores}$ variaram entre os 0.284 (alcançado no índice sintomático Ansiedade Fóbica) e os 1.000 (aferido no índice global Severidade dos Sintomas Presentes), pelo que para todos os índices sintomáticos e globais do SCL90R se obtiveram $p_{valores} > 0.05$. Estes dois factos referentes aos dois grupos da amostra, conduziram à não rejeição da hipótese nula relativa à existência de independência entre as categorias de notas T e as categorias de idade (cf. Tabela 48 - cf. Anexo 17).

Efectivados os desígnios supramencionados para as categorias de idade, recorreu-se de novo à aplicação do teste de Qui-Quadrado e à prossecução dos mesmos objectivos, no entanto substituiu-se as referidas categorias de idade pelas categorias de escolaridade. Iniciando a análise da Tabela 49 pelos resultados obtidos no grupo de investigação, pode declarar-se de um modo geral, que independentemente da categoria de escolaridade em

questão, se obtiveram as frequências absolutas e relativas mais elevadas, em todos os índices sintomáticos e globais do SCL90R, na categoria de nota $T \geq 60$. Primeiramente, e no que diz respeito aos índices sintomáticos do SCL90R, pode afirmar-se que nos índices Sensibilidade Interpessoal ($n=22$; 35.48%), Ansiedade ($n=22$; 35.48%), Hostilidade ($n=20$; 32.25%) e Psicoticismo ($n=21$; 33.87%), se constatou pela análise dos maiores valores de frequências absolutas e relativas, que os sujeitos que integraram a categoria de nota $T \geq 60$ tinham escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico. Todavia, importa salientar que nos índices sintomáticos de Obsessões Compulsões e Ideação Paranóide, a supremacia de sujeitos que integrou a categoria de nota $t \geq 60$, possuía por um lado escolaridade $\leq 1.º$ Ciclo do Ensino Básico e por outro, escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico, observando-se uma igualdade de casos registados em termos absolutos e relativos para estas duas categorias de escolaridade (Obsessões Compulsões: $n=21$; 33.87%; Ideação Paranóide: $n=23$; 37.09%). Relativamente ao mesmo grupo, mas atendendo à análise dos resultados dos índices globais, apurou-se que no índice Global relativo à Severidade, os sujeitos que integravam a categoria de nota ≥ 60 possuíam escolaridade $\leq 1.º$ Ciclo de Ensino Básico e escolaridade correspondente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico, pois fez-se para ambas as categorias de escolaridade a mesma incidência de sujeitos em termos absolutos ($n=23$) e relativos (37,09%). De modo complementar, no índice global alusivo ao Total de Sintomas Positivos, verificou-se que a superioridade de sujeitos que integrou a categoria de nota $T \geq 60$ possuía $\leq 1.º$ Ciclo do Ensino Básico ($n=21$; 33.87%), ao passo que no índice global de Severidade de Sintomas Presentes, os sujeitos que integravam esta mesma categoria de nota T detinham escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico ($n=26$; 41.93%).

Face ao grupo de controlo, aferiu-se que independentemente da categoria de escolaridade em questão, em 5 dos 9 índices sintomáticos e em 2 dos 3 índices globais do SCL90R, o maior número absoluto e relativo de sujeitos enquadrou-se na categoria de nota $T \geq 60$. De modo mais específico, e em relação aos índices sintomáticos, pode afirmar-se que no índice de Somatização ($n=18$; 28.57%) e Sensibilidade Interpessoal ($n=18$; 28.57%), o maior número de sujeitos que integrou a categoria de nota $T \geq 60$ possuíam escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos de Ensino Básico. De modo complementar, verificou-se ainda por um lado, que nos índices sintomáticos Ideação Paranóide ($n=19$; 30.15%) e Psicoticismo ($n=18$; 23.80%), os sujeitos que mais se enquadraram na categoria de nota $T \geq 60$, detinham escolaridade $\leq 1.º$ Ciclo do Ensino Básico. Por outro lado, constatou-se ainda que no índice de Obsessões-Compulsões, 17 sujeitos (26.98%) que representaram a categoria de nota $T \geq 60$, possuíam escolaridade $\leq 1.º$ Ciclo do Ensino Básico, e outros 17 sujeitos (26.98%) possuíam escolaridade correspondente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico. No que concerne aos índices globais e à respectiva categoria de nota $T \geq 60$ onde se verificou o maior número de casos registados, pode declarar-se que no índice global denominado por Global de Severidade, os sujeitos possuíam escolaridade $\leq 1.º$ Ciclo do Ensino Básico ($n=17$; 29.98%), e no índice global relativo ao Total de Sintomas Positivos os participantes tinham escolaridade $\leq 1.º$ Ciclo do Ensino Básico ($n=18$; 28.57%), e escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico ($n=18$; 28.57%).

Em modo de desfecho, analisaram-se os valores de probabilidade de significância, tendo-se verificado no grupo de investigação, e tendo em conta um nível de significância de 5%, que somente no índice sintomático Somatização se tornou possível rejeitar a hipótese nula referente à existência de independência entre as categorias de notas T e as categorias de escolaridade. Tal evidência estatística justificou-se pois o $p_{valor}=0.031$, logo $p_{valor}<0.05$. No grupo de controlo, apurou-se também para um nível de significância de 5%, um $p_{valor}=0.022$ no índice sintomático Obsessões-Compulsões, um $p_{valor}=0.006$ no índice sintomático Ansiedade, um $p_{valor}=0.037$ no índice sintomático Ansiedade Fóbica, um $p_{valor}=0.020$ no índice global designado por Global de Severidade, e um $p_{valor}=0.017$ no índice global referente à Severidade dos Sintomas Presentes. Assim, e dado que para os referenciados índices os $p_{valores}<0.05$, procedeu-se à rejeição da hipótese nula respeitante à presença de independência entre as categorias de notas T e as categorias de escolaridade (cf. Tabela 49 - cf. Anexo 18).

2.9.3. Cruzamento entre o Mini Mult vs SCL90R: Grupo de Investigação vs Grupo de Controlo

Terminada a caracterização do perfil personalístico e de saúde mental dos dois grupos de participantes, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson, com o intuito de avaliar a existência (ou não) de associação (em termos de grau e sentido de associação) entre cada uma das escalas clínicas do Mini Mult e cada um dos índices sintomáticos do SCL90R, em função de ambos os grupos de sujeitos. Os resultados obtidos mediante o cálculo do referenciado coeficiente, encontram-se explicitados na Tabela 50.

No que respeita ao grupo de investigação, verificou-se para um nível de significância de 1%, a existência de associações entre a maioria das escalas clínicas do Mini Mult e os índices sintomáticos do SCL90R, dado que $r \neq 0$, pelo que se rejeitou a hipótese nula relativa à não existência de associação(ões) entre as variáveis quantitativas em questão. Importa salientar, que para um nível de significância de 5%, também se verificou devido às mesmas premissas estatísticas anteriores, a presença de associações entre as escalas clínicas do Mini Mult e os índices sintomáticos do SCL90R, porém somente entre uma minoria, e com um grau de associação positivo baixo (e.g. associação positiva baixa entre a escala de Histeria e o índice de Obsessões-Compulsões, pois $r=0.28$). Atendendo a estes factos, sucedeu-se à explicitação das associações positivas que para um nível de significância de 1%, foram classificadas segundo Pestana e Gageiro (2008), como altas/elevadas (r entre 0.70 e 0.89). De modo elucidativo, este tipo de associações foram alcançadas entre a escala clínica Psicastenia e os índices sintomáticos Somatização ($R=0.70$), Ansiedade Fóbica, e Hostilidade ($r=0.72$), e entre a escala clínica Esquizofrenia e os índices sintomáticos Sensibilidade Interpessoal ($r=0.71$) e Ansiedade Fóbica ($r=0.72$). Por outro lado, e analisando os resultados obtidos pelo grupo de controlo, verificou-se para um nível de significância de 1% e de 5%, a existência de associações entre as escalas clínicas do Mini Mult e os índices sintomáticos do SCL90R, visto

que $r \neq 0$, facto este que conduziu à rejeição da hipótese nula relativa à não existência de associação(ões). De modo idêntico ao verificado no grupo de investigação, obtiveram-se para um nível de significância de 5%, segundo a classificação de Pestana e Gageiro (2008), associações positivas de grau baixo. Todavia, optou-se por referenciar o tipo de associação mais prevalente obtido neste grupo, designadamente as associações positivas moderadas. Estas foram apuradas entre a escala clínica Depressão e os índices sintomáticos Psicoticismo ($r=0.42$), Obsessões-Compulsões, Depressão, Ansiedade ($r=0.53$); entre a escala clínica Paranóia e o índice sintomático Ansiedade ($r=0.40$); entre a escala clínica Psicastenía e o índice sintomático Ansiedade ($r=0.41$); entre a escala clínica Esquizofrenia e o índice sintomático Ansiedade ($r=0.42$); e finalmente, entre a escala clínica Hipomania e os índices sintomáticos Depressão ($r=0.48$) e Ansiedade ($r=0.49$). Neste mesmo grupo não se obtiveram associações positivas de grau alto/elevado, mas antes e de acordo com a nomenclatura de Pestana e Gageiro (2008), associações negativas de grau baixo, porém não implicaram a existência de diferenças estatisticamente significativas para qualquer nível de significância (cf. Tabela 50).

Tabela 50

Matriz de correlações de Pearson entre as escalas clínicas do Mini Mult e os índices sintomáticos do SCL90R, segundo o grupo de participantes da amostra

Índices Sintomáticos	Grupo de Investigação								
	SOM	O.C.	S.I.	D	ANS	HOST	A.F.	I.P.	PSIC.
Hs	0,33**	0,21	0,14	0,17	0,194	0,13	0,23	0,16	0,07
D	0,65**	0,59**	0,55**	0,54**	0,56**	0,59**	0,68**	0,40**	0,44**
Hy	0,41**	0,28*	0,26*	0,26*	0,32*	0,29*	0,37**	0,17	0,24
Pd	0,51**	0,42**	0,47**	0,33**	0,49**	0,54**	0,55**	0,16	0,42**
Pa	0,39**	0,48**	0,51**	0,52**	0,55**	0,42**	0,50**	0,48**	0,45**
Pt	0,70**	0,67**	0,64**	0,58**	0,66**	0,72**	0,71**	0,41**	0,59**
Sc	0,66**	0,69**	0,71**	0,61**	0,69**	0,64**	0,78**	0,53**	0,63**
Ma	0,67**	0,53**	0,67**	0,61**	0,52**	0,56**	0,64**	0,38**	0,64**
Grupo de Controlo									
Hs	0,37**	0,17	0,07	0,16	0,29*	0,03	0,10	-0,03	0,10
D	0,39**	0,43**	0,39**	0,46**	0,53**	0,39**	0,17	0,35**	0,42**
Hy	0,35**	0,17	0,04	0,15	0,29*	0,04	0,00	-0,01	0,09
Pd	-0,00	-0,03	-0,07	-0,03	0,01	0,10	-0,18	0,04	0,03
Pa	0,26*	0,26*	0,22	0,23	0,40**	0,36**	0,16	0,26*	0,29*
Pt	0,18	0,29*	0,27*	0,34**	0,41**	0,23	0,22	0,22	0,30*
Sc	0,19	0,33**	0,18	0,31*	0,42**	0,24	0,11	0,18	0,27*
Ma	0,27*	0,35**	0,29*	0,48**	0,49**	0,31*	0,24	0,36**	0,35**

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; Escalas Clínicas do Mini Mult - Hs: Hipocondria; D: Depressão; Hy: Histeria; Pd; Desvio Psicopático; Pa: Paranóia; Pt: Psicastenía; Sc: Esquizofrenia; Ma: Hipomania; Índices Sintomáticos do SCL90R - SOM: Somatização; O.C.: Obsessões-Compulsões; S.I.: Sensibilidade Interpessoal; D: Depressão; ANS: Ansiedade; HOST: Hostilidade; A.F.: Ansiedade Fóbica; I.P.: Ideação Paranóide; PSIC: Psicoticismo

Por último, realizou-se o mesmo procedimento da análise estatística efectuado para a obtenção da Tabela 51, todavia versando neste momento, a avaliação das associações existentes (ou não) entre as escalas clínicas do Mini Mult e os índices globais do SCL90R. De acordo com a Tabela 46, e no que respeita ao grupo de investigação, verificou-se para um nível de significância de 1% e de 5%, a presença de associações, pois $r \neq 0$, pelo que se rejeitou a hipótese nula da negação de associação entre as variáveis quantitativas sob estudo. Mais

especificamente, para um nível de significância de 5% obtiveram-se no seu todo associações de grau baixo, mas entre uma minoria de escalas clínicas e de índices globais (e.g. associação negativa baixa entre escala Depressão com índice Severidade de Sintomas Presentes, em que $r=0.32$). Em relação ao nível de significância de 1%, sobressaíram as associações positivas de grau moderado e as associações positivas de grau alto/elevado. As associações positivas de grau moderado obtiveram-se entre a escala clínicas Depressão e os índices Global de Severidade ($r=0.51$), e Total de Sintomas Positivos ($r=0.64$); entre a escala clínica Desvio Psicopático e o índice global Total de Sintomas Positivos ($r=0.46$); entre a escala clínica Paranóia e os índices globais Total de Sintomas Positivos ($r=0.53$) e Global de Severidade ($r=0.54$); e para finalizar, entre a escala clínica Psicastenia e o índice Global de Severidade ($r=0.61$). Por outro lado, as associações de grau alto/forte ocorreram entre a escala clínica Psicastenia e o índice Global de Severidade ($r=0.72$), bem como entre a escala clínica Esquizofrenia e o índice Global de Severidade ($r=0.75$).

No que respeita ao grupo de controlo, verificou-se a existência de associações positivas, enfatizando-se somente as moderadas a um nível de significância de 1%, pois não se constatou a existência de associações positivas altas/elevadas. Assim este tipo de associações foi apurado entre a escala clínica Depressão e os índices Global de Severidade ($r=0.45$) e Globalidade de Severidade de Sintomas Presentes ($r=0.54$), e ainda entre a escala clínica Hipomania e os índices globais Total de Sintomas Positivos ($r=0.43$) e Global de Severidade ($r=0.45$) (cf. Tabela 51).

Tabela 51

Matriz de correlações de Pearson entre as escalas clínicas do Mini Mult e os índices globais do SCL90R, segundo o grupo de participantes da amostra

	Índices Globais do SCL90R	Grupo de Investigação		
		GSI	Total de Sintomas Positivos	PSDI
Escalas Clínicas do Mini Mult	Hs	0.12	0.19	0.27*
	D	0.51**	0.64**	0.32*
	Hy	0.23	0.35**	0.20
	Pd	0.37**	0.46**	0.20
	Pa	0.54**	0.53**	0.37**
	Pt	0.61**	0.72**	0.32*
	Sc	0.67**	0.75**	0.35**
	Ma	0.59**	0.66**	0.25*
	Grupo de Controlo			
	Hs	0.12	0.07	0.12
	D	0.45**	0.38**	0.54**
	Hy	0.12	0.08	0.20
	Pd	0.02	0.02	0.18
	Pa	0.32**	0.32**	0.28*
	Pt	0.30*	0.32**	0.29*
	Sc	0.29*	0.28*	0.29*
Ma	0.42**	0.43**	0.22	

Nota: * $p<0.05$; ** $p<0.01$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; Escalas Clínicas do Mini Mult - Hs: Hipocondria; D: Depressão; Hy: Histeria; Pd: Desvio Psicopático; Pa: Paranóia; Pt: Psicastenia; Sc: Esquizofrenia; Ma: Mania; Índices Globais do SCL90R - GSI: Global de Severidade; PSDI: Severidade de Sintomas Presentes

2.10. Discussão de Resultados

A presente discussão de resultados, foi perspectivada como uma etapa crucial do processo de construção do conhecimento científico, que objectivou debater e interpretar os resultados por nós obtidos, sem “perder de vista” os objectivos gerais e específicos propostos. Em termos práticos, impôs-se como objectivo geral de investigação, a elaboração do perfil personalístico e de saúde mental de ASC’s, (sob condição de trânsito em julgado e que se encontram a cumprir pena em distintos EP’s, devido à prática do crime de ASC tipificado pelo artigo 171.º do CPP) mediante a constituição de um grupo de controlo instituído por sujeitos da população normativa, e por sua vez, sucedeu-se a operacionalização de múltiplos objectivos específicos, pelo que se visou responder aos mesmos ao longo da redacção da discussão dos resultados. Com o intuito de alcançar este desígnio optou-se por arquitectar a presente discussão de resultados com base na formulação de cinco tópicos centrais, designadamente: 1) Perfil de género, etário e escolar; 2) Mini Mult - Perfil Personalístico; 3) SCL90R - Perfil de Saúde Mental; 4) Mini Mult vs SCL90R - Matriz de associações; 5) Sujeitos Normativos - Que normalidade? Atendendo a esta organização, deve acrescentar-se que se versou na globalidade dos tópicos, debater, prestar justificação científica, e elaborar inferências empíricas/clínicas/fenomenológicas, em relação aos resultados obtidos pelos ASC’s e pelos sujeitos normativos.

De modo complementar, deve prestar-se conhecimento ao leitor acerca do plano de pesquisa por nós adoptado, pois o mesmo teve implicações directas no momento de responder às seguintes questões: “*Quais foram os principais resultados obtidos neste estudo?*”, e ainda, “*De que forma a literatura corrobora (ou não) os resultados aferidos na nossa investigação?*”. Particularizando, a nossa revisão bibliográfica foi norteada por um princípio transversal, isto é, a pesquisa de literatura científica, com objectivos de investigação similares, e tipo de amostra/grupo de participantes (sublinhando-se que além do requisito da condição do sujeito, ASC’s e/ou sujeito normativo, cedeu-se especial atenção à semelhança tanto quanto possível, dos sujeitos inter-estudos ao nível das variáveis género, idade e escolaridade). De forma objectiva, operou-se pela pesquisa de artigos científicos que tivessem aplicado o mesmo instrumento de avaliação de personalidade e de saúde mental, bem com instrumentos com a mesma Teoria Auxiliar de Avaliação/Investigação (doravante TAA/I) (Mini Mult: MMPI, MMPI-2, MMPI-A, MMPI-R, Midi-Mult, Maxi-Mult, MMPI-168; SCL90R: BSI (*Brief Symptom Inventory*), HSCH (*Hopkins Symptom Checklist*), *Discomfort Scale*, *Cornell Medical Index*), e por outro, priorizou-se a busca de literatura científica que tivesse utilizado questionários regidos por distinta/alternativa TAA/I (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986; Canavaro, 1999 cit. in Simões, Machado, Gonçalves, & Almeida, 2007). Um vez “posto em prática” o plano de pesquisa por nós traçado, e após a leitura e análise da globalidade de bibliografia colectada, a equipa de investigação tomou uma posição relativamente à contraposição dos resultados obtidos nesta investigação, com os apurados na literatura científica. Objectivamente, decidimos explicitar, sempre que se revelou pertinente, os principais resultados obtidos em investigação científica,

cuja metodologia tivesse assentado na aplicação de instrumentos com a mesma TAA/I do Mini Mult e do SCL90R. O assumir deste posicionamento investigativo, justificou-se no sentido em que, a formulação e a significação dos constructos dos questionários referenciados, foi efectuada pelos seus “pais”/autores de referência (assente numa vasta prática clínica e/ou investigativa). Logo, expor, debater e fundamentar os resultados por nós obtidos, segundo a lógica supramencionada, parece ter-nos dado garantia de que se estão a estabelecer elos comparativos equitativos ao nível dos constructos personalísticos e/ou de saúde mental avaliados. Tal “garantia” não se revelaria tangível, e recorrendo a um exemplo para potenciar a compreensão do que sendo exposto, aquando da discussão entre os resultados obtidos no Mini Mult e os aferidos num outro estudo científico que tivesse utilizado o MCMI-III, isto porque os constructos avaliados por este último, foram determinados “à imagem e semelhança” das perturbações mentais e/ou quadros clínicos que integram o eixo I e o eixo II do DSM-IV-TR (Heim & Westen, 2009).

Findo o esclarecimento precedente, deve aludir-se o leitor de que foi possível aceder a literatura científica (embora em número muito reduzido) polarizada metodologicamente nos dois eixos de pesquisa referenciados. Contudo (e somente à excepção de um estudo), da totalidade da literatura científica colectada somente uma linha de investigação promoveu o estudo conjunto de ASC's e de sujeitos normativos ao nível da personalidade e da saúde mental (cf. Fabrizi, Petruccelli, Turella & Farigu (2008 - parte I: enquadramento teórico). Em conformidade com esta constatação outras duas foram efectuadas (e para os quais se deixa implícita a necessidade e/ou pertinência de investigação), isto é, a escassez de literatura científica encontrada (realizados a nível nacional e internacional), que tivesse preconizado o estudo de saúde mental de ASC's (tendo-se verificado não raras vezes, o estudo deste domínio sob recurso a instrumentos de avaliação de personalidade), bem como a escassez de literatura científica focada no estudo da personalidade e da saúde mental em amostras não clínicas (população normativa)¹¹. Devido a estas contingências, optou-se por explicitar em linguagem comum, os principais resultados obtidos pelos ASC's e pelos sujeitos normativos, com o intuito de elaborar de forma detalhada, uma caracterização personalística e de saúde mental de ambos os grupos de sujeitos (de modo a construir um perfil)¹², bem como facilitar o seu debate, interpretação e inferência a partir dos resultados de investigação científica ou de perspectivas teóricas que se tenham revelado uma mais-valia em termos de construção de conhecimento científico.

¹¹Sempre que na presente discussão de resultados se mencionou - e.g. - que não se encontrou literatura científica, no sentido de confirmar ou não os resultados alcançados, e/ou elaborar inferências científicas e/ou clínicas em prol dos mesmos - pretendeu-se dar a entender ao leitor que da revisão bibliográfica por nós efectuada não se encontrou literatura científica, ao invés de se querer declarar, de modo prepotente ou arrogante, que não existe.

¹²O perfil personalístico e de saúde mental de ambos os grupos de sujeitos, foi elaborado com base na ênfase das dimensões que reflectiram um carácter psicopatológico (à semelhança do que acontece aquando da elaboração de um relatório de avaliação psicológica na qual se destacam as áreas de dificuldades/comprometimento dos sujeitos), destacando-se pontualmente o carácter normativo inerente a determinadas dimensões, quando se revelou pertinente e justificável ao nível da discussão de resultados.

Em jeito de “remate final”, no que respeita à elucidação do leitor face à estruturação da discussão de resultados, inteira-se que face à questão, “*Que inferências se revelam possíveis e plausíveis de elaborar, à posteriori dos resultados por nós obtidos?*”, a sua resposta assentou na Abordagem Clínica do *Profiling*, dado que foi a “ferramenta” seleccionada para a sustentação das inferências por nós formuladas, em prol dos resultados obtidos pelo grupo de ASC’s. Todavia, importa sublinhar, que em relação aos resultados alcançados pelos sujeitos normativos, recorreu-se identicamente à efectivação de uma Abordagem Clínica Psicológica, alheando somente da mesma os pressupostos e os desígnios que caracterizam o *Profiling*. Daqui se depreendeu, que o uso destas duas “ferramentas” assentou na conjugação do conhecimento científico e do treino/experiência clínica e forense, com a prática *in loco* resultante do contacto directo com a amostra forense e com parte significativa da amostra normativa, para assim se poder predizer/intuir/inferir acerca das suas características personalísticas e mentais¹³.

2.10.1. Perfil de Género, Etário e Escolar: Abusadores Sexuais de Crianças vs Sujeitos Normativos

No sentido de relembrar o leitor, e de potenciar o enquadramento dos tópicos de discussão de resultados procedentes, efectuámos uma súmula das características de género, idade, e de escolaridade, dos ASC’s e dos sujeitos normativos (cf. Tabela 52).

Tabela 52

Principais resultados obtidos ao nível variável género, idade e escolaridade

Caracterização de género, etária e de escolar
- <u>ASC’s</u> : verificou-se que a totalidade dos sujeitos era(é) do sexo masculino. Relativamente à idade, a média ficou estabelecida (por arredondamento) nos 44 anos, tendo-se contudo aferido uma oscilação etária entre os 23 e os 75 anos. No que respeita à escolaridade, verificou-se que a maior soma de sujeitos possuía escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico.
- <u>Sujeitos Normativos</u> : a totalidade dos sujeitos deste grupo era(é) do sexo masculino. No que respeita à variável idade, verificou-se uma média (via arredondamento) de 44 anos, uma vez que as idades variaram entre os 27 e os 55 anos. Relativamente à escolaridade, constatou-se que a maior cifra absoluta e percentual de sujeitos detinha escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico.

Relativamente a este primeiro nível de análise de resultados, pareceu-nos crucial elucidar o leitor que se optou por não contrastar os resultados obtidos ao nível das três variáveis de caracterização de género, idade e escolaridade dos ASC’s e dos sujeitos normativos com literatura científica. Tal decisão justificou-se, pois dos estudos consultados,

¹³ Ressalva-se que as inferências clínicas e/ou empíricas formuladas pela presente equipa de investigação em prol dos principais resultados obtidos e expostos nas tabelas da secção da Discussão de Resultados, basearam-se na literatura que foi sendo referenciada. Todavia, temos consciência que as hipóteses formuladas para o grupo de ASC’s e para o grupo de sujeitos normativos em prol da sua caracterização personalística e de saúde mental, reflectem uma abordagem nomotética (efectuada em determinados pontos em relação à média, e em outro em relação às maiores frequências absolutas e relativas de sujeitos) pelo que para confirmar (ou não) a sua maior validade, urgia a necessidade de efectivar, à semelhança do que acontece em *setting* psicoterapêutico, uma abordagem ideográfica no sentido de cruzar as informações resultantes da avaliação psicológica com os dados da anamnese dos sujeitos.

as suas amostras foram constituídas (de forma idêntica ao nosso estudo) através de processos de amostragem não probabilísticas, aspecto crucial este que não permite garantir, a representatividade entre a população do estudo e a respectiva população teórica (Maroco, 2007).

2.10.2. Mini Mult - Perfil Personalístico: Abusadores Sexuais de Crianças vs Sujeitos Normativos

O presente tópico de discussão foi orientado primeiramente em torno da questão da consistência interna do instrumento de avaliação da personalidade, o Mini Mult (cf. Tabela 53).

Tabela 53

Principais resultados obtidos ao nível da consistência interna do Mini Mult

Consistência interna do instrumento de avaliação da Personalidade
Segundo o sistema de classificação formulado por Pestana e Gageiro (2008), obteve-se uma consistência interna conotada como boa, quando se considerou o número total de itens do Mini Mult, em função da totalidade dos participantes em estudo. Posteriormente quando se passou a discriminar entre grupo de participantes, verificou-se:
- ASC's: existência de uma consistência interna boa;
- Sujeitos Normativos: apurou-se a existência de uma consistência interna razoável;

A partir da informação explicitada pode afirmar-se que da revisão bibliográfica por nós efectuada, não se encontraram referências literárias relativas a valores de consistência interna obtidos para o Mini Mult, aquando da sua aplicação a amostras de ASC's. Por seu turno, e no que respeita à utilização do Mini Mult junto de amostras normativas, encontrou-se somente uma referência bibliográfica. De forma ilustrativa, num estudo realizado por Rodrigues (2009), cujo objectivo consistiu em estudar a relação entre as características personalísticas e a severidade da sintomatologia depressiva, tendo para tal constituído um grupo clínico ($n=44$) e um grupo não clínico ($n=49$), obteve-se para o Mini Mult, uma consistência interna conotada como razoável (de acordo com a nomenclatura de Pestana & Gageiro, 2008). Importa ressaltar que da análise deste estudo se constatou, que os resultados de consistência interna foram aferidos a partir da totalidade de itens do questionário, em função da amostra total. Desta forma, e tendo em conta esta lacuna, os resultados por nós alcançados ao nível do grupo de sujeitos normativos, foram corroborados pelo tipo de consistência interna aferido na mencionada investigação.

Por conseguinte, e partindo de uma reflexão crítica acerca dos resultados por nós obtidos, efectuámos três constatações fundamentais. Em primeiro lugar, os resultados de consistência interna por nós obtidos, parecem ter-nos dado garantias de que a totalidade de itens implicados no Mini Mult, mediram os distintos traços ou constructos de personalidade que se propunham medir. Todavia não se deve omitir que embora esta noção de segurança sob os resultados de consistência interna obtidos, tenha sido apurada para a totalidade da amostra e para ambos os grupos de participantes, os indicadores mais avultados de garantia,

foram aferidos ao nível do grupo de ASC's. Em segunda instância, estas noções latentes de garantia revelaram-se de significado *major*, uma vez que o Mini Mult constitui um dos muitos questionários de avaliação de personalidade que não se encontra aferido para a população portuguesa. Neste sentido, esta evidência deixou emergir “brechas” que carecem por um lado de tomada de consciência, isto é, *“Qual a realidade dos instrumentos de avaliação de personalidade em Portugal?”*, e por outro de justificação, ou seja, *“Porquê ter-se decidido utilizar o Mini Mult, quando se sabia à partida que não se encontra(va) aferido para a população portuguesa?”*

Para dar resposta à primeira questão, destaca-se o estudo de Almeida (2006), que objectivou identificar quais as provas psicológicas que são(eram) mais usadas em Portugal, e em que medida a sua utilização assenta(va) em estudos de validação e de normalização para a população portuguesa. Para alcançar estes objectivos o mesmo autor constituiu uma amostra de 256 psicólogos portugueses (78,9% do sexo feminino; idades entre os 25 os 67 anos; especialização académica: psicologia clínica (64,3%), educacional (22,1%), social/organizacional (11,2%) e forense (2,3%); por exigência do próprio estudo, todos os psicólogos tinham, pelo menos, três anos de prática profissional), e enviou via correio um questionário construído por si para o efeito, que continha perguntas relativas à formação e à prática profissional dos mesmos. Como principais resultados, o autor aferiu, que logo a seguir às primeiras e mais utilizadas técnicas projectivas (nomeadamente o Rorschach), se sucedia a aplicação do MMPI, importando salientar que o Mini Mult se revelou como a versão deste último questionário, que mais era empregue na prática de avaliação psicológica e/ou investigativa. Deste feita, Almeida (2006) tomou como referência os resultados obtidos neste seu estudo, e concluiu que o recurso em Portugal a provas psicológicas não validadas é especialmente evidente no domínio dos instrumentos de avaliação da personalidade (pois só o NEO-PI-R está validado, mas são ainda muitas as lacunas apontadas a esta validação). Por conseguinte, o autor corrobora as inflexões tecidas por Manita (2002) acerca desta problemática em Portugal, procurando sensibilizar os psicólogos portugueses, nomeadamente os académicos, para a necessidade de realização de estudos de tradução, adaptação e de validação de instrumentos de personalidade (segundo os critérios cientificamente exigidos), pois a ausência destes estudos acaba por condicionar negativamente, a investigação e a prática da Psicologia no nosso País.

Relativamente à segunda questão colocada, impunha-se a selecção de um instrumento que reunisse consenso científico mundial acerca da sua validade e fidedignidade. Seguindo esta ponderação criteriosa, emergiu de uma vasta referenciação científica, o MMPI, pois este é actualmente concebido, e utilizado como um teste clínico de mais amplo espectro, e que segundo diversos estudos, representa um dos testes mais utilizados, se não mesmo o mais utilizado, em todo o mundo. A aceitação generalizada deste teste deve-se ao facto de lhe ser reconhecida uma elevada validade em diferentes domínios de avaliação, e de permitir produzir com facilidade “uma medida objectiva de personalidade”. Assim, optou-se por aplicar o Mini Mult, pois para além de cumprir os requisitos de apropriabilidade,

adequabilidade, interpretabilidade, aceitabilidade e utilidade, era a versão do MMPI que oferecia ainda quatro grandes vantagens adicionais, tendo em conta os objectivos gerais e específicos versados na nossa investigação, designadamente: a) economia de tempo e/ou energia (*burden*): o Mini Mult revelou-se a melhor resposta para as condicionantes de *timing* implícitas nos EP's, visto que uma das condições impostas pela DGSP consistiu na conciliação dos objectivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem a perturbação da vida quotidiana do EP. Importa contudo destacar, que por exemplo, no EP da Carregueira, e do que nos foi comunicado pelos próprios Técnicos Superiores de Reeducação, que o Mini Mult constitui o questionário de auto-resposta de eleição ao nível da avaliação da personalidade dos reclusos condenados por crime de ASC, bem como de reclusos condenados por crimes não sexuais; b) escalas de validade: que permitem avaliar a atitude do sujeito perante a prova e determinar em sua função, a validade/invalidade do perfil; c) delimitação de uma fronteira entre o normativo e o patológico: o Mini Mult enquanto “descendente” do MMPI, apresenta a determinação de uma faixa numérica (em notas T) que corresponde à normalidade, e dois patamares valorativos (também em notas T) a partir do qual se depreende a existência de indicadores de psicopatologia, em ambos os casos a nível personalístico. Pode atestar-se que estes dois componentes, não caracterizam de igual forma, tantos outros questionários de personalidade, tais como (e entre outros) o MCMI e/o BDI (*Beck Depression Inventory*), IACLIDE (*Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*), Escala de Depressão de Hamilton (Ribeiro, 1999; Manita, 2002; Millon, Davis, Millon e Grossman, 2006);

Cessado este primeiro ponto de debate de resultados, apresentam-se os principais resultados obtidos ao nível da validade dos perfis traçados para os ASC's e para os sujeitos normativos (cf. Tabela 54).

Tabela 54
Principais resultados obtidos ao nível da validade dos perfis personalísticos

Validade dos perfis personalísticos
A maioria quase absoluta dos perfis de personalidade obtidos, quer pelo grupo de ASC's quer pelo grupo de sujeitos normativos, foi considerada válida.

Mediante a leitura e a análise dos artigos científicos colectados em torno do estudo da personalidade, constatámos que nenhum dos mesmos fez menção ao cálculo do índice de determinação da validade dos perfis (índice de F-K), nem tão pouco mencionou de que forma controlou e/ou contornou este importante requisito (e.g. Sánchez, 2003) tão necessário no que respeita à interpretação dos perfis personalísticos obtidos pelos sujeitos. Assim, optámos por recorrer ao Manual Técnico do MMPI (e que se aplica de modo idêntico ao Mini Mult), com o intuito de dar significado fidedigno aos resultados explicitados, bem como tecer face aos mesmos as devidas inferências clínicas e empíricas. Assim sendo, o ponto de partida para a discussão dos resultados presentes na tabela 54, assentou na compreensão do índice de validade dos perfis. Deste modo, apurou-se que no decurso de 1947, Gough formulou o índice de F-K, procurando identificar o possível falseamento da prova. Neste sentido, o mesmo autor determinou três pressupostos: 1) resultado positivo, igual ou superior a 9: os sujeitos teriam

tentado simular uma perturbação mental; 2) resultados positivos menores que 9: os sujeitos teriam respondido com uma atitude neutra, isto é, nem para simular uma perturbação mental, nem para imprimir o efeito de desejabilidade social; 3) resultados negativos: o sujeito pautou as suas respostas pelo efeito de desejabilidade social (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986).

Dado o mote teórico, analisámos “caso a caso”, cada um dos resultados obtidos no índice referenciado pelos ASC's e pelos sujeitos normativos, tendo-se aferido que as duas maiores cifras percentuais do primeiro grupo de sujeitos, denotaram por um lado, o assumir de uma atitude neutra ($n=25$; 40,32%), e por outro, deixaram transparecer nas suas respostas o efeito de desejabilidade social ($n=24$; 38,70%). Relativamente ao grupo de sujeitos normativos, verificou-se que a maior parte de sujeitos ($n=39$; 61,90%) denunciou a sua tentativa deliberada em imprimir nas suas respostas o efeito de desejabilidade social. Não deixando “cair por terra” a questão dos perfis inválidos, decidimos efectuar de novo uma abordagem ideográfica face este grupo de sujeitos. No que se refere aos ASC's, apurou-se que a totalidade de perfis inválidos ($n=3$; 4,83%) foi devida à simulação excessiva de uma perturbação mental, e em contrapartida o único perfil inválido obtido pelos sujeitos normativos ($n=1$; 1,58%), prendeu-se com o “levar” a um extremo o efeito de desejabilidade social.

A partir destas constatações, e em relação aos perfis considerados válidos e/ou inválidos, discute-se o efeito de desejabilidade social e a tendência para simular uma perturbação mental. Por outras palavras, e de acordo com McDonald (2008), os respondentes de provas personalísticas podem imprimir uma melhor ou pior imagem de si, não porque o pretendam de forma consciente, mas antes porque podem possuir uma imagem distorcida acerca de si próprios, e portanto acerca das suas características personalísticas. Por conseguinte, este processo inconsciente pode passar “despercebido” nas escalas de validade, ou seja, não ser detectado pelas mesmas, e/ou quando o é, ser de forma errónea, sendo conotado com as denominações atitudinais referenciadas anteriormente. Outra hipótese complementar que o autor coloca, e que postulamos enquanto inferência, reside no facto de até que ponto as pessoas se conhecem suficientemente a si próprias, de modo a conseguirem trespassar esse conhecimento da forma mais fidedigna possível para a folha de respostas? Ou seja, as pessoas pretendem mesmo simular uma perturbação mental, deixar patente uma melhor imagem de si, ou carecem simplesmente de auto-conhecimento? Em modo de adição de inferências, importa salientar que os resultados obtidos face à validade (ou não) dos perfis personalísticos, podem também ter sido produto do facto de os ASC's terem respondido ao questionário de forma oral (na sua maioria), pois no momento da entrevista foi possível inferir inúmeras vezes, a falta de auto-conhecimento referida anteriormente, como também a tentativa deliberada de manipular os resultados através da acção conjunta ou isolado do efeito de desejabilidade social, e/ou de responder aleatoriamente, e/ou da tendência para ser aquiescente, e/ou para ser discordante. Importa enfatizar, que embora os sujeitos

normativos tenham respondido de forma autónoma aos questionários, não se descarta a hipótese de estes enviesamentos também poderem ter estado presentes.

Tecidas as devidas apreciações científicas e empíricas acerca da validade/invalidade dos perfis personalísticos, prosseguiu-se com o estreitamento desta mesma questão, mediante a caracterização do padrão atitudinal (ainda mais específico) manifesto por ambos os grupos de sujeitos aquando da resposta ao Mini Mult, e que foi avaliado por intermédio das suas três escalas de validade (cf. Tabela 55)¹⁴.

Tabela 55

Principais resultados obtidos ao nível da atitude dos sujeitos perante o questionário

Atitude dos sujeitos perante a prova
<p>- ASC's vs Sujeitos Normativos: em ambos os grupos, em média as pontuações mais elevadas foram obtidas na escala de validade Frequência. Todavia, quando comparados os resultados dos ASC's e dos sujeitos normativos, tornou-se patente que nas escalas de validade Mentira e Correção, o segundo grupo superou o primeiro, tendo alcançado em média os resultados mais elevados.</p> <p>De modo a conseguir perceber a percepção empírica e científica destes resultados médios, recorreu-se à circunscrição do posicionamento dos sujeitos de ambos os grupos em estudo, em função das categorias de normatividade/psicopatologia definidas para os traços personalísticos¹⁵, pois o que se encontrava em causa era a avaliação da atitude mantida pelos sujeitos aquando da prestação das suas respostas. Assim sendo, verificou-se:</p> <p>- ASC's: contrariamente ao aferido para as escalas Mentira e Correção, constatou-se na escala Frequência, que o maior número de sujeitos representou a categoria tradutora de psicopatologia.</p> <p>- Sujeitos Normativos: aferiu-se para a totalidade das escalas de validade, que a maioria dos sujeitos se enquadrou na categoria que representou, neste caso, a normatividade da atitude dos sujeitos.</p>

Mais uma vez, devido à contingência de não se ter encontrado nenhum artigo científico (aquando da efectivação da nossa revisão bibliográfica), cuja linha de investigação tivesse analisado estatisticamente as três escalas de validade do Mini Mult, recorreu-se de novo à consulta analítica do Manual Técnico. Neste sentido apurámos, e segundo o postulado por Hathaway, e McKinley (1940), que a obtenção da elevação na escala Frequência, registada no grupo de ASC's, pode dever-se a um sem número de aspectos, tais como: a) o questionário pode ter sido respondido sem que o sujeito tenha colaborado suficientemente, por não ter estado devidamente atento, ou ainda por ter respondido ao acaso; b) o sujeito não foi capaz de compreender o que leu ou o que lhe foi lido; c) o sujeito evidenciou experienciar no momento, experiências estranhas, psicóticas ou encontra-se confuso; d) o sujeito tentou simular uma perturbação mental ou exagerar os seus sintomas como forma de pedir ajuda; e) o sujeito revelou-se inconformista ou a favor de convenções sociais, políticas e religiosas de carácter desviante.

¹⁴A presente equipa de investigação presta conhecimento de que nas Tabelas 55, 56, 57 e 60 quando se referencia expressões idênticas a "pontuações de carácter psicopatológico e/ou normativo, obtidas em média pelos sujeitos" (ASC's ou sujeitos normativos), nos estamos a referir aos valores de notas T que segundo o(s) autor(es) do Mini Mult e do SCL9R, são indicativas de existência de indicadores (e não como definição única de um critério diagnósticos, ou ate mesmo de um diagnóstico efectivo de uma qualquer perturbação mental) de traços de personalidade ou de sintomatologia psicopatológica diversa de carácter psicopatológico e/ou normativo.

¹⁵Importa enfatizar, que para o efeito de minimizar a repetição de vocábulos, e dado que foi a categoria que juntamente com a denominada por faixa normativa, mais se referenciou nas tabelas e comentários de resultados, determinou-se que quando na presente discussão nos referirmos à categoria de indicação de psicopatologia, estaremos a referir-nos à categoria de nota $T \geq 70$.

Deste modo, depreendemos que a obtenção de pontuações elevadas na escala Frequência pelos ASC's não tiveram um sentido unívoco, pelo que urgiu a necessidade de efectuar um *screening* retrospectivo, no que concerne à experiência decorrente da aplicação dos questionários *face to face*, isto é, entre a avaliadora e cada um dos ASC's em contexto prisional, pelo que é possível asseverar, que todas as situações descritas nas alíneas anteriores foram exibidas por este mesmo grupo de sujeitos. A explicação deste facto, parece ter sido dada por Lachar (1974), pelo que a correspondência entre os seus fundamentos com o que decorreu em *setting* forense, conduziu à formulação das nossas inferências científicas e clínicas. Assim sendo, o autor procedeu à combinação entre as escalas de validade, tendo traçado 9 perfis (quando se obtinham pontuações consideradas como um indicador de psicopatologia, em pelo menos uma das escalas de validade). Combinando a elevação da escala Frequência por nós aferida ao nível dos ASC's, com os perfis determinados pelo autor, obteve-se o perfil 5, que discrimina que os sujeitos tentaram nitidamente efectuar um pedido de ajuda, ou seja, os indivíduos recorreram à simulação do exagero de sintomatologia física e/ou psicológica, com o intuito de “passar” a imagem de que se encontravam sob acentuado sofrimento/angústia, *distress* psicológico, ou que padeciam mesmo de uma perturbação mental e/ou doença física (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986).

Relativamente à discussão de resultados obtidos pelos sujeitos normativos, e visto que todas as escalas de validade se posicionaram dentro da faixa normativa, baseámos as nossas inferências científicas e clínicas nos pressupostos de Hathaway e McKinley (1940), designadamente: a) pontuações normativas na escala Mentira: os sujeitos foram francos e sinceros; demonstraram uma elevada capacidade de autocrítica; evidenciaram um certo grau de cinismo ou exibicionismo; e apresentaram um certo grau de independência face às pessoas e aos contextos que os rodeiam; b) pontuações normativas na escala Frequência: sujeitos normativos, livres de tensão, mas que por vezes se tentam abstrair de preocupações, mediante a negação de todo o tipo de dificuldades; também pode significar que os sujeitos são conformistas e que não possuem quaisquer indicadores de psicopatologia; c) pontuações normativas obtidas na escala Correção: sujeitos que podem demonstrar alguma ingenuidade face a determinados assuntos (e.g. pessoais), e/ou que face a determinadas circunstâncias de vida, podem reflectir um certo nível (não patológico) de desorganização emotiva, e/ou uma incapacidade para controlar as suas emoções (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986).

Seguidamente apresentamos os principais resultados por nós alcançados no que respeita às escalas clínicas do Mini Mult, visto que as mesmas são “responsáveis” pela mensuração dos traços personalísticos dos ASC's e dos sujeitos normativos (cf. Tabela 56).

Tabela 56

Principais resultados obtidos ao nível dos traços de personalidade, em função dos indicadores da sua normatividade/psicopatologia

Perfil Personalístico: Normatividade vs Psicopatologia dos Traços Personalísticos
- ASC's: apurou-se para este grupo de participantes, que em média, as pontuações mais elevadas, isto é, indicativas de psicopatologia, foram obtidas ao nível do traço personalístico Esquizofrenia e Depressão.
- <u>Sujeitos Normativos</u> : prefigurou-se neste grupo de sujeitos, que em média as pontuações obtidas em todos os traços personalísticos, se revelaram em indicadores de normatividade. Todavia e para efeitos

de construção do perfil (como se encontrará escrutinado precedentemente), apurou-se que média, as pontuações mais avultadas foram registada no traço de personalidade Hipocondria e Desvio Psicopático.

Todavia, importa acrescentar que se obtiveram diferenças estatisticamente significativas ao nível das médias de pontuação obtidas entre ambos os grupos de participantes, ou seja, o grupo de ASC's obteve em média, os resultados mais expressivos em termos numéricos, em todos os traços de personalidade avaliados pelo Mini Mult. De seguida, e de forma a compreender o reflexo destes factos ao nível da normatividade/psicopatologia dos traços personalísticos referenciados para ambos os grupos de sujeitos, apurou-se:

• **Diferenças Estatisticamente Significativas**

- ASC's Vs Sujeitos Normativos: pode declarar-se que no momento em que se atendeu ao estabelecimento de um elo confrontativo entre ambos os grupos de participantes da amostra em função das categorias de normatividade/psicopatologia dos traços personalísticos, se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível 7 dos 8 traços de personalidade avaliados. De modo mais específico, apurou-se que nos traços personalísticos Hipocondria, Depressão, Histeria, Paranoia e Psicastenia, a maior soma de ASC's e de sujeitos normativos, denotou a posse de indicadores de normatividade, embora em termos de frequências absolutas, o segundo grupo de sujeitos tenha revelado uma supremacia numérica, comparativamente com o primeiro grupo de sujeitos. No que respeita aos traços personalísticos Desvio Psicopático e Esquizofrenia, o maior número de ASC's demonstrou possuir indicadores de psicopatologia, e inversamente o maior número de sujeitos normativos ostentou indicadores de normatividade.

• **Resultados Clinicamente Significativos**

- ASC's: apurou-se nos traços de personalidade de Esquizofrenia e Desvio Psicopático, que o maior número destes sujeitos denotou a posse de indicadores de psicopatologia. Todavia, importa ressaltar uma importante constatação por nós efectuada, isto é, embora o traço de personalidade Depressão se tenha revelado em segundo lugar enquanto escala clínica na qual os sujeitos em média mais pontuaram, tal evidência não se reflectiu aquando do posicionamento dos sujeitos em função das categorias de normatividade/psicopatologia dos traços personalísticos. Por outras palavras, verificou-se em específico para o traço de personalidade Depressão, que a maior frequência absoluta e relativa de sujeitos deixou patente indicações acerca da sua normatividade, tendo sobressaído em sua vez, o já referenciado traço de personalidade, respectivamente o Desvio Psicopático.

- Sujeitos Normativos: verificou-se na totalidade de traços personalísticos avaliados pelo Mini Mult, que o maior número de sujeitos normativos, não integrou a categoria de psicopatologia, para se ter enquadrado de modo constante na categoria alusiva à normatividade.

Em linha de conta com os resultados supra expostos, deparámo-nos com “terreno fértil” para a partir da análise dos mesmos, tecermos as nossas considerações acerca do perfil personalístico de ambos os grupos de sujeitos alvo de estudo, sendo que para tal, fizemo-nos valer do recurso ao já referenciado Manual Técnico. Este passo investigativo estratégico, justificou-se pelo facto do Manual Técnico constituir o documento mais fidedigno na “hora” de conceber a caracterização personalística dos sujeitos, uma vez que possui as directrizes implicadas na operacionalização das pontuações obtidas (em notas T) em prol da construção “a par e passo” do respectivo perfil.

De forma objectiva, pode declarar-se que após o traçar do perfil personalístico de/para cada sujeito (abusador sexual vs sujeito normativo), o Mini Mult à semelhança do que ocorre no MMPI, oferece a possibilidade de estimar códigos a partir da consideração das escalas clínicas nos quais os sujeitos obtiveram pontuações iguais ou superiores a nota T70 (indicador de psicopatologia). A formulação deste procedimento, que implica a determinação de códigos para resultar no conhecimento do perfil de personalidade dos sujeitos, foi inicialmente proposto por Hathaway (1940), visto que este autor postulava, que a definição dos mesmos permitia fazer inferências com maior precisão acerca da personalidade de uma pessoa. Todavia, Hathaway desenvolveu a sua nomenclatura de códigos a partir da aplicação do MMPI a uma vasta amostra de sujeitos com algum diagnóstico de perturbação mental, pelo que

posteriormente alguns autores sustentaram, que se deve dar espaço a cada psicólogo para estimar os respectivos códigos (inerentes ao perfil personalístico obtido pelo sujeito), bastando somente duas ou três escalas para definir o perfil “típico” de personalidade de cada sujeito (normal vs patológico).

Tendo em conta as premissas anteriores, e reportando o *focus* de atenção para a nossa investigação, pode afirmar-se que o de estimação de códigos por nós efectuado, partiu por um lado, e no que respeita ao grupo de ASC's, pela consideração das escalas clínicas caracterizadas pelas elevações acima de nota T70, e por outro lado, no que se refere ao grupo de sujeitos normativos, efectuou-se a análise das duas escalas clínicas nas quais estes sujeitos mais pontuaram, todavia dentro dos limites da faixa normativa. Em última análise importa destacar, que para dar significado a cada um dos conjuntos de códigos estabelecidos para o grupo de ASC's e para os sujeitos normativos, recorreremos à análise dos pressupostos formulados por Hathaway e McKinley (1940), e que se encontram inerentes a cada um dos traços de personalidade, para no fundo dar significado às elevações de pontuação, bem como ao alcance de notas T consideradas normativas (formulação alternativa esta que o manual técnico apresenta, e que em nada se relaciona com a nomenclatura de códigos determinados por Hathaway, face à sua amostra clínica).

Iniciando pelo grupo de ASC's, pode declarar-se que o perfil dos mesmos se caracterizou pelo código 47, isto é, a combinação entre os traços de personalidade Desvio Psicopático (código 4), e de Esquizofrenia (código 7). Introduzindo o respectivo significado destes fundamentos, presta-se conhecimento: a) código 4: é indicativo de rebeldia; existência de historial de conflitos familiares e/ou com figuras de autoridade; inadaptação afectiva ou sexual; impulsividade; ausência de respostas emocionais/afectivas profundas; reacções ou formas de agir e de pensar de carácter anti-social; historial de alcoolismo; interesses (e.g. pessoais) amplos e flutuantes; b) Código 7: significa que os sujeitos tendem a fugir da realidade do mundo real/térreo para se refugiarem na sua própria realidade constituída pelas suas fantasias, desejos, e pelos seus sonhos; evitam envolver-se em situações novas e que impliquem o conhecimento/interacção com outras pessoas (conhecidas ou não); comprometimento ao nível da inteligência emocional e social; tendência para serem negativistas, apáticos, impulsivos, hostis e emocionalmente e/ou afectivamente desorganizados (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986).

Atendendo a este perfil personalístico por nós obtido para os ASC's, fomos tentar apurar na literatura, em que medida estes resultados eram (ou não) corroborados. A resposta a este intento ficou-se pelo encontro de resultados similares somente ao nível do código 7, relativo ao traço Esquizofrenia. De modo mais específico, numa investigação levada a cabo por Sánchez (2003), cujo objectivo versou a adaptação do MSI (*Multiphasic Sex inventory*), bem como efectuar a caracterização sócio-demográfica, personalística e psicosexual de violadores ($n=104$) e de ASC's ($n=43$; idades: 37%, entre os 31 e os 40 anos; 26%, entre 41 e 50 anos; escolaridade: 37%, possuía o 2.º Ciclo do Ensino Básico), comparativamente com sujeitos presos por crimes não sexuais ($n=58$), que se encontravam a cumprir pena num EP

Espanhol, apurou-se pela aplicação do MMPI ao grupo de ASC's, um perfil personalístico assente no código 257, que corresponde aos traços Depressão (código 2), Paranóia (código 5) e à Esquizofrenia (código 7). Perante estes resultados, o autor interpretou-os do seguinte modo: a) combinação da Depressão com a Paranóia: sujeitos inseguros e que propenso à auto-culpabilização; tendência acentuada para projectar as próprias sensações de incapacidade face aos outros ou face ao próprio contexto; ressentimentos face aos que os rodeiam, culpabilizando-os das suas limitações/incapacidades, no sentido de tornar essa frustração mais tolerável para a sua auto-estima; hipersensibilidade e receio de ser alvo de críticas; baixa tolerância à frustração; b) combinação da Depressão com a Esquizofrenia: sujeitos que possuem acentuados sentimentos de culpa e de menos-valia enquanto pessoa; tendência ao isolamento social; tendência para a fixação de metas que não se encontram ajustadas com as suas reais capacidades; timidez perante o estabelecimento e/ou manutenção de relações interpessoais.

Remetendo a óptica de análise para os sujeitos normativos, pode declarar-se que estabelecemos o código 14 enquanto “representante” do seu perfil personalístico. A nível interpretativo o mesmo significou: a) código 1 - Hipocondria: indicativo de sujeitos bem adaptados, inteligentes, optimistas, com iniciativa e ambiciosos; demonstram ser pessoas seguras e eficazes na sua vida diária; expressam poucas queixas ou problemas somáticos, podendo dizer-se que devido ao elevado envolvimento na sua vida diária, podem por vezes descurar a sua atenção ou preocupação face sua própria saúde; b) código 4 - Desvio Psicopático: indicativo de sujeitos conformistas e convencionais, moralistas, reservados e passivos (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986).

Efectuando a respectiva contraposição entre os referenciados resultados para este grupo de sujeitos e os alcançados em investigação científica com base nesta análise personalística, aferiu-se a existência de um estudo realizado por Mosticoni e Chiari, (1979), no qual se objectivou apurar quais os códigos personalísticos mais prevalentes numa amostra normativa constituída por 123 sujeitos (do sexo masculino e feminino; idade entre os 25 e os 60 anos; nacionalidade espanhola; nível de escolaridade básica, secundária e/ou superior). Particularizando, estes autores apuraram que o código 35 era o mais prevalente na sua amostra não clínica, ou seja o código 3 corresponde à escala clínica Histeria e o código 5 equivale à escala clínica Masculinidade/Feminilidade (escala não contemplada no Mini Mult), e Histeria. Deste modo, os autores referenciados propuseram a seguinte interpretação dos seus resultados: a) código Histeria: sujeitos muito expressivos a nível emocional e/ou afectivo; capacidade de à vontade perante situações de interacção social, comunicando facilmente com quem os rodeia, no entanto perante situações de tensão, podiam por vezes ceder à ampliação das suas reacções emocionais; b) código Masculinidade/Feminilidade: sujeitos com um *background* cultural alargado; tendência para tecerem críticas face aos estereótipos inerentes ao seu grupo social; receptivos a situações novas/inesperadas; inconformistas; pautados por um sentido de originalidade e criatividade; tendência para a sublimação da agressividade, pois permitir-lhes-ia ser mais tolerantes face a determinadas atitudes ou

comportamentos de outros. Em prol destes factos, e efectuando o paralelismo entre os resultados inter-investigações, apurou-se a não corroboração ao nível dos traços personalísticos implicados na estimação dos códigos para traçar o perfil personalísticos dos sujeitos normativos.

Findo este ponto de referenciação teórico-prático, “passou-se o testemunho” de discussão de resultados, para o patamar de análise referente à complementaridade do perfil personalístico dos ASC’s e dos sujeitos normativos, em função da variável idade e escolaridade (cf. Tabela 57).

Tabela 57

Principais resultados obtidos ao nível da caracterização da normatividade/psicopatologia dos traços de personalidade, em função da variável idade e da variável escolaridade

Perfil Personalístico: Normatividade vs Psicopatologia dos Traços Personalísticos em função da variável Idade

No que diz respeito ao estudo dos traços personalísticos dos ASC’s e dos sujeitos normativos em função da variável idade, o primeiro raciocínio posto em voga operou em torno de resultados obtidos em média, dado que se utilizaram testes não paramétricos específicos para o efeito.

• **Diferenças Estatisticamente Significativas**

- ASC’s: existência de diferenças estatisticamente significativas, somente neste grupo de sujeitos, e apenas ao nível dos traços personalísticos Histeria e Depressão. Dos resultados registados nestas duas escalas clínicas, apurou-se que em média os sujeitos que pontuaram mais elevado tinham idade superior a 45 anos.

• **Resultados Clinicamente Significativos**

- ASC’s: constatou-se que em média, os resultados indicativos de psicopatologia, foram alcançados por sujeitos com idade superior a 45 anos ao nível dos traços personalísticos Desvio Psicopático e Esquizofrenia.

- Sujeitos Normativos: aferiu-se que independentemente da categoria de idade dos sujeitos, em média os resultados aferidos para todos os traços personalísticos, não reflectiram o seu carácter psicopatológico.

Cessado o prisma de análise baseado na apreciação de valores obtidos em média, prosseguiu-se com o estudo da mesma variável nominal, tendo-se remetido porém, para a ponderação da incidência absoluta e relativa de ASC’s e de sujeitos normativos nas categorias de normatividade/psicopatologia, em função das categorias de idade.

• **Diferenças Estatisticamente Significativas**

- ASC’s: verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, no que concerne apenas ao traço personalístico Hipocondria. Tal significou na prática, que o maior número de ASC’s com idade igual ou inferior a 45 anos, demonstrou possuir o carácter de normatividade aliado a este traço.

• **Resultados Clinicamente Significativos**

- ASC’s: constatou-se ao nível dos traços personalísticos Desvio Psicopático e Esquizofrenia, que o maior número de ASC’s e com idade superior a 45 anos, integrou a categoria indicativa de psicopatologia (tendo-se verificado no traço de personalidade Esquizofrenia, que igual número de sujeitos que integrou a categoria de normatividade, integrou também a categoria indicativa de psicopatologia),

- Sujeitos Normativos: não se verificou em nenhum dos oito traços personalísticos avaliados, e independentemente da categoria de idade dos sujeitos, que a maior incidência absoluta e relativa de sujeitos normativos tivesse representado a categoria de psicopatologia.

Perfil Personalístico: Normatividade vs Psicopatologia dos Traços Personalísticos em função da variável Escolaridade

A semelhança da lógica supramencionada para a variável idade, sucedeu-se a explicitação dos principais resultados obtidos, mas no que se refere à variável escolaridade.

• **Diferenças Estatisticamente Significativas**

- Sujeitos Normativos: verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas somente ao nível do grupo de sujeitos normativos, e apenas no que respeita aos traços de personalidade Paranóia, Esquizofrenia e Hipomania. Por outras palavras, (e por intermédio da execução de uma análise estatística assente na comparação múltipla de médias), afigurou-se que em média os sujeitos que pontuaram mais elevado nos referenciados traços, possuíam escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico. Todavia, em média, os resultados apurados por estes sujeitos ao nível destes três traços de personalidade, não se revelaram tradutores de indicadores de psicopatologia.

• **Resultados Clinicamente Significativos**

- ASC's: somente nos traços de personalidade respeitantes à Depressão, Desvio Psicopático e Esquizofrenia, se obtiveram em média pontuações indicativas de psicopatologia, porém estes sujeitos divergiam quanto à categoria de escolaridade na qual se prefiguraram estes resultados. De modo mais específico, no que respeita ao traço personalístico Depressão, os sujeitos possuíam escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico, no traço de personalidade Desvio Psicopático, tinham escolaridade correspondente ao Ensino Secundário, e por último, em termos do traço personalístico Esquizofrenia, os ASC's detinham escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico.

- Sujeitos Normativos: apurou-se que em nenhum traço de personalidade, e independentemente da categoria de escolaridade em causa, os sujeitos normativos obtiveram em média, pontuações tradutoras de psicopatologia.

Finalizada a explicitação de resultados em termos dos valores alcançados em média, procedeu-se à averiguação da distribuição das frequências absolutas e relativas de ASC's e de sujeitos normativos, pelas categorias de normatividade/psicopatologia dos traços de personalidade, em função da variável escolaridade.

• **Diferenças Estatisticamente Significativas**

- Sujeitos Normativos: registou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas somente para este grupo de sujeitos, e apenas ao nível dos traços personalísticos de Depressão e de Paranóia. Assim sendo, verificou-se que além da normatividade inerente a este dois traços personalísticos, a maior incidência absoluta e relativa destes sujeitos possuía escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico. Todavia, no traço de Personalidade Paranóia, igual soma de sujeitos detinha por seu turno, escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Resultados Clinicamente Significativos

- ASC's: averiguou-se no que se refere aos traços de personalidade Depressão, Desvio Psicopático, Paranóia e Esquizofrenia, que o maior número de ASC's, além de ter integrado a categoria concernente à psicopatologia, possuía também escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico (importa ressaltar que no traço personalístico Depressão, a mesma soma de sujeitos enquadrou-se no patamar normativo, bem como no psicopatológico).

- Sujeitos Normativos: independentemente da categoria de escolaridade implicada, o carácter psicopatológico não vingou com a representação da maior soma de sujeitos, em nenhum traço de personalidade. Assim sendo, atestou-se que a maior fasquia numérica e percentual de sujeitos normativos além de ter deixado patente a normatividade dos traços personalísticos de Depressão, Histeria, Desvio Psicopático, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania, era de igual modo caracterizado pela detenção de escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico.

Aquando da efectivação da revisão bibliográfica para de alguma forma indagar o estado da arte relativamente ao raciocínio expresso nos principais resultados precedentemente mencionados, deparámo-nos com a inexistência de referências científicas que reportassem linhas de investigação no qual se tivesse procedido à execução da mesma (ou similar de algum modo) análise estatística e conseqüente discussão de resultados¹⁶. Consciente desta lacuna, impusemo-nos em reverter a mesma, mediante a averiguação de qual o “norte” que tem sido adoptado pela comunidade científica para estudar a personalidade em função da variável idade e escolaridade. Dos estudos científicos (escassos) encontrados, e relativamente ao grupo de ASC's, procedemos à selecção daqueles que nos permitiram de alguma forma acrescentar conhecimento científico em relação à vertente de pensamento veiculada neste

¹⁶No momento de efectivação do estado da arte acerca do estudo da personalidade em função da variável idade e escolaridade, constatou-se um predomínio de estudos que somente contemplavam estas variáveis enquanto estatística descritiva da amostra de ASC's (e.g. Leue, Borchard & Hoyer, 2004) ou de amostras de sujeitos que cometeram outros crimes de natureza sexual (e.g. Gonçalves & Vieira, 2005), ou enquanto caracterização da idade e da escolaridade de início da carreira delitiva em função do crime sexual cometido (e.g. Rebocho, 2007), sem (também) relacionarem tão pouco, com os indicadores de normatividade/psicopatologia dos traços personalísticos.

tópico, e cujos argumentos expostos se transformaram em inferências por nós promulgadas de forma científica/clínica e empírica.

Partindo da consideração do grupo de ASC's, a literatura científica que de algum modo contemplou o estudo da personalidade em função de variáveis como a idade e a escolaridade, foi a seguinte: 1) Kalichman (1991): investigou as características de personalidade de criminosos sexuais em função da idade da vítima, tendo partido de uma amostra formada por ASC's e violadores (todos do sexo masculino) que se encontravam a cumprir pena em EP's dos EUA. A amostra foi dividida em 3 grupos, ou seja, o primeiro grupo era constituído por 54 ASC's cujas vítimas eram pré-púberes (idade igual ou inferior a 12 anos), o segundo grupo era composto por 42 ASC's cujas vítimas eram pós-púberes adolescentes (idades entre os 13 e os 17 anos), e o terceiro grupo era composto por 48 violadores cujas vítimas eram adultas (idade igual ou superior a 18 anos). Para efectivar o seu desígnio, o autor aplicou um questionário sócio-demográfico, o STPI (inventário estado traço de personalidade), o MMPI, a Escala de Auto-estima, e a Escala de desejabilidade social de Marlowe-Crowne. Enfatizando somente os resultados obtidos no MMPI e apenas pelo primeiro grupo de ASC's, aferiu-se que estes sujeitos apresentaram elevações em 7 das 13 escalas do MMPI (comparativamente com o terceiro grupo de criminosos sexuais), designadamente escalas Frequência, Histeria, Hipocondria, Paranóia, Psicastenia, Esquizofrenia e Introversão Social. Este padrão de resultados foi descrito como característico de pedófilos, pois segundo o autor, elevações nas escalas clínicas Histeria e Esquizofrenia sugeriam dificuldades significativas no desenvolvimento de relações interpessoais e vivência de experiências de alienação social; elevações nas escalas clínicas Hipocondria e Esquizofrenia traduziram a presença de imaturidade expressa numa variedade de contextos (e.g. sociais), e experiências de ideação sexual inusual; elevações nas escalas Frequência, Paranóia e Psicastenia, significavam que os ASC's experienciavam níveis elevados de distúrbio emocional e de psicopatologia; elevações na escala Introversão Social indicavam que os ASC's eram socialmente inadequados e que se sentiam desconfortáveis quando estabeleciam contactos sociais. Deste modo, Kalichman (1991) concluiu que os ASC's apresentavam indicadores mais avultados de distúrbios emocionais, de imaturidade e *distress* psicológico, apoiando assim a hipótese que lançara inicialmente, ou seja, e segundo o modelo de Finkelhor e Araji (1986), a personalidade destes ASC's tendia a ser congruente com o período desenvolvimental das vítimas; 2) Soeiro (2008): levou a cabo um estudo exploratório na qual procurou definir tipologias de ASC's (identificar diferentes perfis criminais associados ao crime de ASC, considerando variáveis como as características dos agressores, das vítimas e do respectivo comportamento criminal) com base na Abordagem Estatística do *Profiling*. A recolha dos dados foi efectuada a partir do questionário para investigação do Agressor Violento - versão para o crime de ASC (QIPAV-ASC, ISPJCC, 2000), tendo sido analisados 131 casos de ASC investigados pela Secção de Crimes Sexuais ao nível das directorias de Lisboa e Vale do Tejo, Centro e Sul, da Polícia Judiciária, entre 2000 e 2007. Os dados foram analisados através de análise estatística de correspondências múltiplas (ACM), a partir dos quais foram identificados quatro perfis

distintos. Desta totalidade numérica de perfis, decidimos destacar os que implicavam ASC's com características de idade e de escolaridade idênticas às categorias por nós formuladas. Assim sendo, destacou-se o perfil 1 designado por intrafamiliar - inadequado, uma vez que os ASC's revelaram um inadequado cumprimento do papel parental em relação à vítima. Este grupo foi representado por 28 casos, o que correspondeu a 21,37% da amostra estudada. Nela integraram-se pais e padrastos com idade entre os 26 e os 55 anos de idade; possuíam profissões pouco qualificadas e habilitações literárias, correspondentes ou à iliteracia ou ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; eram casados/comunhão de facto e/ou divorciados/separados; apresentavam antecedentes criminais, mas que envolviam a prática de crimes não sexuais (e.g. roubo); quanto às perturbações psicológicas, estes sujeitos possuíam historial de consumo de substâncias, e portanto alterações comportamentais/personalísticas inerentes; o comportamento criminal englobava características como a premeditação, e envolviam penetração vaginal e anal; as agressões tinham sido cometidas na casa do abusador ou abusador/vítima; a vítima tinha idade entre os 8 e os 16 anos de idade, sexo feminino e possuía o 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; eram oriundas de famílias biparentais e/ou residiam em/com famílias de acolhimento; as lesões/consequências para as vítimas aquando do abuso sexual, equivaleram comumente a situações de gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis. O outro perfil a sobressair foi o perfil 4, que foi classificado por extrafamiliar - sedução, pois o comportamento destes ASC's revelou a procura da vítima para o estabelecimento de uma relação de proximidade, que fosse "benéfica" para a mesma (em termos de bens materiais e/ou demonstração de afectos), e que permitisse a gratificação sexual para o abusador; este grupo foi representado por 62 casos da amostra (49%) e integrou, vizinhos e/ou amigos da família, professores e desconhecidos, e geralmente solteiros; em termos profissionais, eram trabalhadores qualificados, ou encontravam-se desempregados; possuíam frequência do ensino secundário (ou mesmo completo) e/ou formação superior; tinham idade entre os 18 e os 25 anos ou mais de 55 anos de idade; não apresentavam registo formal de antecedentes criminais e/ou de quaisquer perturbações psicológicas; a análise do comportamento criminal identificou um comportamento não premeditado, com registo de toques sexuais diversos (não ameaçavam as vítimas, apresentando uma postura amável), pelo que perante a resistência da vítima, o abusador desistia de cometer o abuso; todavia, quando o abuso era cometido, decorria em espaços públicos, como escola ou imediações; as vítimas costumavam ter entre os 2 e os 7 anos de idade, eram maioritariamente do sexo masculino, detinham habilitações literárias equivalentes ao infantil; integravam famílias monoparentais ou instituições; não costumavam apresentar lesões físicas.

Em jeito de reparo adicional, pode afirmar-se que na ausência de contemplação na nossa investigação de informações acerca das vítimas, bem como das tipologias dos ASC's, conseguimos de forma inesperada mas muito pertinente, através do contraste entre os resultados por nós obtidos e o conteúdo científico exposto, "largar" pistas em prol do reflexo da idade da vítima (etapa desenvolvimental) na personalidade do ASC's, da natureza intra ou

extra familiar dos ASC's (tipologias), da caracterização etária e escolar dos ASC's e da(s) vítima(s), e de todo um rol mais vasto de dados acerca do binómio ASC's-vítima¹⁷.

Em relação ao grupo de sujeitos normativos, efectuámos constatações similares às mencionadas na introdução deste ponto, pelo que a aparente carência de estudos científicos encontrados em prol do estudo da personalidade em função da idade e da escolaridade, pode dever-se em parte, à escassez do próprio estudo da personalidade em amostras não clínicas. Em conformidade com esta factualidade, e no sentido de conseguir de algum modo debater os resultados obtidos pelo grupo de sujeitos normativos, pôs-se em prática o mesmo plano alternativo mencionado para o grupo de ASC's, tendo-se averiguado a existência de literatura científica que coloca a personalidade sob o prisma quase de dilema, ou seja, entre a estabilidade vs mudança, em função da idade (não se tendo encontrado literatura científica que contemplasse de algum modo o estudo da personalidade em função da variável escolaridade). Foi possível constatar ao nível desta perspectiva dual de personalidade, a adopção de duas posições pela comunidade científica, isto é, a defesa isolada da estabilidade, como acontece com autores como Freud; a defesa da mudança da personalidade mas em períodos desenvolvimentais distintos (isto é, após a infância e no decurso da adolescência), como é defendido pelos teóricos Allport e Murray; ou ainda outros como Jung e Maslow, que defendem que a mudança personalística ocorre somente na meia-idade. Esta mesma discrepância de resposta face à referenciada perspectiva paradoxal da personalidade, observou-se de modo idêntico nos estudos longitudinais realizados por Costa e McCrae (1994), que defenderam a estabilidade dos factores de personalidade a partir dos 30 anos, ao contrário de Hansenne e colaboradores (2001), que demonstraram que a dimensão do modelo de Cloninger, denominada por Abertura à Novidade se correlacionava negativamente com a idade, e que a dimensão de Transcendência se correlacionava positivamente com esta mesma variável, tanto para homens como para mulheres. Desta feita, a comunidade científica parece somente concordar em dois aspectos gerais. O primeiro concerne no facto de que o único consenso que existe em relação à estabilidade vs mudança da personalidade, é o de que não existe consenso. O segundo consenso consiste no facto de se atribuir aos designados *life events* (e.g. acidente grave, ter sido vítima de abuso sexual, etc.) a possível justificação de mudança da personalidade, em função da idade (Hansenne, 2003; Schultz & Schultz, 2003).

Contudo, importa acrescentar que não tomámos partido em prol de nenhuma perspectiva teórica apresentada, pois além de não ter constituído um dos objectivos da nossa investigação, as mesmas foram somente referenciadas como forma comentarmos os resultados obtidos pelos sujeitos normativos. Logo, partiu-se em alternativa à efectivação de uma reflexão crítica acerca da estabilidade vs mudança da personalidade em função da

¹⁷ Na nossa investigação não definimos, nem dividimos os ASC's pelo grau de parentesco ou de relacionamento com o vítima (isto é, intra ou extra familiar), pelo que temos consciência de que este facto pode ter constituído uma possível limitação. Todavia, aceder a este tipo de informações, exigia a consulta dos processos-crime dos sujeitos, ou o questionamento do próprio recluso (o que neste último caso, poderia em muito ter repercussões negativas ao nível da aceitação de participação no estudo), pelo que não nos foi concedido deferimento por parte da DGSP.

idade, pelo que lançamos à comunidade científica o seguinte repto, “*Uma vez ASC’s, para sempre ASC’s?*”, e ainda “*Nunca ASC’s, para (sempre) nunca ASC’s?*”.

Encerrado o precedente tópico, discutiram-se os principais resultados por nós obtidos ao nível das medidas de mensuração do sentido e grau de associação entre os traços de personalidade avaliados pelo Mini Mult (cf. Tabela 58).

Tabela 58

Principais resultados obtidos ao nível das associações existentes entre os traços de personalidade

Grau e Sentido Associações entre os Traços de Personalidade

No momento em que se objectivou apurar qual o sentido e o grau de associação entre cada um dos traços personalísticos avaliados pelas 8 escalas clínicas do Mini Mult, foi possível verificar, atendendo às conotações formuladas por Pestana e Gageiro (2008), a existência de associações positivas de grau moderado e associações positivas de grau alto/elevado. Atendendo a este facto, decidimos evidenciar para cada grupo de sujeitos da amostra, as associações positivas com maior grau de associação, pois por se encontrarem mais próximas do valor 1, são as que mais traduzem a existência de uma associação positiva quase perfeita (Maroco, 2007). Efectivando este raciocínio, atestou-se:

- ASC’s: existência de associações positivas de grau alto/elevado entre os traços personalístico Hipocondria e Histeria; entre o traço personalísticos Depressão e os traços personalísticos Esquizofrenia e Psicastenia; entre o traço personalístico Desvio Psicopático e os traços personalísticos Psicastenia e Esquizofrenia; e finalmente, entre os traços personalísticos Psicastenia e Esquizofrenia.

- Sujeitos Normativos: apurou-se a presença de associações com o referenciado grau e sentido, entre os traços personalísticos Histeria e Hipocondria, bem como entre os traços personalísticos Esquizofrenia e Paranóia.

Analisando de forma global e integradora os principais resultados explicitados, pode certificar-se em linguagem de senso comum (e advertindo que embora sem utilizarmos as designações específicos das escalas clínicas, nos referimos unicamente às escalas clínicas citadas na Tabela 58) que independentemente da pontuação obtida pelos ASC’s ou pelos sujeitos normativos numa determinada escala clínica, os mesmos sujeitos pontuaram com o mesmo grau e sentido numa outra escala clínica. Por outras palavras, um aumento de pontuação numa escala clínica, foi acompanhado, ou encontrou-se associado em média, a acréscimos de pontuação, com o mesmo grau e sentido, numa outra escala clínica.

Procurando contrastar os principais resultados obtidos com alguma literatura científica, apurou-se a existência de estudos internacionais com amostras forenses (e.g. Thornton, Finch & Griffin, 1975) ou não clínicas (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986), na qual se procedeu ao cálculo do Coeficiente de Correlação de *Pearson* entre as escalas clínicas do MMPI e as escalas clínicas do Mini Mult (ou seja, entre as 8 escalas clínicas que possuem em comum). Todavia, ao invés dos autores terem construído uma matriz de correlações entre todas as escalas, somente relacionaram um mesmo par de escalas clínicas entre si (e.g. estudar o sentido e grau de associação entre a escala Mentira do MMPI e escala de Mentira do Mini Mult). Desta feita, optou-se por não referenciar os resultados destas linhas investigativas, pois não permitiam estabelecer comparações fidedignas inter-estudos, formulando-se um raciocínio alternativo que nos pareceu mais válido e plausível. Dito de outro modo, atendemos a alguns dos aspectos que foram referidos no preâmbulo da presente discussão de resultados, ou seja, o MMPI, versão original e a partir do qual foi construído o Mini Mult, foi publicado em 1940, e a conceptualização de cada um dos traços de personalidade sob a forma de escalas clínicas, foi executada pelos seus próprios autores, designadamente Hathaway e McKinley (Kincannon,

1968). Deste modo, considerou-se que é cientificamente mais fidedigno debater e justificar estes resultados, de acordo com os pressupostos formulados pelos autores referenciados para cada um dos traços personalísticos, pois assumir a explanação dos mesmos com base nos critérios de diagnóstico do DSM, exigia recuar até a marcos temporais históricos que antecederam e/ou procederam a publicação do MMPI. Tal exercício cronológico revelar-se-ia obrigatório, pois é sabido que o DSM reflecte o conhecimento científico da psicopatologia de uma determinada época e cultura(s), todavia atestou-se que a primeira edição do DSM-I foi somente publicada em 1952, isto é, 12 anos após a publicação do MMPI. Assim sendo, e para explicitar o que significa em termos práticos a obtenção das associações positivas de grau alto/elevado ao nível dos traços de personalidade referenciados, optou-se por indicar a leitura da Tabela 25, pois a mesma contém a explicitação da conceptualização genérica inerente a cada um dos mesmos. Por outras palavras, pretende-se que o leitor compreenda que independentemente da pontuação obtida em determinado traço de personalidade, e que se irá repercutir com igual sentido e grau num outro traço personalístico, existe um princípio geral, formulado pelos autores do MMPI, que funciona como significante ou “identidade” de cada traço de personalidade (e portanto não são passíveis de extrapolações com os critérios de diagnóstico da DSM).

2.10.3. SCL90R - Perfil de Saúde Mental: Abusadores Sexuais de Crianças vs Sujeitos Normativos

Inaugurando este terceiro tópico de discussão de resultados, debruçamo-nos primeiramente sobre o debate e justificação teórico-prática dos principais resultados por nós obtidos no que respeita às propriedades psicométricas essenciais, e sempre a ter em conta, quando se pretende desenvolver uma investigação sustentada metodologicamente pela aplicação de instrumentos de avaliação psicológica, designadamente a consistência interna do SCL90R (cf. Tabela 59).

Tabela 59

Principais resultados obtidos ao nível da Consistência Interna do SCL90R

Consistência interna do instrumento de avaliação da Saúde Mental

De acordo com a nomenclatura postulada por Pestana e Gageiro (2008), ficou garantida a existência de uma consistência interna conotada como muito boa/excelente para o questionário de avaliação de saúde mental, quando se contabilizou somente o número total de itens do mesmo, em função da totalidade da amostra. Todavia, aquando da discriminação da consistência interna por cada um dos índices de saúde mental e por ambos os grupos de participantes, verificou-se:

- Amostra Total e ASC's: obtenção de consistências internas conotadas como razoável, boa e muito boa/excelente.

- Sujeitos Normativos: obtiveram-se valores indicativos de consistência interna inadmissível, razoável e boa.

Assimilando de forma criteriosa os resultados referenciados, consideramos que os mesmos nos parecem ter prestado em grande medida, uma noção de garantia de que os itens do questionário mediram os constructos relativos aos indicadores sintomáticos e globais de

saúde mental que se propunham medir. Contudo, não se pode deixar “cair em falso” os resultados alcançados pelos sujeitos normativos em termos da Escala Adicional, pois acabaram por demonstrar de forma corroborativa os resultados de consistência interna aferidos pelo próprio Derogatis (1994). De modo idêntico à versão construída e validada pelo autor, registaram-se na nossa investigação, no que respeita a esta Escala Adicional, valores de consistência interna inadmissíveis, pelo que para potenciar a precisão e a validade da interpretação destes resultados, optámos por excluir da análise estatística a contabilização da totalidade de itens integrados nesta dimensão, procedimento este também efectuado por Derogatis.

Posteriores a estas primeiras considerações, surgiu-nos uma questão que também se impôs ao nível do questionário Mini Mult, isto é, o facto do SCL90R não se encontrar aferido para a população portuguesa. Para responder a esta lacuna poderíamos ter-nos socorrido somente do facto, de que os resultados por nós obtidos em termos de consistência interna, nos parecerem ter dado garantias da medição/avaliação dos constructos de saúde mental pretendidos. Todavia, a maturação do investigador, pensamos nós, deve alcançar-se por intermédio do conhecimento das lacunas e das potencialidades que se encontram inerentes aos instrumentos de avaliação psicológica, pois esta actividade é como que uma “marca registada” da Psicologia. Assim sendo, buscou-se averiguar o ponto da situação nacional relativamente à aferição (ou não) dos questionários com a mesma TAA/I, bem como justificar a escolha do SCL90R.

De acordo com Canavarro (1999 cit. in Simões, Machado, Gonçalves & Almeida, 2007), dos instrumentos com a mesma TAA/I do SCL90R, somente o BSI se encontra adaptado para a população portuguesa. Porém a mesma reconheceu e acrescentou que este seu estudo preliminar de validação do BSI possui uma lacuna a não descurar, isto é, não realizou estudos de normalização dos resultados que lhe permitissem desenvolver (à semelhança do instrumento original concebido por Derogatis) os valores/notas T padronizadas, importando sublinhar que esta constitui a etapa final implicada e exigida num qualquer processo de aferição de instrumentos de avaliação psicológica. As repercussões desta limitação “fizeram-se sentir” nos estudos realizados posteriormente com o BSI e que envolveram predominantemente amostras clínicas, pois o que imprime o real significado, possibilidade de interpretar, e de comparar resultados entre investigações, são as notas T, e não a consideração dos resultados obtidos em média pelos sujeitos. Atendendo ainda às constatações efectuadas pela autora referenciada, pode atestar-se que Baptista, em 1993, estudou as propriedades psicométricas do SCL90R, e mais uma vez, a amostra constituída era de carácter clínico. Por tudo isto, Canavarro promulga a pertinência de realizar no âmbito nacional, estudos destinados à aferição destes questionários em amostras normativas globais ou específicas (e.g. forenses).

Tendo plena consciência das considerações precedentes, optámos pela utilização do SCL90R, uma vez que aliada à personalidade, a saúde mental constituía um outro pretendido domínio de estudo. Especificando, e de acordo com Manita (2002) o SCL90R segue um formato

de *checklist*, e assume-se como um dos questionários mais utilizados em Portugal e também em países europeus e norte-americanos, visto que o seu modelo de pontuação tem-se revelado um bom discriminador de indicadores de saúde mental, permitindo distinguir os indivíduos que demonstram possuir indicadores de sintomatologia (diversa ou específica) de carácter psicopatológico, daqueles que não possuem. Por outro lado, mas não menos importante, além de garantidos os requisitos de apropriabilidade, economia de tempo e energia (pois embora tenha 90 itens, os mesmos são constituídos por um número muito reduzido de vocábulos e de fácil compreensão), adequabilidade, interpretabilidade, aceitabilidade, e utilidade, o SCL90R tem também “dados provas” da sua forte robustez psicométrica, por intermédio da sua utilização em diferentes países/culturas, ao nível de diversas áreas de saúde.

Carimbado” o findar do escrutínio antecedente, passamos a discutir os principais resultados obtidos pelos ASC’s e pelos sujeitos normativos, e que permitiram traçar o seu perfil de saúde mental, em função primordial de categorias de normatividade/psicopatologia, e posteriormente em função também da variável de idade e de escolaridade (cf. Tabela 60).

Tabela 60

Principais resultados obtidos ao nível dos índices sintomáticos e globais de saúde mental, em função dos indicadores da sua normatividade/psicopatologia e da variável idade e escolaridade

Perfil de Saúde Mental: Normatividade vs Psicopatologia dos índices sintomáticos e globais de Saúde Mental

- ASC’s: constatou-se que obtiveram em média as pontuações tradutoras de psicopatologia, ao nível dos índices sintomáticos de saúde mental denominados por Ideação Paranóide, Depressão, Ansiedade, Somatização, Sensibilidade Interpessoal e Hostilidade, bem como nos índices globais de saúde mental denominados por Severidade dos Sintomas Presentes, Global de Severidade e Total de Sintomas Positivos.

- Sujeitos Normativos: verificou-se em média, que os resultados indicativos de psicopatologia, foram alcançados nos índices sintomáticos de saúde mental relativos à Ideação Paranóide e à Somatização, bem como nos índices globais de saúde mental designados por Total de Sintomas Positivos e Global de Severidade.

Contudo, importa ressaltar que se registou a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível das médias de pontuação obtida entre ambos os grupos de participantes, ou seja, o grupo de ASC’s obteve em médias as pontuações mais elevadas em todos os índices sintomáticos e globais avaliados pelo SCL90R. Por conseguinte, e objectivando apreender de que forma estes resultados se reproduziram em termos de existência ou não de psicopatologia, efectuou-se a implicação das categorias de normatividade/psicopatologia dos índices sintomáticos e globais de saúde mental, em função de cada um dos grupos de participantes.

• **Diferenças Estatisticamente Significativas**

- ASC’s Vs Sujeitos Normativos: Por intermédio desta opção estratégica, foi possível constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível de todos os índices sintomáticos e globais de saúde mental, à excepção do índice global referente ao Total de Sintomas Positivos. Assim sendo, e no que se concerne primeiramente aos índices sintomáticos de saúde mental, pode declarar-se que nos índices Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Psicoticismo e Ideação Paranóide, a maior soma de ASC’s, bem como de sujeitos normativos, evidenciou a existência de indicadores de psicopatologia. Em contrapartida, nos índices sintomáticos de saúde mental relativos à Depressão, Ansiedade, Hostilidade e à Ansiedade Fóbica, a incidência mais elevada de ASC’s transpareceu a presença de indicadores de psicopatologia, enquanto que a maior cifra de sujeitos normativos, demonstrou possuir um carácter normativo associado a estes mesmos índices. Relativamente aos índices globais de saúde mental, apurou-se no índice Global de Severidade, que o maior número de ASC’s e de sujeitos normativos “deu provas” da existência de indicadores de psicopatologia. Por seu turno, no índice Severidade dos Sintomas Presentes, a maior incidência de ASC’s integrou o patamar categórico de psicopatologia, e o maior número de sujeitos normativos denotou a presença de indicadores de normatividade.

• **Resultados Clinicamente Significativos**

- ASC's Vs Sujeitos Normativos: A excepção à regra, em termos da inexistência de diferenças estatisticamente significativas consistiu no índice global de saúde mental conotado por Total dos Sintomas Positivos. Por outras palavras, apurou-se que as maiores frequências absolutas e relativas de ASC's e de sujeitos normativos, denunciaram possuir indicadores de psicopatologia subjacente a este índice de saúde mental.

Perfil de Saúde Mental: Normatividade vs Psicopatologia dos índices sintomáticos e globais de Saúde Mental em função da variável Idade

A indagação da normatividade/psicopatologia aliada aos índices sintomáticos e globais de saúde mental em função da variável idade, foi efectuada primeiramente atendendo aos valores alcançados em média pelos ASC's e pelos sujeitos normativos.

• **Diferenças Estatisticamente Significativas**

Tendo-se operacionalizado o desígnio anterior, verificou-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas para qualquer grupo de participantes da amostra ao nível das referenciadas variáveis em contraste.

• **Resultados Clinicamente Significativos**

- ASC's: apurou-se que nos índices sintomáticos de saúde mental relativos à Sensibilidade Interpessoal, Hostilidade, e Psicoticismo, bem como no índice global de saúde mental alusivo ao Global de Severidade, em média as pontuações de carácter psicopatológico foram alcançadas pelos sujeitos com idade igual ou inferior a 45 anos. Em contrapartida, nos índices sintomáticos de saúde mental designados por Somatização, Obsessões-Compulsões, Depressão, Ansiedade, Ansiedade Fóbica e Ideação Paranóide, bem como nos índices globais de saúde mental respeitantes ao Total de Sintomas Positivos e à Severidade dos Sintomas Presentes, em médias os resultados de evidência psicopatológica foram obtidos por sujeitos com idade superior a 45 anos.

- Sujeitos Normativos: pode prestar-se conhecimento de que nos índices sintomáticos de saúde mental intitulados por Somatização, Obsessões-Compulsões e Ideação Paranóide, bem como nos índices globais de saúde mental concernentes ao Global de Severidade e ao Total de Sintomas Positivos, em médias as pontuações de carácter psicopatológico foram registadas nos sujeitos com idade superior a 45 anos.

Findada a argumentação dos valores obtidos em média, sucedeu-se o devido escrutínio empírico dos principais resultados alcançados, aquando da distribuição das frequências absolutas e relativas dos sujeitos de ambos os grupos de participantes, pelas categorias de normatividade/psicopatologia dos índices sintomáticos e globais de saúde mental, em função das categorias de idade.

• **Diferenças Estatisticamente Significativas**

Aquando da efectivação do procedimento referenciado precedentemente, não se aferiu a existência de diferenças estatisticamente significativas, em nenhum dos dois grupos de sujeitos em investigação, ao nível de qualquer um dos índices sintomáticos e globais de saúde mental.

• **Resultados Clinicamente Significativos**

- ASC's: verificou-se para todos os indicadores sintomáticos e globais de saúde mental, que a maior soma destes sujeitos revelou possuir um carácter psicopatológico inerente aos mesmos, contudo as únicas diferenças registadas ocorreram ao nível da sua categoria de idade. Traduzindo esta ideia por factos, declara-se que nos índices sintomáticos de saúde mental de Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ideação Paranóide, Psicoticismo, e nos índices globais de saúde mental respeitantes ao Global de Severidade e à Severidade dos Sintomas Presentes, os ASC's tinham idade igual ou inferior a 45 anos. Por seu turno, aferiu-se que nos índices sintomáticos de saúde mental relativos à Somatização, Obsessões-Compulsões, Ansiedade Fóbica, bem como no índice global de saúde mental referente ao Total de Sintomas Positivos, os ASC's possuíam idade superior a 45 anos.

- Sujeitos Normativos: constatou-se que além do maior número de sujeitos normativos possuir indicadores psicopatológicos de saúde mental, ao nível dos índices sintomáticos de Somatização, Obsessões-Compulsões, Ideação Paranóide, Psicoticismo, e do índice global associado ao Global de Severidade e ao Total de Sintomas Positivos, estes detinham idade superior a 45 anos. A mesma constatação de existência de psicopatologia foi constatada para os índices sintomáticos de saúde mental designados por Sensibilidade Interpessoal e Ideação Paranóide (sublinhe-se que se obteve neste índice sintomático, o mesmo número de sujeitos a integrar a categoria de normatividade e de severidade dos indicadores de saúde mental), bem como no índice global de saúde mental relativo à Severidade dos Sintomas Presentes, todavia os sujeitos possuíam idade igual ou inferior a 45 anos.

Perfil de Saúde Mental: Normatividade vs Psicopatologia dos Indicadores Sintomáticos e Globais de Saúde Mental em função da variável Escolaridade

No que concerne à variável escolaridade, procedeu-se estatisticamente ao recurso dos testes não paramétricos efectivados para a variável idade, pelo que a lógica de apresentação dos principais resultados, será esboçada de forma similar.

• **Diferenças Estatisticamente significativas**

- Sujeitos Normativos: somente ao nível dos índices sintomáticos de saúde mental denominados por Ideação Paranóide e Psicoticismo, e dos índices globais de saúde mental conotados por Global de

Severidade e Severidade dos Sintomas Presentes, se apurou que em média os sujeitos que obtiveram as pontuações mais elevadas e indicativas de psicopatologia (à excepção do índice global Severidade dos Sintomas Presentes, que em média as pontuações obtidas não se caracterizaram pelo seu carácter patológico) possuíam escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico.

• **Resultados Clinicamente Significativos**

- **ASC's:** nos índices sintomáticos de saúde mental referentes à Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade e Ideação Paranóide, bem como nos índices globais de saúde mental concernentes ao Global de Severidade e Total de Sintomas Positivos, em média os ASC's que obtiveram pontuações tradutoras de psicopatologia, tinham escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico. Em oposição, nos índices sintomáticos de saúde mental relativos à Hostilidade, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo, em média os ASC's que pontuaram a título psicopatológico, possuíam escolaridade correspondente ao Ensino Secundário. A título excepcional, verificou-se no que índice global de saúde mental de Severidade dos Sintomas Presentes, em média os ASC's que obtiveram resultados de carácter patológico, tinha escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico.

- **Sujeitos Normativos:** aferiu-se que relativamente aos índices sintomáticos de saúde mental relativos à Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Hostilidade, Ideação Paranóide e Psicoticismo, bem como em relação ao índice global de saúde mental relativo ao Total de Sintomas Positivos, em média os sujeitos normativos que alcançaram pontuações indicativas de psicopatologia, possuíam escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico.

À *posteriori* procedeu-se à apreciação crítica das frequências absolutas e relativas obtidas, quando o intuito por nós versado assentou na análise das categorias de normatividade/severidade dos índices sintomáticos e globais de saúde mental, em função das categorias de escolaridade.

• **Diferenças Estatisticamente Significativas**

- **ASC's:** pode declarar-se que se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do índice sintomático de saúde mental designado por Somatização. Tal resultado deixou patente que além da maior incidência absoluta e relativa de ASC's possuir um carácter psicopatológico inerente ao referido índice de saúde mental, detinha escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico.

- **Sujeitos Normativos:** apurou-se a presença de diferenças estatisticamente significativas em termos dos índices sintomáticos de saúde mental denominados por Obsessões-Compulsões, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, e nos índices globais de saúde mental designados por Global de Severidade e Severidade dos Sintomas Presentes. Por outras palavras, nos índices sintomáticos de saúde mental relativos às Obsessões Compulsões e ao Psicoticismo, o maior número de sujeitos normativos evidenciou a presença de indicadores de psicopatologia associada aos mesmos índices. Todavia no que respeita especificamente ao índice sintomático Obsessões Compulsões, um mesmo número de sujeitos possuía por um lado, escolaridade equivalente por um lado ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico, e por outro, escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico. Por seu turno, no índice sintomático de saúde mental referente ao Psicoticismo, os sujeitos detinham escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico. Em jeito complementar, apurou-se também, que ao nível dos índices sintomáticos de saúde mental alusivos à Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, bem como ao índice global de saúde mental referente à Severidade dos Sintomas Presentes, além da maior soma de sujeitos ter afigurado a presença de indicadores de normatividade, os mesmos tinham escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico. Por último, apurou-se no índice global de saúde mental designado por Global de Severidade, que a maior e igual incidência absoluta e relativa destes sujeitos apresentava indicadores de psicopatologia, e escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico.

• **Resultados Clinicamente Significativos**

- **ASC's:** de um modo geral, em todos os índices sintomáticos e globais de saúde mental, a maior incidência absoluta e relativa de ASC's enquadrou-se na categoria tradutora de psicopatologia, divergindo assim somente ao nível a escolaridade dos sujeitos. De modo ilustrativo, verificaram-se as três seguintes evidências: a) índices sintomáticos de saúde mental designados por Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, bem como índice global de saúde mental relativo à Severidade dos Sintomas Presentes: os sujeitos possuíam escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; b) índice sintomático de saúde mental relativo à Depressão, bem como índice global de saúde mental relativo ao Total de Sintomas Positivos: os ASC's tinham escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico; c) índices sintomáticos de saúde mental alusivos às Obsessões-Compulsões, Ideação Paranóide, bem como índice global de saúde mental designado por Global de Severidade: um mesmo número de ASC's possuía por um lado, escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico, e por outro lado, escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico.

- **Sujeitos Normativos:** nos índices de saúde mental na qual o maior número de sujeitos exibiu indicadores de psicopatologia, efectuaram-se três constatações em relação à escolaridade dos sujeitos: a) índice sintomático Somatização e Sensibilidade Interpessoal: os sujeitos normativos tinham escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; b) índices sintomáticos de saúde mental rotulados por Ideação Paranóide: os sujeitos normativos tinham escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico; c) índice global designado por Total de Sintomas Positivos: igual número de

sujeitos normativos possuíam por um lado, escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico e por outro, detinham escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico.

A apresentação do perfil de saúde mental dos ASC's e dos sujeitos normativos, atendendo aos indicadores de sintomatologia normativa/psicopatológica, bem como ao consequente reflexo destes mesmos indicadores em função da idade e da escolaridade de ambos os grupos de sujeitos, suscitou-nos em primeiro lugar, analisar estes resultados mediante a sua confrontação com resultados obtidos por outros investigadores, todavia, deparámo-nos com a existência de apenas uma investigação científica realizada por Castro, López-Castedo e Sueiro (2009), direccionada para o estudo do perfil sócio-demográfico, criminológico e de saúde mental de uma amostra forense, na qual se aplicou, além de outros instrumentos, o SCL90R. Contudo, o estudo em questão “ficou-se” somente pela análise descritiva das pontuações obtidas em média por uma amostra constituída por 11 violadores e por 9 ASC's, tendo-se portanto apurado que no segundo grupo de sujeitos somente no índice Ansiedade Fóbica, se obteve em média, pontuações indicadoras de existência de sintomatologia de carácter psicopatológico. Estes resultados apenas corroboram os que por nós foram obtidos ao nível da Ansiedade Fóbica, mas revelaram-se completamente contrários aos por nós aferidos ao nível dos restantes 11 índices do SCL90R.

Em relação à literatura científica nacional e internacional que implicasse o estudo da saúde mental da população normativa através do SCL90R (ou de qualquer outro instrumento (com a mesma TAA/I), confrontámo-nos com a sua inexistência. Esta facticidade, depreende-se que possa ser o resultado dos argumentos explicitados por Canavarro (1999 cit. in Simões, Machado, Gonçalves, & Almeida, 2007) (e que se encontram patentes no ponto de discussão de resultados alusivo à Tabela 59, pelo que não foram de novo expostos, para minimizar efeitos de exaustividade repetitiva), bem como ser o produto de outras contingências não menos surpreendentes e alarmantes, que se encontram presentes no Relatório elaborado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007), denominado por Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007-2016. Em jeito de reflexão, a referenciada comissão empregou o vocábulo “*nunca*” para autenticar que não foi desenvolvido nenhum inquérito de morbilidade psiquiátrica, quer de âmbito nacional, quer de âmbito regional, facto este que tem conduzido ao desconhecimento da prevalência e da incidência da grande maioria das perturbações mentais em Portugal.

Assim sendo, e em linha de conta com todas estas contrariedades, “não baixámos os braços” e com o intuito de conseguir debater, justificar e efectuar inferências de natureza clínica e empírica, acerca dos principais resultados por nós alcançados (cf. Tabela 60), engendrámos um raciocínio que nos pareceu inovador (tendo em conta a literatura científica analisada), ou seja, primeiramente elucidou-se o leitor acerca das “brechas” existentes em termos da investigação científica realizada em torno do estudo da saúde mental em amostras forenses e não clínicas, secundariamente, descentrámo-nos da preocupação investigativa de justificar “ponto a ponto” os resultados por nós obtidos, para nos centrarmos numa reflexão

global na qual se concebeu a Saúde Mental de acordo com os desígnios da OMS (2002, 2003, 2004) e com o modelo multifactorial de Lahtinen, Lehtinen, Riikonen e Ahonen (1999), ou seja, formulou-se um ponderação crítica em torno da saúde mental tomando esta dimensão como uma preocupação de Saúde Pública, e não somente como mais uma discussão de resultados específicos de investigação. De modo complementar, e sem cairmos no erro de “perder de vista” quais são os dois grupos de sujeitos que nortearam a nossa investigação, optou-se por um lado, por apurar qual o processo ou condicionante principal associado ao cumprimento de pena, e que pode interferir negativamente com a saúde mental de amostras forenses, e por outro, procurou-se indagar quais os determinantes que podem ter implicações negativas ao nível da saúde mental da população normativa.

No que concerne especificamente à saúde mental analisada sob o prisma de amostras forenses (das quais se incluem os ASC's, pois a literatura científica tende a falar deste domínio de saúde mental, não particularizando por grupos de reclusos, mas antes pela sua inclusão global), decidiu-se enveredar pela formulação de inferências tomando como referência a explicitação dos pressupostos formulados por Gonçalves e Vieira (1995) e Gonçalves (2002) no âmbito das perturbações mentais inerentes ao Processo de Adaptação à Prisão¹⁸. Procedendo à abertura deste prisma específico de análise, Gonçalves (2002) refere que atendendo à cronicidade dos factores de *stress* existentes em contexto prisional e das características personalísticas de muitos delinquentes (e.g. ao nível dos ASC's: controlo deficitário de impulsos e da ansiedade, etc.), é crível que se desenvolvam distúrbios de adaptação específicos face ao meio prisional. Neste sentido, ao “falar-se” de perturbações de adaptação pretende-se fazer referência a uma plêiade de compromissos que se encontram patentes no decurso do cumprimento da pena de prisão de muitos reclusos (onde se incluem os sujeitos condenados pela prática de crimes sexuais), e que dizem respeito à forma como cada um vivencia o seu processo de adaptação, pois em muitos casos este mesmo processo oscila entre o apagamento pessoal e a colagem aos desígnios institucionais. Importa ressaltar que as patologias desta ordem, dizem respeito a distúrbios cuja origem directa assenta em factores de *stress* ambiental existentes na prisão, e na esteira do que é tipificado pelo DSM-IV-TR (2000) como Perturbações de Adaptação. Assim sendo, estas perturbações representam no fundo, um conjunto de respostas adaptativas que o indivíduo encontra para lidar com o *stress*, ainda que a expensas da sua integridade física e psicológica (APA, 2000). Numa primeira tentativa de sistematização, Gonçalves e Vieira (1995) efectuaram a listagem de seis grupos de perturbações, explicitando para cada uma das mesmas, um conjunto diverso de manifestações sintomáticas, que pareceram aos mesmos, bem como à mestrandia que pôde experienciar *in vivo* as demandas de um contexto prisional, e “ouvir” os pensamentos e/ou

¹⁸ Os mesmos autores procederam posteriormente à especificação da influência de factores e/ou condições dos EP's como a luminosidade, alimentação, horários de sono, rotinas diárias, etc., ao nível da Saúde Mental de amostras forenses. Todavia, embora se reconheça a sua relevância fez-se somente referência às perturbações mentais inerentes ao processo de adaptação à prisão, em detrimento desta visão mais particularizada, pois para se ser fidedigno na exposição deste segundo prisma de análise, teria de ter sido procedido à discriminação dos sujeitos por EP, pois os mesmos revelaram-se bastante antagónicos ao nível das condições e actividades “oferecidas” aos reclusos.

sentimentos relativos ao processo de adaptação em causa, uma forma empírica de elaborar um retrato assaz aproximado do que vem sendo exposto (cf. Figura 5).

Figura 5
Perturbações de Adaptação à Prisão

<ul style="list-style-type: none"> • Perturbação de tonalidade Ansiosa: - Agitação psicomotora, - Angustia, - Nervosismo, - Palpitações, - Suores e taquicardia, - Preocupações excessivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações do Comportamento: - Agressão hetero-dirigida, - Auto-mutilações, - Greve de fome, - Ingestão de objectos estranhos, - Não cumprimento das normas e regulamentos.
<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações de tonalidade Psicótica: - Alucinações e delírios, - Despersonalização, - Estados paranóides, - Psicose carceral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações de tonalidade Depressiva: - Astenia generalizada, - Inibição psicomotora, - Isolamento social, - Tentativa de suicídio.
<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações Hipocondríacas: - Medo de degeneração da pele, - Medo de doenças cardíacas, - Medo da impotência, - Medo de infecções virais e bacterianas, - Medo de perda dos cabelos, - Medo de perda dos dentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações Psicossomáticas: - Asma, Cefaleias, - Colites, - Dermatoses, - Hipertensão, - Hemorróidas e Úlceras gastro-intestinais.

Fonte: Gonçalves & Vieira, 1995

Gonçalves e Vieira (1995) afirmaram que os dois grandes segmentos que marginam as perturbações da adaptação à prisão, são a ansiedade e a depressão, pelo que ambas podem evidenciar-se através de distúrbios psicossomáticos ou de carácter hipocondríaco. No entanto, a ansiedade parece potenciar com mais frequência explosões de agressividade auto ou hetero dirigida (e.g. automutilações), ao passo que a depressão desencadeará com maior probabilidade as descompensações de tipo psicótico, e/ou a alteração da auto-imagem, e/ou a eclosão de delírios associadas a diversos medos, e/ou ideação paranóide, e/ou conduzir à tentativa de suicídio. Finalmente, convém frisar que todas estas manifestações têm como factor comum, a sua eclosão em meio prisional (factor stressante), não estando pois em causa as patologias pré-existentes até à data de entrada na prisão.

A estas inferências científicas e clínicas, importa acrescentar outras de carácter empírico. Deste modo, pode declarar-se aquando do contacto directo com os ASC's, que a sua grande maioria relatou que desde que se encontram a cumprir pena no EP, se tinham visto acometidos, (e traduzindo as suas afirmações sintomáticas para linguagem clínica), por índices elevados de ansiedade (e.g. taquicardia, sudorese, etc.), e/ou de depressão (e.g. apatia, isolamento social, etc.), e/ou de queixas somáticas (e.g. cefaleias, etc.), e/ou pela vivência de experiências de carácter psicótico (e.g. alucinações auditivas, etc.). Estes mesmos sujeitos adicionaram a ideia, de que no período anterior à sua entrada para o EP não padeciam destas manifestações sintomáticas, ou se padeciam era de forma esporádica, reforçando assim o exacerbamento das suas queixas desde que “entraram”, e à medida que permanecem em contexto prisional. Por seu turno, ASC's expuseram que além de ser quotidianamente stressante “*estar dentro*” de uma prisão, o facto de serem o grupo de

reclusos mais “mal-vistos”, “alvos de chacota” e de “marginalização”, não contribui para a reversão do considerado pelos mesmos, difícil processo de adaptação ao contexto prisional.

Com efeito, introduziu-se o escrutínio do domínio da saúde mental sob o ângulo de perspectiva da população normativa, em função das determinantes sociais e económicas. Pode dizer-se que as nossas inferências científicas e clínicas se basearam neste ponto, numa meta-análise realizada por Alves e Rodrigues (2010), em torno dos determinantes sociais e económicos da saúde mental, tendo os autores apurado que estas se encontram presentes, independentemente do nível de desenvolvimento do país em causa. Deste modo, Alves e Rodrigues sustentaram a sua investigação a partir de diversos estudos realizados para avaliar o impacto das perturbações mentais numa perspectiva abrangente, e que se têm revelado cruciais ao nível da explicitação da relevância da saúde mental na saúde física, bem como para evidenciar a relação entre várias doenças orgânicas e a saúde mental cf. Figura 6).

Figura 6

Determinantes sociais e económicas da saúde mental

<p>Ψ Emprego: a estabilidade laboral, tal como a satisfação no trabalho, estão relacionadas com melhores níveis de saúde e de bem-estar. Ao invés, o desemprego encontra-se associado a maiores níveis de doença e de mortalidade precoce. A insegurança laboral, o receio de perder o emprego e a consequente vulnerabilidade, associam-se a uma baixa auto-estima e a sentimentos de humilhação e de desespero, especialmente em contextos de falta de suporte social, nos quais a situação de desemprego pode levar à carência dos bens essenciais, nomeadamente alimentação, para o próprio e para a sua família. Esta situação associa-se a elevadas taxas de ansiedade, depressão, podendo culminar no suicídio.</p>
<p>Ψ Educação: vários estudos têm demonstrado a existência de uma forte associação inversa entre o nível educacional e a ocorrência de perturbações mentais comuns (e.g. Depressão), ou seja, quanto maior o nível educacional, menor a incidência destas perturbações. Supõe-se portanto, que um maior nível de educação permite o acesso a empregos melhor remunerados, melhores condições de habitação, e ainda proporciona uma mais facilitada inclusão social. Inversamente, um nível educacional baixo parece constituir um marcador de condições adversas na infância, ou de um nível socioeconómico baixo. Todavia, estes achados não são universais, pois em alguns estudos realizados no Reino Unido, tal associação não foi identificada, verificando-se que o nível de rendimento, mas não o nível educacional, se encontrava associado com a ocorrência de perturbações mentais comuns.</p>
<p>Ψ Pobreza: Postula-se que a pobreza se encontra relacionada com um baixo nível socioeconómico, más condições de habitação, desemprego, baixa escolaridade e por um comprometimento ao nível da coesão familiar, pelo que estes elementos se associam à perturbação mental, na medida em que constituem factores de risco. Por seu turno, a pobreza dificulta o acesso aos serviços de saúde (não só cuidados de saúde mental especializados, como também cuidados de saúde primários), repercutindo-se esta barreira num impacto negativo ao nível da saúde mental, e da saúde física.</p>
<p>Ψ Habitação: Estudos têm demonstrado que as pessoas que possuem uma habitação condigna que lhes proporcione abrigo, não só físico mas também psíquico, possuem assim um factor protector ao nível da saúde mental. Deste modo, as pessoas de classes sócio-económicas desfavorecidas que não possuem esta garantia em termos de habitação, encontram-se expostas a maior risco de perturbação mental, doenças físicas, bem como maior risco de mortalidade.</p>
<p>Ψ Urbanização: Em diversas investigações, tem sido encontrada uma associação entre viver em cidades com elevada densidade populacional e possuir um maior risco de desenvolver perturbação mental. Esta associação tem sido explicada através de motivos diversos tais como, o enfraquecimento dos laços familiares, a adopção de estilos de vida menos saudáveis (e.g. com menor prática de exercício físico, obesidade, poluição ambiental), a vivência diária sobre elevados níveis de stress, a exposição a níveis elevados de violência, etc. Por outro lado, residir em meios rurais parece gerar condições propícias face ao desenvolvimento de perturbações mentais, devido ao isolamento, à falta de transportes e comunicações, à dificuldade no acesso a meios de educação e de formação profissional, à falta de oportunidades económicas, e ainda à dificuldade de acesso a cuidados saúde mental e/ou primários.</p>
<p>Ψ Experiências Precoces/Ambiente Familiar: O estabelecimento de relações afectivas estáveis com os pais ou com as figuras de referência são fundamentais para que ocorra um desenvolvimento psicológico e intelectual normal, uma adequada regulação emocional, bem como o desenvolvimento de mecanismos de coping para lidar com situações adversas/stressantes de vida. Se tal não decorrer na infância, as repercussões estender-se-ão até a idade adulta, pelo que as potencialidades referenciadas transformam-se em défices e culminam num maior risco de desenvolvimento de perturbação mental.</p>

<p>Ψ Exclusão Social e Estigma: O desemprego, o racismo, a discriminação e estigmatização podem levar à exclusão social, condição esta que se associa, pelas múltiplas vulnerabilidades que condiciona, a um elevado risco de perturbação mental. Nestas circunstâncias fica comprometido o acesso a bens essenciais, a uma habitação condigna, à educação e a todos os outros elementos que fazem parte do exercício da cidadania. Por consequência a perda dos laços familiares, o ressentimento, a desesperança e o sentimento de incapacidade, ajudam a criar um ciclo vicioso, que além de limitarem a capacidade dos indivíduos para pedir ajuda, conduzem-nos a uma deterioração social e a pobreza crescentes.</p>
<p>Ψ Cultura: A investigação trouxe à luz do conhecimento, que a cultura pode predispor, precipitar ou perpetuar a perturbação mental, através da geração de tipos de personalidade vulneráveis, da criação de papéis <i>stressantes</i>, da promoção de interações familiares patológicas, de processos de aculturação, do reforço de determinados comportamentos desajustados ou sancionamento de comportamentos mais adaptativos, ou ainda através do estabelecimento de práticas não saudáveis de vida, e da adopção de padrões rígidos de comportamento.</p>
<p>Ψ Acontecimentos de Vida <i>Stressantes</i>: O abuso sexual infantil, a violência (e.g. familiar, conjugal, entre outras), surgimento de doenças crónicas ou lesões incapacitantes, e a exposição a situações de catástrofe natural, constituem exemplos de inúmeras vivências traumáticas que podem produzir um impacto negativo na Saúde mental, pelo que as mesmas se encontram associados a um elevado risco de depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático e suicídio.</p>

Fonte: Wilkinson, e Marmot (2003); Fried, Bentley, Buekens, Burke, Frenk, e Klag (2010); OMS (2001); Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, e Phillips (2010); Mathers, e Loncar (2010); Stevens (2005); OMS (2008); Patel, e Kleinman (2003); Araya, Lewis, Rojas, e Fritsch (2003); Saraceno, e Barbui (1997); Brugha (1993), cit in Alves, e Rodrigues, 2010

Tendo em conta as determinantes descritas anteriormente, das quais se destaca a educação, deve acrescentar-se uma outra enquadrada numa perspectiva de factor de risco, designadamente a idade, pois estas duas variáveis foram as que tivemos em particular conta na análise estatística e na consequente interpretação de resultados. Assim sendo, a idade é perspectiva segundo a OMS (2002) como um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais, pois esta entidade mundial defende que a prevalência das perturbações mentais tende a crescer com a idade, predominando entre estas a Depressão. Todavia, esta associação não é linear ou uniforme, pois encontra-se dependente de variáveis como o género, o estado de saúde percebido (incluindo-se aqui as limitações físicas), bem como as determinantes sócias e económicas que se encontram mencionadas na Figura 5.

Completa a efígie de determinantes sociais e económicas em complemento do factor risco idade, pareceu-nos pertinente partilhar uma ideia que partiu da nossa reflexão acerca desta matéria. Por outras palavras, mesmo não tendo controlado o tempo de reclusão já cumprido pelos ASC's (possível lacuna inerente a esta investigação), colocamos a seguinte questão: “*Será que as referenciadas determinantes sociais e económicas não exerceram também a sua influência sobre os ASC's?*”, visto que antes dos mesmos ingressarem no contexto prisional constituíam um conjunto de cidadãos que viviam de igual forma em comunidade e em sociedade, como os sujeitos normativos estudados, e portanto independentemente da pena cumprida, estas condicionantes poderiam ter estado presentes nas suas vidas (em graus variáveis) e ter contribuído por conseguinte, para a instauração de um nível pré-mórbido de sintomatologia clinicamente significativa que se pode ter exacerbado com o processo de adaptação à prisão.

Para finalizar reforça-se mais uma vez, que as referências teóricas relativas ao processo de adaptação à prisão, bem como às determinantes sociais e económicas, foram utilizadas para explicitar as razões que nos parecem ter formado o “pano de fundo” dos principais resultados por nós obtidos ao nível da saúde mental. Logo, revelou-se para nós

imperativo terminar com uma análise interpretativa das três medidas indicativas de diferentes aspectos de sofrimento psicopatológico geral (avaliados pelos índices globais de saúde mental do SCL90R), pois pareceu-nos que podem demonstrar e/ou confirmar o possível impacto dos conteúdos teórico-científicos expostos, ao nível da saúde mental dos ASC's, bem como dos sujeitos normativos. De forma objectiva, e segundo os pressupostos de Derogatis (1994), os ASC's apresentaram em média uma maior intensidade de sofrimento psíquico e psicossomático global, bem como uma maior amplitude e diversidade de indicadores de sintomatologia psicopatológica, comparativamente com os sujeitos normativos (resultados estes que foram corroborados aquando da implicação da variável idade e escolaridade). No que concerne ao indicador alusivo à intensidade sintomática média (ou seja, à média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados), aferiu-se que os ASC's ostentaram uma intensidade média de sintomatologia tradutora de psicopatologia, ao passo que no grupo sujeitos normativos, esta mesma intensidade média revelou-se elucidativa de normatividade dos sintomas.

De forma ulterior, e similarmente ao que foi efectivado para o instrumento de avaliação da personalidade, também ao nível do SCL90R se operou, em jeito de averiguação do sentido e do grau de associação entre os seus índices sintomáticos e globais de saúde mental (cf. Tabela 61).

Tabela 61

Principais resultados obtidos ao nível das associações existentes entre os índices sintomáticos e globais de saúde mental

Grau e Sentido das Associações entre os índices sintomáticos e globais de Saúde Mental

Apurou-se nos dois grupos da amostra, a existência de associações positivas de grau alto, bem como associações positivas de grau muito alto. Dada a clara proximidade do valor positivo 1 (associação perfeita), optou-se somente pelo debate do último tipo de associações.

- ASC's: obtiveram-se associações positivas de grau muito alto entre o índice sintomático e global de saúde mental designados por Sensibilidade Interpessoal e Global de Severidade, bem como entre os índices globais de saúde mental conotados por Global de Severidade e Total de Sintomas Positivos.

- Sujeitos Normativos: verificou-se a presença de associações positivas de grau muito alto entre os índices globais de saúde mental relativos ao Global de Severidade e Total de Sintomas Positivos.

De fronte para o sentido positivo aliado ao grau muito elevado das associações obtidas, pode declarar-se de forma genérica (e alertando que embora não se tenham referenciado os nomes específicos destes índices, nos referimos exclusivamente aos citados na Tabela 61), que independentemente da pontuação alcançada pelos ASC's ou pelos sujeitos normativos num determinado índice sintomático e/ou global de saúde mental, cada um destes grupos de sujeitos pontuou com o mesmo grau e sentido, num outro índice global de saúde mental. Sob um prisma de análise mais simplista, um aumento de pontuação num índice sintomático ou global de saúde mental, foi acompanhado, ou encontrou-se associado em média, a acréscimos de pontuação com o mesmo grau e sentido, num outro índice global de saúde mental.

Na incessante procura de resultados obtidos mediante o cálculo da medida de associação implícita neste ponto de discussão de resultados, de modo a conseguir contrastar os mesmos com os que por nós foram obtidos, alude-se que conseguimos aceder apenas aos resultados alcançados por Canavarro (1999 cit. in Simões, Machado, Gonçalves & Almeida)

aquando da adaptação do BSI à população portuguesa. Após a análise da matriz de correlações entre os índices sintomáticos e globais do BSI apresentada pela referenciada autora, apurou-se que se corroboram os resultados por nós obtidos ao nível da associação positiva muito elevada entre os índices globais designados por Global de Severidade e Total de Sintomas Positivos, mas não entre o índice sintomático Sensibilidade Interpessoal e o índice global designado por Global de Severidade (par de índices este, na qual Canavarro aferiu a existência de uma associação positiva de grau alto/elevado)¹⁹.

Para finalizar esta interpretação de resultados, procedeu-se à elaboração de inferências relativas ao significado clínico das associações obtidas na presente investigação. De forma objectiva, deve prestar-se conhecimento que os itens que formam as nove dimensões de psicossintomatologia avaliadas pelo SCL90R, constituem no seu conjunto importantes elementos de psicopatologia, pelo que são considerados pelos Manuais de Classificação Diagnóstica mais utilizados, CID-10 e DSM-IV, como aspectos importantes para a elaboração de diagnósticos das primeiras cinco categorias (F00 a F49) (segundo o CID-10) e para as perturbações do eixo I, (segundo o DSM-IV) (Canavarro, 1999 cit. in Simões, Machado, Gonçalves & Almeida). Contudo, (e à semelhança do que acontece com o Mini Mult), os constructos avaliados pelos índices sintomáticos do SCL90R, foram denominados conceptualizados à luz da experiência clínica e investigativa de Derogatis, e não única e exclusivamente com base nos referenciados manuais de perturbações mentais. Assim sendo, e dado que a elaboração de diagnósticos formais de perturbação mental não consistiu num dos nossos objectivos, pareceu-nos erróneo analisar os resultados com base no DSM ou no CID.

Por conseguinte, segundo os pressupostos de Derogatis (1994), os ASC's deixaram patente que à medida que pontuavam (em termos de notas T) ao nível dos sintomas relativos aos sentimentos de timidez e de vergonha, tendência para o sujeito se sentir inferior aos outros, hipersensibilidade face a opiniões e a atitudes alheias, inibição ao nível do estabelecimento e da manutenção de relações interpessoais (itens avaliados pelo índice sintomático Sensibilidade Interpessoal), obtinham em média os mesmos acréscimos de pontuações (em termos de notas T indicativas de patologia), na medida tradutora da intensidade do sofrimento psíquico e psicossomático global (denominada por índice global relativo ao Global de Severidade). Em contrapartida, quer os ASC's, quer os sujeitos normativos, deixaram emergir que quanto mais pontuavam (em termos de notas T) na medida indicativa de intensidade do sofrimento psíquico e psicossomático global (índice global relativo ao Global de Severidade), maiores pontuações obtinham (em notas T indicativas de patologia sintomatológica) ao nível da medida que contabiliza a amplitude e a diversidade da sua sintomatologia psicopatológica (índice global designado por Total de Sintomas Positivos).

¹⁹ Os resultados explicitados com base no estudo de adaptação do BSI à população portuguesa, desenvolvido por Canavarro (1999), devem ser considerados atendendo a três cautelas, pois a matriz de correlações de *Pearson* entre os índices sintomáticos e globais deste questionário, foi calculada em função de uma amostra total (constituída por 404 sujeitos normativos, 114 homens e 290 mulheres, respectivamente), de pontuações médias (e não em notas T), e ainda em função de 53 itens divididos pelos 12 índices sintomáticos/globais (contrariamente ao SCL90R, que possui 90 itens).

2.10.4. Matriz de associações entre os traços personalísticos e os índices sintomáticos e globais de saúde mental: Abusadores Sexuais de Crianças vs Sujeitos Normativos

O quarto tópico de discussão de resultados reservou-se para a interpretação e justificação dos principais resultados por nós obtidos, aquando da elaboração da matriz correlacional entre os traços de personalidade do Mini Mult e os índices sintomáticos e globais de saúde mental do SCL90R, através do contraste de ambos os grupos de participantes (cf. Tabela 62).

Tabela 62

Principais resultados obtidos ao nível da matriz de correlações entre as escalas clínicas do Mini Mult e os índices sintomáticos e globais do SCL90R

Associações entre os traços de personalidade e os índices sintomáticos e globais de saúde mental

Tendo em conta a matriz correlacional obtida, optou-se por se destacar somente as associações positivas de grau alto, e que forma apenas obtidas no grupo de ASC's, devido à proximidade com o valor 1 (associação perfeita).

- ASC's: obtiveram-se este tipo de associações entre o traço de personalidade Psicastenia e os índices sintomáticos de saúde mental designados por Somatização, Hostilidade e Ansiedade Fóbica, e de modo similar, entre o traço de personalidade Esquizofrenia e os índices sintomáticos de saúde mental relativos à Sensibilidade Interpessoal e à Ansiedade Fóbica; entre o índice global de saúde mental referente ao Global de Severidade e os traços personalísticos Psicastenia e Esquizofrenia.

A “fórmula” de discussão de resultados adoptada neste ponto, poderia inscrever-se numa lógica idêntica à desenvolvida aquando da explicação e fundamentação teórico-prática das associações obtidas ao nível do questionário Mini Mult, bem como ao nível do questionário SCL90R. Assim sendo, optava-se simplesmente pelo estabelecimento da correspondência entre os pressupostos formulados por Hathaway e Mckinley (1940), e pelos pressupostos formulados por Derogatis (1994), para justificar o que significa pontuar num traço personalístico, e pontuar com o mesmo grau e sentido num índice sintomático/global, partindo claro, e especificamente, da consideração das dimensões personalísticas e de saúde mental que se encontram citadas na Tabela 62. Deste modo, tal raciocínio pode ser operacionalizado mediante a leitura e análise das Tabelas 25 e 26, no entanto, não se procedeu neste ponto à sua efectivação, pois perspectivou-se a elaboração de uma reflexão crítica e a formulação de inferências, que ultrapassassem a lógica puramente estatística, isto é, perspectivou-se uma visão de carácter fenomenológico, que se afigurou como inusual ao nível das investigações científicas realizadas no âmbito das Ciências Sociais e Humanas. Por outras palavras, embora o raciocínio referenciado se tenha revelado pertinente nos tópicos de discussão dos resultados relativos à interpretação do tipo de associações obtidas entre os traços de personalidade, e posteriormente entre os índices sintomáticos e globais de saúde mental, a sua realização exclusiva a este nível de discussão de resultados, não acrescentaria “nada de novo” em termos de conhecimento científico.

Assumindo uma posição objectiva poderíamos analisar a matriz de associações obtidas na Tabela 50 e 51 agora sumarizadas na Tabela 62, segundo uma óptica tripartida, ou seja,

analisar as associações de grau e sentido mais próximas de 1 (associações positivas perfeitas), de grau e sentido mais próximas de -1 (associações negativas perfeitas), ou as que do ponto de vista científico e clínico se tivessem revelado inesperadas (Pestana & Gageiro, 2008). Relativamente a estas últimas, referimo-nos a título de exemplo, à associação positiva moderada alcançada entre o traço de personalidade Hipomania e o índice sintomático de saúde mental designado por Depressão, pois quer do ponto de vista da conceptualização destas duas dimensões formulada pelos autores de referência dos dois instrumentos, quer do ponto de vista do conhecimento da psicopatologia actual, pode declarar-se que o conjunto de sintomas inerentes a estes dois constructos se revela amplamente antagónico. Dando continuidade a este raciocínio, verificámos que a resposta a estes três tipos de análise de resultados faz “trazer ao de cima” o cerne da questão no qual “aqui” nos centrámos, isto é, a Teoria Clássica dos Testes (doravante TCT) Vs Teoria de Resposta ao Item (doravante TRI).

De modo a sustentar o que foi mencionado, familiarizámo-nos inicialmente com a TCT, pelo que se pode declarar, que o modelo clássico da Psicometria que fundamenta esta teoria se encontra apoiado num paradigma central que concebe o resultado empírico ou bruto obtido pelo sujeito num questionário, como sendo constituído por dois componentes, a saber, o resultado real ou verdadeiro, e o erro de medida. O erro encontra-se sempre presente em qualquer medida empírica, pelo que o resultado bruto alcançado por um sujeito num teste psicológico corresponde à soma entre o resultado verdadeiro e o erro. Traduzindo esta linguagem de pendor “mais matemático”, pode declarar-se que a TCT concebe por um lado, os resultados (verdadeiros) totais como um valor obtido pelo sujeito e que representa uma determinada dimensão psicológica que se pretende medir, e por outro, concebe o erro, como uma componente que se encontra associada ao resultado total, devido a lacunas psicométricas do próprio instrumento ou a enviesamentos imprimidos deliberadamente pelo sujeito, aquando da sua resposta aos itens do teste (Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 2003; Maia, 2011). Desta feita, a TCT postula que a análise e a interpretação dos resultados obtidos pelos sujeitos num determinado teste psicológico, deve ser efectuada a partir da perspectivação da dimensão ou construto como um todo, ou seja, em função do conjunto de itens que a compõem (independentemente do procedimento/medida de estatístico efectuada) e não a partir da consideração individual dos mesmos, constituindo este facto a principal limitação imposta a esta teoria (Andrade, Tavares & Valle, 2000; Maia, 2011).

De forma a colmatar a lacuna referenciada, impôs-se o desenvolvimento de uma teoria psicométrica alternativa, tendo surgido a denominada TRI (Maia, 2011). Na TRI, os elementos centrais de análise e interpretação são os itens e não as dimensões/constructos psicológicos como um todo, pelo que distintamente da TCT, a TRI assenta em traços latentes e adopta dois axiomas fundamentais propostos por Pasquali (2003): a) o desempenho de um sujeito numa determinada prova psicológica (item do teste) explica-se em função de um conjunto de factores ou traços latentes (aptidões), pelo que o seu desempenho representa o efeito, e os traços latentes constituem a causa; b) a relação existente entre o desempenho na prova e o conjunto de traços latentes, pode ser descrita por uma equação denominada por Curva

Característica do Item, onde se observa que os sujeitos com uma maior aptidão possuem uma maior probabilidade de responder correctamente ao item e vice-versa.

Por conseguinte, existem dois componentes centrais para potenciar um maior entendimento da TRI, designadamente a unidimensionalidade e a independência local. A unidimensionalidade corresponde à homogeneidade do conjunto de itens que devem medir um único traço (grupo de itens que deve medir um mesmo construto). Ao se assumir que existe uma relação entre as respostas dos sujeitos e a dimensão do traço latente a ser avaliada, uma exigência sobressai a este nível, a de averiguar se a probabilidade de acerto depende unicamente do valor do traço latente. Assim deve verificar-se se os itens implicados no teste para avaliar o traço latente medem somente a dimensão descrita por ele, ou se existe também independência nas respostas entre os itens. Em termos estatísticos, o método para indagar a unidimensionalidade consiste na Análise Factorial, pois possibilita verificar o número mínimo de factores que pode explicar a quantidade de variância total observada. Em segundo lugar, o critério de independência local ou condicional, consiste no facto da resposta de um sujeito a um determinado item não sofrer influência das respostas dadas a outros itens. Tal critério encontra-se directamente relacionado com o critério de unidimensionalidade, pois se todos os itens medem uma mesma dimensão, toda a variância do teste é explicada em função dos intervalos de representação da dificuldade dos itens que medem essa dimensão no teste, além de acrescentar ao seu valor os erros aleatórios. Assim, os acertos ou erros dos sujeitos em cada item são independentes entre si, pois reflectem a magnitude da dimensão avaliada, e que se encontra presente em cada um dos mesmos (Almeida & Primi, 2001).

Baseando-nos no estudo e na apreciação crítica destas teorias psicométricas em consonância com a investigação por nós desenvolvida, pode afirmar-se que na presente investigação “reinou” a Teoria Clássica dos Testes, pois os procedimentos estatísticos que implicaram a medida de associação entre as variáveis através do coeficiente de *Pearson* (à semelhança de outros que foram debatidos em pontos dispersos da presente discussão de resultados) foram efectuados em função de cada uma das dimensões ou constructos gerais, que por sua vez, constituem cada um dos questionários de avaliação psicológica utilizados. O facto da lógica de análise e de interpretação dos resultados por nós obtidos, ter assentado exclusivamente na TCT, conduziu-nos incessantemente a uma compreensão parcial do seu significado, ou seja, a adopção desta teoria, apenas nos permitiu justificar os resultados do ponto de vista teórico (com base nos pressupostos formulados pelos autores do Mini Mult e do SCL90R para definir cada um dos constructos psicológicos que pretendiam avaliar) e não de um ponto de vista estatístico e clínico mais aprofundado. Em alternativa, concebemos que para conseguirmos analisar e interpretar de uma forma mais fidedigna todo o tipo de associações obtidas (que se revelaram estatisticamente significativas), bem como as associações de carácter inesperado (estatisticamente significativas, ou não) do ponto de vista clínico, teríamos de nos ter “filiado” aos fundamentos da TRI, iniciando todo o processo de análise estatística com base no critério de unidimensionalidade, isto é, com a elaboração da

Análise Factorial. Por fim, revela-se premente adicionar uma ideia para fomentar a reflexão científica e clínica, ou seja, mais do que insistir em corroborar de forma incessante a igualdade socrática, que questiona a comparação de duas coisas que por natureza são diferentes, importa reconhecermos as potencialidades e as limitações da investigação científica assente na utilização de instrumentos de avaliação psicológica, pois a construção do conhecimento científico, dependente dessa humildade do investigador.

2.10.5. Perfil Personalístico e de Saúde Mental: Sujeitos Normativos - Que Normalidade?

Tecidas as devidas considerações em prol do perfil personalístico e de saúde mental dos ASC'S e dos sujeitos normativos, considerámos crucial efectivar uma leitura global em torno dos resultados alcançados por este último grupo de sujeitos, pois consideramos que este grupo não deve ser somente perspectivado de forma redutora como um grupo de comparação para com a amostra forense (cf. Tabela 63).

Tabela 63

Reflexão crítica acerca dos principais resultados obtidos pelo grupo de sujeitos normativos

Contornos da Normalidade dos Sujeitos Normativos

• Mini Mult: Perfil Personalístico

No que concerne ao Mini Mult, pode declarar-se que quando se analisaram as pontuações obtidas em média pelos sujeitos em cada um dos traços de personalidade, as mesmas oscilavam entre valores (de notas T) que segundo o autor de referência eram considerados como normativos. Contudo, quando elevámos o patamar de análise destes resultados ao nível da distribuição dos sujeitos de ambos os grupos de participantes pelas categorias de normatividade/psicopatologia dos traços personalísticos, os resultados obtidos não corroboram as primeiras impressões da apreciação das pontuações médias. De forma mais clara, verificou-se para todos os traços personalísticos, que embora não representassem a maioria de sujeitos normativos (comparativamente com o número de casos registados na categoria de normatividade), existiu sempre uma incidência absoluta e relativa destes participantes a integrar a categoria formulada para assinalar o carácter psicopatológico.

Constatações idênticas, ocorreram quando se estudou os traços personalísticos em função da variável idade e escolaridade. De forma mais esclarecedora, foi possível constatar quando se analisou as pontuações obtidas em média pelos sujeitos normativos, em função de cada uma destas variáveis, que as mesmas reflectiam para todos os traços personalísticos, a presença de normatividade. De modo complementar, quando se efectivou para ambos os grupos de participantes, o estudo destas variáveis nominal e ordinal, conjuntamente com as categorias de normatividade/psicopatologia dos traços personalísticos, as evidências precedentes relativas ao domínio de indicadores de normatividade não se confirmaram. De forma mais clara, e no respeito somente à variável idade, verificou-se para a totalidade de traços personalísticos, que embora não representassem a maior frequência absoluta e relativa de sujeitos (comparativamente com o número de casos registados na categoria de normatividade), existiram sempre sujeitos normativos a integrar a categoria indicadora de psicopatologia, e em função das duas categorias de idade. Face à escolaridade, efectuou-se a mesma constatação, todavia e dependendo do traço personalístico, o carácter patológico ocorria em função apenas de uma ou todas categorias de escolaridade.

• SCL90R: Perfil de Saúde Mental

No que se refere ao SCL90R, e da análise das pontuações obtidas em média pelos sujeitos normativos, somente em 2 índices sintomáticos e em 2 índices globais de saúde mental, os resultados obtidos traduziam valores indicativos de psicopatologia. Neste sentido no momento em que se indagou para cada índice sintomático e global de saúde mental, a sua normatividade/psicopatologia em função do grupo de participantes, verificou-se que apesar de ser ter confirmado a patologia associada aos 2 índices sintomáticos e aos 2 índices globais, este mesmo carácter desadaptativo/difuncional encontrou-se patente em mais 3 índices sintomáticos, importando sublinhar que para a totalidade

destes sete índices, a maior prevalência de sujeitos enquadrados na categoria tradutora da existência de indicadores de sintomatologia psicopatológica. Ainda a este nível, verificou-se que mesmo quando em determinados índices sintomáticos e globais de saúde mental, a maioria dos sujeitos se enquadrava na categoria de normatividade, existiu sempre uma marca numérica dos mesmos, a integrar a concorrente categoria de psicopatologia.

Posteriormente quando se partiu para a execução do estudo semelhante ao efectuado para o Mini Mult, ou seja, quando se procedeu à implicação estatística das categorias de normatividade/psicopatologia, bem como às categorias de idade e de escolaridade, efectuaram-se cruciais constatações. No que respeita à variável idade, aferiu-se que em média os sujeitos normativos alcançaram pontuações tradutoras de psicopatologia ao nível de 3 índices sintomáticos e de 2 índices globais. Porém, quando se analisaram os resultados mediante a consideração das categorias de normatividade/psicopatologia e das categorias de idade, vislumbrou-se a adição sob o número anterior, de mais 2 índices sintomáticos na qual os sujeitos normativos assinalaram o seu carácter psicopatológico. Relativamente à variável escolaridade, quando se analisou primeiramente os valores obtidos em média pelos sujeitos normativos em cada índice sintomático e global de saúde mental, apurou-se em 9 dos 12 índices, a existência de valores que evocavam a presença de sintomatologia psicopatológica. Contrariamente ao esperado, quando se contrastou os dois grupos de participantes em função das categorias de normatividade/psicopatologia e das categorias de escolaridade, somente em 7 dos 9 índices precedentes, se verificou que o maior número de sujeitos representou a categoria de psicopatologia. No entanto, não deixa de ser clinicamente significativo que mesmo nos índices sintomáticos e globais de saúde mental, nos quais se verificaram que o maior número destes sujeitos possuía um carácter normativo associado aos mesmos índices, registou-se sempre a presença de frequências absolutas e relativas na categoria denunciativa de patologia, em função de uma ou de todas as categorias de escolaridade.

A reflexão crítica formulada em torno dos sujeitos normativos emergiu como o intuito de corroborar (ou não) a posição defendida na parte I relativa ao enquadramento teórico deste grupo de sujeitos na temática em estudo. Nesse momento avançamos com uma expressão titular relativa à normalidade controversa, e neste ponto de raciocínio mais aprofundado, mantém-se a aplicabilidade da mesma afirmação. Na verdade, os resultados patenteados nas Tabelas 56, 57 e 60 (à semelhança do que já se encontrava exposto na Secção 3 dos Resultados) contrariam em grande medida o paradigma médico e psicológico/psiquiátrico da Normalidade enquanto Saúde, postulado por Offer e Sabshin (1984 cit. in Sadock & Sadock, 2007), pois o carácter psicopatológico irrompeu não raras vezes a no grupo de sujeitos normativos, a nível personalístico e de saúde mental. Em jeito popular, pode afirmar-se que já em 1993, Butler, Jenkins e Braff, argumentavam que a normalidade dos sujeitos concebida enquanto sinónimo redutor de saúde, não existe, se não a população normativa poderia ser denominada “tantas e tantas” vezes de “anormal”. Com o decurso do conhecimento científico, e remetendo para uma perspectiva contemporânea, parece vir “caindo cada vez mais por terra” a validade da ideia, de que os limites normais/normalidade são impostos pela ausência de psicopatologia. Para sustentar esta nossa afirmação, bastou-nos apresentar argumentos que “falam por si”: a) OMS (2008): na Conferência Europeia de Alto-Nível realizada em Bruxelas, prestou-se conhecimento de que as perturbações mentais estão a aumentar na Europa. Estima-se que quase 50 milhões de cidadãos (cerca de 11% da população), possuam alguma forma de perturbação mental das mais variadas etiologias; A Depressão constitui em muitos Estados-Membros da União Europeia, o problema de saúde com maior prevalência; b) OMS (2004): mediante a elaboração do Relatório sobre a Projecção da Mortalidade e da Carga Global de Doença 2002-2030, demonstrou-se a verdadeira dimensão das perturbações mentais, através da utilização de uma medida integrada de carga de

doença, em que se concebeu que um ano ajustado vivido com incapacidade (*Disability Adjusted Life-Year – DALY*), é constituído pela soma dos anos vividos com incapacidade e dos anos de vida perdidos. Mediante este cálculo apurou-se que as perturbações neuropsiquiátricas registam uma prevalência agregada de cerca de 10% para os adultos. Por outro lado, estimou-se que 450 milhões de pessoas em todo o mundo, sofriam de afecções neuropsiquiátricas, sendo que nestas se enquadravam perturbações depressivas unipolares, perturbações afectivas bipolares, esquizofrenia, epilepsia, problemas devidos ao abuso do álcool e de determinadas drogas, doença de Alzheimer e outras demências, *stress* pós traumático, perturbação obsessivo-compulsiva, pânico e insónia primária. A OMS adiantou ainda, que tanto em países desenvolvidos, como em desenvolvimento, 25% das pessoas apresentaram durante toda a sua vida, uma ou mais perturbação mentais e comportamentais;

c) Queiroz, Vicente, Alves, Silva e Negreiro (2009): estes autores realizaram o oitavo boletim designado por *Saúde em mapas e números*, apresentando dados relativos à saúde mental em Portugal, na Europa e no Mundo. Deste modo, e frisando os resultados relativos a Portugal, aferiu-se que maioria das patologias incide sobretudo nos indivíduos entre os 35 e os 64 anos (isto é, perturbações de adaptação, psicoses afectivas, neuroses, perturbações de personalidade, distúrbios ao nível do sistema nervoso e órgãos dos sentidos, retardo mental, esquizofrenia, alterações associadas ao consumo de álcool, e perturbações de humor). Na sua rubrica conclusiva, os mesmos autores explicitaram factos alarmantes tais como, mais de 50% das doenças mentais têm início na adolescência; um em cada quatro cidadãos europeus pode esperar ter problemas de saúde mental durante a sua vida; e, uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro da família com um distúrbio mental.

Na presença destes factos, as evidências relativas aos indicadores de sintomatologia psicopatológica de Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Ideação Paranóide e Psicoticismo, bem como os indicadores de psicopatologia ao nível dos traços de personalidade Hipocondria, Depressão, Histeria, Desvio Psicopático, Psicastenias, Esquizofrenia e Hipomania (importante ressaltar que a maior soma de sujeitos não denotou a posse de indicadores de psicopatologia ao nível destes traços personalísticos, porém verificou-se de modo predominante, a existência de frequência absolutas e relativas de sujeitos normativos a integrar a categoria tradutora de psicopatologia) obtidos pelos sujeitos normativos na nossa investigação, parecem “ir ao encontro” da imagem trespassada pelos resultados científicos precedentes, ou seja, a normalidade da população normativa pode ser pautada pela existência de psicopatologia, pelo que em investigação científica assente na aplicação de questionários de avaliação psicológica (como foi o nosso “caso”), deveria optar-se pela terminologia normalidade estatística e/ou normatividade numa perspectiva de ciclo vital. Em contrapartida, e refugiando-nos nestes resultados por nós alcançados, pode e deve enfatizar-se que quando analisámos os resultados em média alcançados pelos sujeitos em causa, não se conseguiu logo à partida apontar a existência de características psicopatológicas, inerentes aos traços de personalidade, bem como aos indicadores sintomáticos e globais de saúde mental. Porém quando atendemos os valores de mediana, verificámos que estes nos davam

“pistas” acerca do carácter patológico de ambos os domínios em estudo. Por conseguinte, o alcance da confirmação destas “pistas de patologia” ocorreu em função da implicação estatística das categorias de normatividade/psicopatologia. Assim sendo, mais do que nos debruçarmos em médias, importa muitas vezes atendermos a estas primeiras pistas (valores de mediana) e posteriormente validá-las com base, no que os estudos anteriores também apresentaram, frequências absolutas e relativas, contudo enquadradas obviamente em patamares definidores de normatividade/psicopatologia.

Conclusões

A Conclusão, enquanto presente e final tópico de referenciação de conhecimentos científicos, clínicos e empíricos, inaugurou-se mediante a colocação da questão que melhor a caracteriza, isto é, *“Que conclusões foram por nós extraídas, a partir do estudo do perfil personalístico e de saúde mental de ASC’s, bem como de sujeitos normativos?”*

No que respeita ao perfil personalístico, concluímos que os ASC’s possuíam indicadores de psicopatologia ao nível dos traços personalísticos denominados por Desvio Psicopático e Esquizofrenia. Dentro do mesmo âmbito de análise, concluímos que os sujeitos normativos não possuíam indicadores de carácter patológico no que se refere à totalidade dos traços de personalidade avaliados. Em jeito de complemento, concluiu-se para ambos os grupos de sujeitos, que as mesmas constatações se mantiveram “intactas”, em função de quaisquer categorias de idade e de escolaridade.

Sob a óptica de análise do perfil de saúde mental, concluímos que os ASC’s detinham indicadores de psicopatologia em termos de sintomatologia de Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Por seu turno, os sujeitos normativos “deram provas” da presença de indicadores de carácter psicopatológico ao nível de sintomatologia relativa à Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Ideação Paranóide e Psicoticismo. De forma idêntica, também foi possível constatar para ambos os grupos de sujeitos, que estes resultados foram corroborados em função de quaisquer categorias de idade e/ou de escolaridade. Todavia, importa frisar que o epílogo relativo ao perfil de saúde mental dos ASC’s e dos sujeitos normativos, somente se pode prefigurar como finalizado, aquando do acrescento das conclusões efectuadas em torno das medidas de sofrimento psicopatológico geral (relembra-se o leitor que estas foram avaliadas através dos índices globais do SCL90R). Neste sentido, concluiu-se que os ASC’s, e independentemente das categorias de idade e/ou de escolaridade implicadas, apresentaram superior intensidade psíquica e psicossomática, e uma maior amplitude e diversidade de sintomatologia, comparativamente com os sujeitos normativos. No entanto, destaca-se que o carácter psicopatológico encontrou-se associado a estas duas medidas globais de saúde mental, e em ambos os grupos de sujeitos. Por conseguinte, e relativamente à terceira medida de sofrimento psicopatológico, apurou-se que os ASC’s possuíam uma intensidade sintomática média de índole psicopatológica, facto inverso ao constatado nos sujeitos normativos, na qual emergiu um carácter de normatividade.

Aglutinando as conclusões tecidas em prol do perfil personalístico e de saúde mental de ambos os grupos de sujeitos, perfez-se uma conclusão global, ou seja, do ponto de vista clínico constatou-se que os ASC’s possuíam indicadores mais acentuados de *distress* psicológico a nível personalístico e de saúde mental, comparativamente com os sujeitos normativos.

Seguidamente optou-se por efectivar o reconhecimento das limitações e das potencialidades subjacentes à nossa investigação, pois somos da opinião de que nem só de resultados “vive” a investigação, pelo que se exige de um investigador a capacidade de reconhecer os “defeitos” e as “qualidades” do trabalho que desenvolve. Focando-nos nos ASC’s (e reforçando algumas “pistas” lançadas na discussão de resultados), identificámos como principais lacunas: a) não se ter procedido à divisão grupal destes sujeitos pelo EP de proveniência; b) não contabilização do número de sujeitos que se encontrava a frequentar programas de tratamento (e.g. psicoterapia grupal) e/ou que integrava programas educativos e/ou actividade desportivas, e/ou desempenhavam uma actividade profissional; c) ausência de recolha de informação acerca de aspectos diversos, tais como a tipologia do abusador (intra ou extra-familiar), a moldura penal atribuída e o conseqüente tempo de reclusão já cumprido, historial de carreira delitiva (e.g. registo/antecedentes criminais respeitantes a condenações por crimes sexuais e/ou crimes de distinta natureza delitiva; EP ou EP’s de cumprimento de penas), e informações sobre a vítima (e.g. género, idade, escolaridade, comportamentos sexualmente abusivos implicados na prática do crime, etc.). Sob o prisma do grupo dos sujeitos normativos, identificámos como principais limitações, o facto de termos recorrido à efectivação de um processo de amostragem não probabilístico baseado na aplicação dos questionários por via de “intermediários” (alunos do 1.º, 2º e 3.º ano de Psicologia), bem como a ausência de recolha de informações sócio-demográficas mais diversificadas (e.g. residência: nome da localidade ou discriminação por meio rural/urbano; situação profissional: empregado/desempregado, etc.). Assimilando todas estas contrariedades, sentimo-nos impelidos em fazer dois últimos reparos. O primeiro, concerne na possibilidade do leitor se questionar, *“Considerando os resultados obtidos nesta investigação, significa então que existe um perfil personalístico e de saúde mental de ASC’s, e até mesmo de sujeitos normativos?”*. A antecipação desta questão, permitiu-nos alertar o leitor de que apesar de forma subentendida, os nossos resultados terem criado uma “brecha” a partir do qual os ASC’s e os sujeitos normativos parecem constituir um grupo homogéneo, e por conseguinte alvos fáceis de “perfilamento”, não podemos deixar de advertir, que esta “imagem” resultou da abordagem nomotética versada. Assim sendo, temos plena consciência de que a efectivação de uma abordagem ideográfica comprovaria o carácter heterogéneo do grupo de ASC’s e do grupo de sujeitos normativos, bem como poderia fazer “cair por terra” a aparente ideia de facilidade em traçar o perfil destes sujeitos.

O segundo reparo, diz respeito às condições exigidas pela DGSP para ceder autorização face à realização da investigação (e que fique claro que as acatámos como as mais válidas e pertinentes do ponto de vista ético e deontológico), pois embora tenhamos recolhido toda a informação contida no nosso questionário sócio-demográfico, foi-nos somente possível traçar o pretendido perfil personalístico e de saúde mental, em função dos dados relativos à variável idade e escolaridade. Todavia, reconhecemos que mesmo na ausência desta condicionante, a construção fidedigna de um perfil a partir de uma abordagem nomotética, dependeria da articulação entre a aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica, e a construção de

dois questionários que além de sócio-demográficos suportariam um carácter anamnético (que poderiam ou (não) ser utilizados em formato de entrevista semi-estruturada). Esta segunda hipótese metodológica assentaria na maximização da quantidade de informação recolhida, e potenciaría a possibilidade de construção de um perfil assente numa matriz de relação entre a história passada e presente dos sujeitos (desdobrada por domínios familiares, escolares, profissionais, etc.), e os resultados alcançados nos instrumentos de avaliação da personalidade e de saúde mental.

No que concerne às “mais valias” subjacentes à nossa investigação, perspectivámo-las sob um prisma dual, ou seja, as potencialidades que se encontraram intrinsecamente relacionadas com o *design* metodológico veiculado, e as potencialidades que emergiram por intermédio dos resultados por nós obtidos e interpretados. Em relação à primeira “estirpe” de potencialidades, pode declarar-se que as mesmas se enquadrariam no lema “contrariar tendências” devido a múltiplas razões, tais como: a) estudo da personalidade e da saúde mental voltado para os ASC’s e para uma amostra normativa: o foco investigativo preferencial encontra(va)-se direccionado para o estudo da personalidade e da saúde mental das vítimas de abuso sexual e/ou para amostras clínicas. Por outro lado, a nível nacional não se conseguiu apurar a existência de quaisquer estudos que tivessem partido do estudo destes dois domínios a partir da constituição conjunta destes dois grupos de sujeitos, e a nível internacional apenas se teve conhecimento de uma investigação desenvolvida com “moldes” similares à nossa investigação; b) estudo de um *n* significativo de ASC’s: da revisão bibliográfica por nós efectuada acerca dos estudos realizados com ASC’s, aferiu-se o predomínio da constituição de amostras com base num *n* que oscilava entre os 9 e os 40 sujeitos; c) avaliação dos ASC’s através de um instrumento de avaliação da personalidade e de outro centrado na avaliação da saúde mental: a tendência ao nível da investigação com amostras de ASC’s, caracteriza(va)-se pela aplicação de questionários de personalidade para mensurar de modo idêntico a saúde mental; c) recurso à Abordagem Clínica do *Profiling*: em Portugal os únicos estudos existentes realizados sob a filosofia do *Profiling* direccionaram-se em exclusivo para a aplicação da Abordagem Estatística, por seu turno a nível internacional embora se verifique a existência de investigação científica que tivesse aplicado a Abordagem Clínica do *Profiling*, as amostras eram constituídas por sujeitos que tinham cometido crimes que não os sexuais.

À *posteriori*, declaramos que as potencialidades que derivaram dos resultados por nós obtidos, analisados e interpretados, funcionaram como *triggers* de uma reflexão crítica que abonou a favor da colocação de uma panóplia de questões. Estas, por sua vez, objectivaram o “despertar de consciências” e ceder “pistas”, face ao desenvolvimento de investigações futuras que poderiam e deveriam ter implicações a nível científico, social, político (que engloba por sua vez o domínio educacional, de justiça, etc.), e obviamente a nível Humano. De forma directa, e relativamente aos ASC’s, lançámos como questões, “Até que ponto os resultados por nós obtidos não vão ao encontro do que alguns países como os Estados Unidos da América já reconheceram há alguns anos, isto é, a necessidade de desenvolvimento e de implementação de programas de tratamento para ASC’s?; “Será que o cumprimento de uma

pena de prisão constitui per si a melhor forma/garantia de mudança de pensamentos e comportamentos face às crianças/vítimas, ou representa apenas um contexto em que apesar da liberdade de movimentação face ao exterior se encontrar barrada, a liberdade de pensamentos permanece intacta para poderem perpetuar as suas fantasias e planearem o seu conseqüente modus operandi?”; Até que ponto os resultados por nós obtidos não poderão vir a reflectir-se nas taxas de reincidência, após a libertação destes reclusos?”; Até que ponto não se justificaria em termos jurídicos-penais, a formulação de medidas que determinassem que após o sujeito transitar em julgado, o mesmo deveria ser alvo de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, bem como ser submetido a uma avaliação do risco da sua perigosidade e da sua probabilidade de reincidência?”; e finalmente, “Até que ponto a implementação de programas de tratamento para ASC’S nos EP’s portugueses, não implicaria o alargamento das molduras penais previstas para este crime? Voltando a óptica de colocação de interrogações para os sujeitos normativos, promulgámos, “Até que ponto existe normalidade enquanto ausência total de psicopatologia?”; “Até que ponto os resultados por nós obtidos na nossa amostra não representativa, não reflectem o estado de saúde mental da população portuguesa adulta?”;” Mediante os resultados por nós obtidos, não ficou ainda mais reforçada a necessidade de realizar um estudo epidemiológico para estimar a incidência e a prevalência de sintomatologia de carácter psicopatológica e/ou de perturbações mentais na população portuguesa?”; “Uma vez que a comunidade científica reconhece que o conhecimento acerca das determinantes sociais e económicas permite architectar programas de avaliação e intervenção (de diversas índoles que não somente psicológica) destinadas a populações de diversas faixas etárias com o intuito de melhorar a Saúde Mental das mesmas, e assim reduzir a carga global de perturbação(ões) mental(ais), para quando o reconhecimento desta lógica preventiva, bem como da necessidade de realizar um maior número de investigações acerca deste tipo de determinantes?”.

Em jeito de sùmula, deixamos em aberto a rubrica “*Repensar para evoluir*”. Em primeira instância, presta-se conhecimento de um provérbio nigeriano que pronuncia, *É necessária uma aldeia inteira para educar uma criança*. Os ASC’s antes de condenados povoam esta aldeia sob disfarces que vão desde ser pais a padrastos, e desde ser vizinhos a professores. Assim sendo, o não reconhecimento da necessidade de “os conhecermos melhor” através do desenvolvimento de linhas investigativas multidisciplinares, não faz com que estejamos a deixar que ao ASC’s eduquem as nossas crianças?! Em segundo e último lugar, consideramos que se não forem mobilizados esforços para investigar, e posteriormente intervir (e não somente a nível psicológico) ao nível da saúde mental da população normativa portuguesa, não estaremos a caminhar “a passos largos” para que se imponha na nossa sociedade a seguinte facticidade empírica, “*A Saúde Mental dos portugueses está doente*”.

“Mais do que uma dissertação, foi para mim, uma lição de vida”.

Bibliografia

- Adams, C. & Fay, J. (1992). *Helping your child recover from sexual abuse*. Seattle: University of Washington Press
- Aguiar, P. (2007). Qual o significado das medidas epidemiológicas, taxa de prevalência, taxa de incidência cumulativa, e taxa de incidência em unidades pessoa/tempo?. *Eurotrials: Scientific Consultants*, 1-2
- Agrapart-Delmas, M. (2001). *De l'expertise criminelle au profilage*. Lausanne: Favre
- Alberto, I. (2008). Maltrato Infantil: Entre um destino e uma história. In A. Matos. *A Maldade Humana*. (pp. 107-130). Coimbra: Edições Almedina
- Alberto, I. (2010). *Maltrato e Trauma na Infância*. (2.ª edição). Coimbra: Edições Almedina
- Albuquerque, A. (2006). *Minorias Eróticas e Agressores Sexuais*. Lisboa: Publicações Dom Quixote
- Alfaiate, A. (2009). *A Relevância Penal da Sexualidade dos Menores*. Coimbra: Coimbra Editora
- Almeida, A. (1997). Crianças, Maus-Tratos e Famílias. *Actas do I Seminário Nacional sobre Abusos Sexuais de Crianças e Adolescentes*, 49-54
- Almeida, L., Dinis, A., Pais, L. & Guisande, M. (2006). A avaliação psicológica na prática dos psicólogos: As provas psicológicas usadas em Portugal. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.). *Actas do Congresso Internacional - Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. (Vol. XI; pp. 1091-1097). Braga: Psiquilíbrios Edições
- Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições
- Almeida, L. & Primi, R. (2001). Teoria de Resposta ao Item. In E. Fernandes & L. Almeida (Eds.). *Métodos e Técnicas de Avaliação: contribuindo para a prática e investigação psicológicas* (pp. 205-232). Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho
- Alves, L. (1997). *Intimidades Roubadas: Crimes Sexuais num Contexto de Modernidade*. Monografia publicada no âmbito da licenciatura em Sociologia na Faculdade de Letras da Universidade do Porto

- Alves, A. & Rodrigues, N. (2010). Determinantes Sociais e Económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131
- Amaro, F. (1986): *Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicância*. Lisboa: CEJ
- American Psychiatric Association (2000). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4.^a edição; Texto Revisto). Lisboa: Climepsi
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Anderson, J., Martin, J., Mullen, P., Romans, S. & Herbison, P. (1993). Prevalence of childhood sexual abuse experiences in a community sample of women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(5), 911-919
- Andrade, D., Tavares, H. & Valle, R. (2000): *Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações*. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística
- Antunes, M. & Isasca, F. (1991). *O projecto do novo Código Penal: Uma primeira leitura adjectiva*. (pp. 596). Almada: Editorial Notícias
- Arboleda, C. (1997). Definición, incidência y causas del abuso sexual infantil. In J. Duarte, & C. Arboleda (Eds.). *Malos Tratos y Abuso Sexual Infantil*. (pp. 172-215). Madrid: Siglo Veintiuno
- Associação Brasileira Multiprofissional de Protecção à Infância e Adolescência (2003). *Relatório Anual do Sistema Nacional de Combate à Exploração Sexual Infanto-Juvenil*. Rio de Janeiro: ABRAPIA
- Bassett, J., Schelman, G., Gayton, W. & Tavormina, J. (1977). Efficacy of the Mini Mult validity scales with prisoners. *Journal of Clinical Psychology*, 33(3), 729-731
- Bruynooghe, R. (1988). O conceito de violência na família. *Infância e Juventude*, 2, 7-15
- Cabral, J. (2003). Abuso Sexual de Crianças: Pornografia Infantil. *Centro de Investigação em História e Trabalho Social*, 1-22
- Burger, J. (2008). *Personality*. (7.th ed.). USA: Thomson Wadsworth
- Butler, R., Jenkins, M. & Braff, D. (1993). The Abnormality of Normal Comparison Groups: The identification of psychosis proneness and substance abuse in putatively normal research subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150(9), 1386-1391
- Caetano, A. (2008). *Abusadores Sexuais de Crianças: Quem, Como e Porque o são?* Lisboa: Sete Caminhos

- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). In M. Simões, M. Gonçalves, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. (Vol. III; pp. 305-331). Braga: APPORT/SHO
- Cardoso, W. (2001). Saúde Mental, Trabalho e Qualidade de Vida. *Interações*, 1, 65-78
- Carducci, B. (2009). *The Psychology of Personality*. (2.nd ed.). USA: Wiley-Blackwell
- Carmo, R. (2010). A justiça e o abuso de crianças e jovens. Um caminho em constante construção. In T. Magalhães (Ed.). *O Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: Lidel
- Carvalho, L. (2007). A valoração do testemunho da criança vítima de abuso sexual intra-familiar no contexto da avaliação forense. *Dissertação de Mestrado não publicada*. Porto: Faculdade de Medicina
- Castro, M-E., López-Castedo, A. & Sueiro, E. (2009). Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión. *Anales de Psicología*, 25(1), 44-51
- Center for Sex Offender Management (2009). Understanding Sex Offenders: An Introductory Curriculum - Section 3: Common Characteristics of Sex Offenders. Retirado em Dezembro de 2010 (http://www.csom.org/train/etiology/3/3_1.htm)
- Chaffin, M., Letourneau, E. & Silovsky, J. (2002). Adults, adolescents, and children who sexually abuse children: A developmental perspective. In J. Myers, & L. Berliner (Eds.). *The APSAC Handbook on Child Abuse and Neglect*. Thousand Oaks: SAGE Publications
- Cloninger, S. (2003). *Teorias da Personalidade*. (2.^a ed.). São Paulo: Martins Fontes
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório - Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007-2016*. Portugal: Ministério da Saúde
- Conte, J. (1991). The nature of sexual offences against children. In C. Hollin & K. Howells (Eds.). *Clinical Approaches to sex offenders and their victims*. (pp. 13-33). Chichester: John Wiley & Sons
- Correia, E., Lucas, S., Lamia, A. & Lamia, A. (2007). *Profiling: Uma técnica auxiliar de investigação criminal*. *Análise Psicológica*, 4(25), 595-601
- Costa, J. (2003). *Sexo, Nexo e Crime: Teoria e Investigação da Delinquência Sexual*. Lisboa: Edições Calibri

- Crabbé, A., Decoene, S. & Vertommen, H. (2008). Profiling Homicide Offenders: A review of assumptions and theories. *Agression and Violent Behavior*, 13, 88-106
- Cusson, M. (2006). *Criminologia*. Cruz Quebrada: Casa das Letras
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes médicas
- Danni, K. & Hampe, G.(2000). An analysis of predictors of child sex offenders types using presentence investigation reports. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(4), 490-504
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R: Cuestionário de 90 sintomas - Manual Técnico*. Espanha: TEA Ediciones
- D´Hainaut, L. (1997). *Conceitos e Métodos da Estatística*. (Vol. I). (2.^a Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Dias, J. (1999). Artigo 172.º: Abuso Sexual de Crianças. In J. Dias (Ed.). *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial - Tomo I*. (pp. 541-553) Coimbra: Coimbra Editora
- Duhr, V. (1992). Un enfant est battu...non dénoncé. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 40(7), 358-362
- Dunaigre, P. (2001). Paedophilia: A psychiatric and psychoanalytical point of view. In C. Arnaldo. *Child Abuser on the Internet: Ending the silence*. USA: UNESCO & Berghahn Books
- Ebisike, N. (2008). *Offender Profiling in the courtroom: the use and abuse of expert witness testimony*. USA: Greenwood Publishing Group
- Echeburúa, E., De Corral, P. & Amor, P. (1997). Características psicopatológicas de los ofensores sexuales. In M. Lameiras & A. López-Castedo (Eds.). *Sexualidad y Salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 165-180). Santiago: Tórculo Ediciones
- Epifânio, R. (2002). *Direito de Menores*. Coimbra: Almedina
- Fabrizi, A., Petruceli, I., Turella, B. & Farigu, F. (2008). A study of personality of sex offenders. *Sexologies*, 17, 98-99

- Facchin, P., Gobber, D., Brusadin, L. & Zaccheto, F. (1998). European strategies on child protection: preliminary report. *Epidemiology and Community Medicine Unit*, University of Padua
- Faleiros, E. (2000). *Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes*. Brasília: UNICEF
- Fávero, M. (2003). *Sexualidade infantil e abusos sexuais a menores*. Lisboa: Climepsi Editores
- Felizardo, S. (2005). Avaliação da personalidade no CAT de Castelo Branco: Perfil obtido a partir do Mini Mult, questionário aplicado aos utentes em programa de Metadona. *toxicodependências*, 11(3), 25-36
- Fernandes, M. (1990). Abuso Sexual Infantil. *Cadernos do CEF*, 2, 201-208
- Ferreira, A., Pires, R., Marques, A. & Silva, D. (2008). Análise do Índice de Millon dos Estilos de Personalidade - Edição revista (MIPS-R) por uma abordagem multivariada. *Psycologica*, (48), 24-46
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press
- Finkelhor, D. (1986). *A sourcebook on child sexual abuse*. California: Sage Publications
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17, 67-70
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 17, 409-417
- Fleming, J., Mullen, P. & Bammer, G. (1997). A study of potencial risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 21(1), 49-58
- Flora, R. (2001). *How to work with Sex Offenders: A handbook for Criminal Justice, Human Service, and Mental Health Professionals*. New York: The Haworth Clinical Practice Press
- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata
- Freitas, F. (2003). Abuso Sexual de Menores. In L. Fonseca, C. Soares & J. Vaz (Eds.). *A Sexologia: Perspectiva Multidisciplinar II*. (pp. 229-242). Coimbra: Quarteto Editora
- Furniss, T. (1993). *Abuso Sexual da Criança: Uma abordagem Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Gabel, M. (1997). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus Editorial

- García, M. & Hidalgo, E. (2003). Psicopatología y características de la personalidad en un grupo de agresores sexuales. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3(2), 21-28
- Genovés, V. (2003). *Psicópatas y otros delincuentes violentos*. Valência: Tirant Blanch
- Genovés, V. (2007). *El Perfil Criminológico como Técnica Forense*. Valência: Universidade de Valencia - Escuela de Estudios Judiciales
- Gersão, E. (1997). Crimes Sexuais contra Criança. *Revista Infância e Juventude*, 9-30
- Giarreto, H. (1982). *Integrated treatment of child sexual abuse. A treatment and training manual*. Palo Alto: Science and Behaviour Books
- Gil, D. (1970). *Violence against children. Physical child abuse in the United States*. Massachusetts: Harvard University Press
- Gold, S., Hughes, D. & Swingle, J. (1996). Characteristics of childhood sexual abuse among female survivors in therapy. *Child Abuse and Neglect*, 20(4), 323-335
- Goldman, J. & Padayachi, U. (1997). The prevalence and the nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse and Neglect*, 21(5), 489-498
- Gomes, F. & Coelho, T. (2003). *A sexualidade traída: Abuso sexual infantil e Pedofilia*. Porto: Ambar
- Gonçalves, M., Graça, O., Almeida, N. & Vieira, F. (2010). A Psiquiatria e a Psicologia: Na Avaliação Pericial em Sexologia Forense - Artigo de Revisão. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 469-474
- Gonçalves, R. (2002). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*. Coimbra: Quarteto Editora
- Gonçalves, R. & Vieira, H. (1995). Sobrepovoamento, stress e estratégias de confronto em meio prisional. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 5, 173-207
- González, M., Castelo, A. & Domínguez, E. (2009). Perfil Psicopatológico de agresores sexuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 89(90), 30-39
- Grupo de Trabalho sobre Crianças e Jovens em Risco (2008). *Maus tratos em Crianças e Jovens: Intervenção em Saúde*. Portugal: Direcção Geral de Saúde.
- Hansenne, M. (2003). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Haggard, J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist*, 55(9), 1036-1039

- Heim, A. & Westen, D. (2009). Essentials of personality disorders. In: J. Oldham, A. Skodol, D. Bender. *Personality disorders: recent history and the DSM system*. (pp. 3-13). Arlington: American Psychiatric Publishing
- Higgins, D. & McCabe, M. (1994). The relationships of child sexual abuse and family violence to adult adjustment: toward an integrated risk-sequelae model. *Journal of Sex Research*, 31(4), 255-267
- Holmes, R. & Holmes, S. (2002). *Profiling Violent Crimes: An investigative tool*. (3.th ed.). USA: Sage Publications
- Holmes, R., Holmes, S. (2009). *Profiling Violent Crimes: An investigative tool*. (4th ed.). California: Sage Publications
- Howitt, D. (1995). *Paedophilies and sexual offences against children*. UK: John Wiley & Sons
- Howitt, D. (2006). *Introduction to forensic and criminal psychology*. (2.th ed.). London: Pearson Prentice Hall
- Jiménez, P. (2009). Caracterización psicológica de un grupo de delinquentes sexuales chilenos através del Test de Rorschach. *Psyche*, 18(1), 27-38
- Jones, J. (2008). Child Sex Offenders: Cognitive Distortions and related Personality Traits. Master Thesis not published. Victoria University of Wellington
- Kalichman, S. (1991). Psychopathology and Personality Characteristics of Criminal Sexual Offenders as a function of victim age. *Archives of Sexual Behavior*, 20(2), 187-197
- Kellog, N. & Hoffman, T. (1997). Child sexual revictimization by multiple perpetrators. *Child Abuse and Neglect*, 21(10), 953-964
- Kincannon, J. (1968). Prediction of the standard MMPI scalce scores from 71 items: the Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinial Psychology*, 32, 319-325
- Kinsey, A., Pomeroy, W., Martins, C. & Gebhard, P. (1953). *Sexual behavior in the human male*. Filadélfia: Saunders Editors
- Kocsis, R. (2004): Profiling the criminal mind: does it actually work? *Medicine, Crime, and Punishment*, 364, 14-15
- Kocsis, R. (2006). *Criminal Profiling: Principles and Practice*. New Jersey: Human Press
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2002). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Suíça: Minimum Graphics

- Lamb, S. & Coakley, M. (1993). Normal Childhood sexual Play and games: differentiating play from abuse. *Child and Neglect*, 17, 393-400
- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E. & Ahonen, J. (1999). *Framework for Promoting Mental Health in Europe*. Hamina: National Research and Development Center for Welfare and Health Ministry of Social Affairs and Health
- Leitenberg, H., Greenwald, E. & Cado, S. (1992). A retrospective study of long-term methods of coping with having been sexually abused during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 16, 399-407
- Leue, A., Borchard, B. & Hoyer, J. (2004). Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry*, 19, 123-130
- Lopes, P., Barreira, D. & Pires, A. (2001). Tentativa de Suicídio na Adolescência: Avaliação do Efeito de Género na Depressão e Personalidade. *Psicologia, Saúde & Doença*, 2(1), 47-57
- Lopes, J. (2003). O interrogatório de vítima nos crimes sexuais: as declarações para “memória futura”. *Revista Sub Júdice*, 26, 13-19
- López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones
- Machado, C. (2003). *Abuso Sexual de Crianças*. In C. Machado, & R. Gonçalves (Eds.). (2.^a ed.). (pp.39-93). Coimbra: Quarteto Editora
- Machado, C. & Gonçalves, R. (2002). *Violência e vítima de crimes*. (Vol. II). Coimbra: Quarteto Editores
- Maia, L. (2011). *Modelo de Rarsch Vs Teoria Clássica de los Tests: Resultados de 92 ancianos en el MMSE Test, según el Modelo el Modelo de Rarsch*. Alemanha: Editorial Académica Española
- Manita, C. (2002). Avaliação Psicológica no domínio das toxicodependências: das estruturas aos processos. *Revista Toxicodependências*, 8(3), 11-25
- Mayaall, A. & Gold, S. (1995). Definitional issues and mediating variables in the sexual revictimization of women sexually abused as children. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 26-42
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3.^a ed.) Lisboa: Edições Sílabo
- Marreiros, G. (1997). *A Resposta do Código Penal*. *Actas do I seminário Nacional sobre os*

Abusos Sexuais de Crianças e Adolescentes, 71-85

- Marshall, W. (1996). The Sexual Offender: Monster, Victim or Everyman? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(4), 19
- Marshall, W. (1997). Pedophilia: Psychopathology and theory. In: Laws, D., & O' Donahue, W. (Eds.). *Sexual Deviance: Theory, Assessment and treatment*. (pp. 152-174). New York: Guilford
- Marshall, W. (2001). *Agresores Sexuales*. Barcelona: Editorial Ariel
- Marshall, W. (2007): Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: their incidence and treatment. *Aggression and Violent Behavior*, (12),16-35
- Marshall, W. & Serran, G. (2001). Naturaleza y alcance del delito sexual y su prevención. In W. Marshall. *Agresores Sexuales*. Barcelona: Editorial Ariel
- McCrary, G. (2001). Le profilage criminel à l' intérieur et à l'extérieur du tribunal: l'expérience des États-Unis. In. G. Bourgon, R. Hanson, J. Pozzulo, K. Bourgon, & C. Tanasichuk (Eds.). *Actes de la Conference nord-américaine de psychologie de la justice pénale et criminelle*. EUA: Criminal Justice Section of Division 18 of the American Psychological Association (APA)
- McDonald, J. (2008). Measuring Personality Constructs: The Advantages and Disadvantages of Self-Reports, Informant Reports and Behavioural Assessments, *Enquire*, 1(1), 1-19
- Millon, T., Davis, R., Millon, C. & Grossman, S. (2006). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. (3.th ed.). Minneapolis: Pearson Assessment
- Miralto, O., Duque, M., Barros, M. & Leite, T. (2010). *Linhas orientadoras para a actuação em casos de indícios de Abuso Sexual de Crianças e Jovens*. (pp. 1-142) Lisboa: Casa Pia
- Miranda, A. (2008). Bioética e Saúde Mental - No limiar dos limites: o que o doente mental mantém de homem ético? *Dissertação de Mestrado não publicada*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- Monaco, G. (2004). O 15.º Aniversário da Convenção Sobre os Direitos da Criança - Contributo Para o Aprofundamento e Implementação do Direito Internacional dos Direitos Humanos. *Infância e Juventude*, 4, 934
- Montet, L. (2002). *Le profilage criminel*. Paris: PUF

- Morales, L., Muñoz-Delgado, J., Santillán, A., Arenas, R. & De León, F. (2007). Perfiles Criminológicos: El Arte de Sherlock Holmes en el siglo XXI. *Salud Mental*, 30(3), 68-75
- Morrow, J., Yeager, C. & Lewis, D. (1997). Encopresis and sexual abuse in a sample of boys in a residential treatment. *Child Abuse and Neglect*, 21(1), 11-18
- Mosticoni, R. & Chiari, G. (1979). *Una descrizione obiettiva della personalità: Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Firenze: Organizzazioni Speciali
- Mullen, P., Romans-Clarkson, S., Walton, V. & Herbison, G. (1988). Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *The Lancet*, 841-845
- National Research Council (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy of Sciences Press
- O'Callaghan, D. & Print, B. (1994). Adolescent sexual abuse. In T. Morison, M. Erooga & R. Beckett (Eds.). *Sexual offending against children: Assessment and treatment of male abusers*. (pp. 146-177). New York: Routledge
- Organização Mundial de Saúde (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva: WHO/HSC/PVI/99.1
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Investigation in Mental Health*. Geneva: Nove Impression
- Organização Mundial de Saúde (2004). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva: Nove Impression
- Organização Mundial de Saúde & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing child maltreatment: a guide for taking action and generating evidence*. Genebra: WHO Press
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-estar. Acta da Conferência de Alto Nível da União Europeia*, 1-8
- Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L. & Cardenal, V. (2002). Perfil Psicológico de delinquentes sexuais: Um estudo clínico con el MCMI-II. *Revista de Psiquiatria*, 29(3), 144-153
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Vozes

- Paulino, M. (2009). *Abusadores Sexuais de Crianças: A verdade escondida*. Lisboa: Prime Books
- Pechorro, P., Poiares, C. & Vieira, R. (2008). Caracterização psicológica de uma amostra forense de abusadores sexuais. *Análise Psicológica*, 4(26), 615-623
- Perdigão, A. (2003). Pedofilia e Abuso Sexual de Menores: A abordagem Jurídica. *Boletim do IAC*, 6(68), 1-4
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. (5.ª ed. revista e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo
- Pestana, J. (2010). A Saúde Mental dos Portugueses. [On Line]. <http://pt.scribd.com/doc/44800941/A-Saude-Mental-Dos-Portugueses>
- Peters, S., Wyatt, G. & Finkelhor, D. (1986). Prevalence. In D. Finkelhor (Ed.). *A sourcebook on child sexual abuse*. (pp. 15-59). California: Sage Publications
- Polaschek, D., Hudson, S., Ward, T. & Siegert, R. (2001). Rapists offence processes. A preliminary descriptive model. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(6), 523-544
- Prescott, A., Bank, L., Reid, J., Knutson, J., Burraston, B. & Eddy, J. (2000). The veridicality of punitive childhood experiences reported by adolescents and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 24(3), 411-423
- Public Health Agency of Canada (2003). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Major Findings*. (pp.1-162). Canadá: Minister of Public Works and Government Services of Canada
- Queiroz, M., Vicente, V., Alves, C., Silva, C. & Negreiro, F. (2009). Saúde em Mapas e Números. *Eurotrials Boletim informativo*, 28, 1-4
- Rebocho, M. (2007). *A Caracterização do Violador Português: Um estudo Exploratório*. Coimbra: Almedina
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores

- Rind, B., Tromovitch, P. & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124(1), 22-53
- Robertiello, G. & Terry, K. (2007). Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies. *Agression and Violent Behavior*, 12, 508-518
- Robin, R., Chester, B., Rasmussen, J., Jaranson, J. & Goldman, D. (1997). Prevalence, characteristics, and impact of childhood sexual abuse in a southwestern American Indian tribe. *Child Abuse and Neglect*, 21(8), 769-787
- Rodrigues, M. (2010). Características Personalísticas e Severidade da Sintomatologia Depressiva. *Dissertação de Mestrado*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Rodrigues, M. (2010). Perfis Criminais: Validade de uma Técnica Forense. *Dissertação de Mestrado publicada*. Porto: Instituto de Ciências Biomedicas Abel Salazar
- Sadock, B. & Sadock, V. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (9.ª ed.). São Paulo: Artmed
- Sánchez, C. (2003). Perfil del Agresor Sexual: Estudiando las características psicológicas y sociales de los delincuentes sexuales de nuestras prisiones. *Anuario de Psicología Jurídica*, 13, 27-60
- Salter, A. (1992). Epidemiology of child sexual abuse. In W. O' Donohue & J. Geer. (Eds.). *The Sexual Abuse of children*. (Vol.I). New Jersey: Lawrence Erlbaum
- Salter, A. (2003). *Pedofilia e outras agressões sexuais: Como nos podemos proteger a nós e aos nossos filhos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sarwer, D., Crawford, I. & Durlak, J. (1997). The relationship between childhood sexual abuse and adult male sexual dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 21(7), 649-665
- Schultz, D. & Schultz, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. (7.ª ed.). Madrid: International Thomson Editores
- Seisdedos, N. & Roig-Fusté (1986). *MMPI: Suplemento Técnico e Interpretación clínica*. (2.ª edição) Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada
- Serafim, A., Saffi, F., Rigonatti, S., Casoy, I. & Barros, D. (2009). Perfil Psicológico e Comportamental de agressores sexuais de crianças. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(6), 101-111

- Sistema de Segurança Interna Gabinete do Secretariado Geral (2002). *Relatório de Segurança Interna*. (pp. 173-175). Direcção Geral da Política da Justiça
- Sistema de Segurança Interna Gabinete do Secretariado Geral (2003). *Relatório de Segurança Interna* (124-135). Direcção Geral da Política da Justiça
- Sistema de Segurança Interna Gabinete do Secretariado Geral (2004). *Relatório de Segurança Interna*. (pp. 123-132). Direcção Geral da Política da Justiça
- Sistema de Segurança Interna Gabinete do Secretariado Geral (2005). *Relatório de Segurança Interna*. (pp.12-14). Direcção Geral da Política da Justiça
- Sistema de Segurança Interna Gabinete do Secretariado Geral (2006). *Relatório de Segurança Interna*. (pp.50-195). Lisboa: Direcção Geral da Política da Justiça
- Sistema de Segurança Interna Gabinete do Secretariado Geral (2007). *Relatório de Segurança Interna*. (pp.47-259). Lisboa: Direcção Geral da Política da Justiça
- Sistema de Segurança Interna Gabinete do Secretariado Geral (2008). *Relatório de Segurança Interna*. (pp. 79-236). Lisboa: Direcção Geral da Política da Justiça
- Sistema de Segurança Interna Gabinete do Secretariado Geral (2009). *Relatório de Segurança Interna*. (37-82). Lisboa: Direcção Geral da Política da Justiça
- Sistema de Segurança Interna Gabinete do Secretariado Geral (2010). *Relatório de Segurança Interna*. (pp. 40-108). Lisboa: Direcção Geral da Política da Justiça
- Soeiro, C. (2009). Perfis Criminais e Crime de Abuso Sexual de Crianças: Caracterização de uma tipologia para a realidade portuguesa. *Revista de Reinserção Social e Prova: Ousar Integrar*, 4, 49-63
- Sousa, D. (2005). Noticias sobre Violência Sexual com Crianças: o caso do Público e do Diário de Notícias. *Livro de Actas do 4.º Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Comunicação*, 1345-1354
- Spitzer, S. (2002). Profilage criminel: petit historique. *Revue Internationale de Sociologie et de Sciences Sociales*, 4(1), 1-8
- Thornton, L. Finch, A. & Griffin, J. (1975). The Mini-Mult wth Criminal Psychiatric Patients. *Journal of Personality Assessment*, 39(4), 394-397
- Toutin, T. (2000). Les origins du profilage criminel. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 1, 105-119
- Toutin, T. (2002). Ultraviolence et profilage criminologique. *Revue Française de Sociologie*, 43, 195-207

- Turvey, B. (2008). *Criminal Profiling: An introduction to behavioral evidence analysis*. (3.th ed.). USA: Elsevier
- UNICEF (2005). *The Media and Children Rights*. (2th. ed.). United Kingdom: Mediawise
- United States Department of Health & Human Services (2007). *Child Maltreatment*. (pp. 2-180). Washington, DC: United States Government Printing Office
- Veysey, B. & Zgoba, K. (2010). Sex offenses and offenders reconsidered. An investigation of characteristics and correlates over time. *Criminal Justice and Behavior*, 37(5), 583-595
- Vidal, J. (1997). Direitos de Menores e Menores de Direito. *Actas do I Seminário Nacional sobre Abusos Sexuais de Crianças e Adolescentes*. 111-114
- Wilson, P., Lincoln, R. & Kocsis, R. (1998). Validity, utility and ethics of profiling for serial violent and sexual offenders. *Humanities & Social Sciences Papers*, 1-12
- Wolfe, D. (1985). Child abusive parents: an empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97(3), 462-482
- Zigler, E., & Hall, N.(1989). Physical child abuse in América: past, present, and future. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.). *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. (pp. 38-75). New York: Cambridge University Press

Bibliografia - Legislação

Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de Março

Diário da República, 1.ª série – N.º 17 – 25 de Janeiro de 2011

Lei n.º 65/98, de 2 de Setembro

Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro

Lei n.º 99/2001 de 25 de Agosto

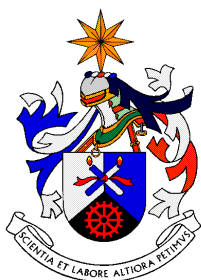
Código Penal Português, sob a lei 59/2007, de 4 de Setembro

Código do Processo Cível, ao abrigo das alterações presente no Decreto-Lei n.º 383/99, de 23 de Setembro; Decreto-Lei n.º 183/2000, de 10 de Agosto; Declaração de Rectificação n.º 7-S/2000, de 31 de Agosto; Declaração de Rectificação n.o 11-A/2000, de 30 Setembro (1º Suplemento); Lei 30-D/2000, de 20. Dezembro (3º Suplemento); Decreto-Lei n.º 272/2001, de 13.10; Decreto-Lei n.º 323/01, de 17.12 - Lei 13/2002, de 19.02.

Código do Processo Penal, ao abrigo das alterações decretadas pelo Diário da Republica, 1.ª Série, n.º 163 de 24 de Agosto de 2007

ANEXOS

**Anexo 1: Carta Endereçada à Direcção Geral dos Serviços
Prisionais**



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Covilhã, 3 de Dezembro de 2010

Para: . Direcção Geral dos Serviços Prisionais

Exmo. Sr. Director Rui Sá Gomes, vimos por este meio, requerer concessão formal referente à realização de um estudo de carácter exploratório, nos Estabelecimentos Prisionais Regionais da Guarda e Covilhã e no Estabelecimento Prisional de Castelo Branco.

Declara-se que se encontra em desenvolvimento um projecto de investigação, que transcorre da elaboração de Dissertação de Mestrado exigida para a obtenção de grau de Mestre, na qual se preconiza como principal desígnio académico-científico, a elaboração de um Perfil Personalístico e Mental de Abusadores Sexuais que se encontrem condenados (com trânsito em julgado). A sua operacionalização metodológica assenta na constituição de um grupo de investigação, composto por abusadores sexuais (com trânsito em julgado) e por um grupo normativo, constituído por indivíduos emparelhados pelas variáveis de idade, género e grau de escolarização.

A fim de alcançar o exposto objectivo, pretende-se aplicar aos grupos descritos, dois instrumentos de Avaliação Psicológica. Em conformidade com o que foi manifesto, justifica-se o presente pedido de autorização, visto que a natureza do grupo de investigação, exige a execução do referido procedimento de avaliação em contexto prisional (segue em anexo a este pedido formal, o Projecto de Investigação e a discriminação dos dois instrumentos de Avaliação Psicológica).

A efectivação prática do estudo exposto, encontra-se a cargo da equipa de investigação constituída pela aluna Filipa Soraia de Oliveira Revelo Carrola, licenciada em Psicologia pela Universidade de Beira Interior, que se encontra actualmente a ingressar no 2º Ciclo de estudos no ramo de Psicologia Clínica e da Saúde na referida instituição de ensino superior, e pelo Professor Doutor Luis Alberto Coelho Rebelo Maia, actualmente Professor Auxiliar e Orientador de Estágios e Dissertações de Mestrado na Universidade da Beira Interior.

Em conformidade com o que foi exposto solicita-se diferimento face ao pedido promulgado.

Atenciosamente,

Assinatura da Mestranda e investigadora

(Filipa Soraia de Oliveira Rebelo Carrola)

Assinatura do Professor Doutor e Orientador

(Professor Doutor Luis Alberto Coelho Maia)

**Anexo 2: Carta Endereçada à Direcção do Estabelecimento
Prisional Regional da Covilhã**



Universidade da Beira Interior
 Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
 Departamento de Psicologia e Educação

Covilhã, 3 de Dezembro de 2010

Para: Direcção do Estabelecimento Prisional Regional da Covilhã

Exma. Sra. Directora Fátima Maria Morais Jerónimo, vimos por este meio, requerer concessão formal referente à realização de um estudo de carácter exploratório, no Estabelecimento Prisional Regional da Covilhã.

Declara-se que se encontra em desenvolvimento um projecto de investigação, que transcorre da elaboração de Dissertação de Mestrado exigida para a obtenção de grau de Mestre, que devido às suas directrizes procedimentais e metodológicas, implicou a formalização de um pedido de autorização endereçado à Direcção Geral de Serviços Prisionais.

Em conformidade com o que vêm sendo exposto, a pretendida investigação preconiza como principal desígnio académico-científico, a elaboração de um Perfil Personalístico e de Saúde Mental de Abusadores Sexuais que se encontrem condenados (com trânsito em julgado). A sua operacionalização metodológica assenta na constituição de um grupo de investigação, composto por abusadores sexuais (com trânsito em julgado) e por um grupo normativo, constituído por indivíduos emparelhados pelas variáveis de idade, género e grau de escolarização.

A fim de alcançar o exposto objectivo, pretende-se aplicar aos grupos descritos, dois instrumentos de Avaliação Psicológica. Em conformidade com o que foi manifesto, justifica-se o presente pedido de autorização, visto que a natureza do grupo de investigação exige a execução do referido procedimento de avaliação, em contexto prisional (segue em anexo a este pedido formal, o Projecto de Investigação e a discriminação dos dois instrumentos de Avaliação Psicológica).

A efectivação prática do estudo exposto, encontra-se a cargo da equipa de investigação constituída pela aluna Filipa Soraia de Oliveira Revelo Carrola, licenciada em Psicologia pela Universidade de Beira Interior, que se encontra actualmente a ingressar no 2º Ciclo de estudos no ramo de Psicologia Clínica e da Saúde na referida instituição de ensino superior, e pelo Professor Doutor Luis Alberto Coelho Rebelo Maia, actualmente Professor Auxiliar e Orientador de Estágios e Dissertações de Mestrado na Universidade da Beira Interior.

Em conformidade com o exposto solicita-se, respeitando o quadro de regulamento interno que rege o normal funcionamento do referente Estabelecimento Prisional, a prestimosa colaboração dos guardas prisionais, e o respectivo diferimento face ao presente pedido promulgado.

Atenciosamente,

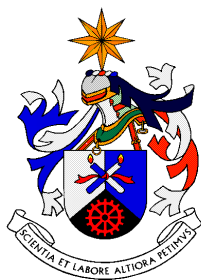
Assinatura da Mestranda e investigadora

(Filipa Soraia de Oliveira Rebelo Carrola)

Assinatura do Professor Doutor e Orientador

(Professor Doutor Luis Alberto Coelho Maia)

**Anexo 3: Carta Endereçada à Direcção Geral dos Serviços
Prisionais**



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Covilhã, 28 de Janeiro de 2011

Para: Direção Geral de Serviços Prisionais

Exmo. Sr. Director Dr. Rui Sá Gomes, vimos por este meio prestar os mais sinceros agradecimentos pela autorização concebida em prol da realização de um estudo de carácter exploratório, intitulado “*Perfil Personalístico e de Saúde Mental de Abusadores Sexuais*”, nos Estabelecimentos Prisionais sediados nas cidades da Covilhã e de Castelo Branco.

Em consonância com o exposto, os referenciados estabelecimentos prisionais deliberaram formalmente o devido consentimento relativo ao início da recolha dos dados, tendo a mesma sido realizada no decurso do presente mês de Janeiro.

Pode declarar-se que foi possível constituir uma amostra razoável, no entanto e no sentido de maximizar a representatividade e a validade científica do estudo, revela-se imperativo expandir em termos numéricos a amostra alcançada até ao momento actual.

Por tudo o que se encontra mencionado, e reforçando a importância e a necessidade do estudo das características personalísticas e mentais deste tipo de população, solicitamos concessão de autorização para a realização da presente investigação no Estabelecimento Prisional da Carregueira.

De novo se presta conhecimento, que a efectivação prática do estudo exposto, encontra-se a cargo da equipa de investigação constituída pela aluna Filipa Soraia de Oliveira Revelo Carrola, licenciada em Psicologia pela Universidade de Beira Interior, que se encontra actualmente a ingressar no 2º Ciclo de estudos no ramo de Psicologia Clínica e da Saúde na referida instituição de ensino superior, e pelo Professor Doutor Luis Alberto Coelho Rebelo Maia, actualmente Professor Auxiliar e Orientador de Estágios e Dissertações de Mestrado na Universidade da Beira Interior.

Em conformidade com o que foi exposto solicita-se diferimento face ao pedido promulgado.

Atenciosamente,

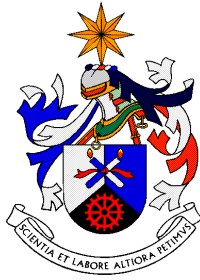
Assinatura da Mestranda e investigadora

(Filipa Soraia de Oliveira Rebelo Carrola)

Assinatura do Professor Doutor e Orientador

(Professor Doutor Luis Alberto Coelho Maia)

**Anexo 4: Carta Endereçada à Direcção do Estabelecimento
Prisional da Carregueira**



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Covilhã, 28 de Janeiro de 2011

Para: Direcção do Estabelecimento Prisional da Carregueira

Exma. Sra. Directora Dra. Isabel Maria Vicente Flores, vimos por este meio requerer concessão formal referente à realização de um estudo de carácter exploratório, no Estabelecimento Prisional da Carregueira.

Declara-se que se encontra em desenvolvimento um projecto de investigação, que transcorre da elaboração de Dissertação de Mestrado exigida para a obtenção de grau de Mestre, que devido às suas directrizes procedimentais e metodológicas, implicou a formalização de um pedido de autorização endereçado à Direcção Geral de Serviços Prisionais. Presta-se conhecimento que o referenciado pedido foi já analisado e validado pela Direcção Geral de Serviços Prisionais, tendo a mesma instituição oficializado a comunicação do seu parecer positivo (para a realização do estudo já efectuado no Estabelecimento Prisional de Castelo Branco e Estabelecimento Prisional Regional da Covilhã), mediante a formalização de uma carta endereçada ao Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas pertencente à Universidade da Beira Interior (que segue em anexo).

Em conformidade com o que vêm sendo exposto, a pretendida investigação preconiza como principal desígnio académico-científico, a elaboração de um Perfil Personalístico e Mental de Abusadores Sexuais que se encontrem condenados (com trânsito em julgado). A sua operacionalização metodológica assenta na constituição de um grupo de investigação, composto por abusadores sexuais (com trânsito em julgado) e por um grupo normativo, constituído por indivíduos emparelhados pelas variáveis de idade, género e grau de escolarização.

A fim de alcançar o exposto objectivo, pretende-se aplicar aos grupos descritos, dois instrumentos de Avaliação Psicológica. Em conformidade com o que foi manifesto, justifica-se o presente pedido de autorização, visto que a natureza do grupo de investigação exige a execução do referido procedimento de avaliação, em contexto prisional (segue em anexo a este pedido formal, o Projecto de Investigação e a discriminação dos dois instrumentos de Avaliação Psicológica).

A efectivação prática do estudo exposto, encontra-se a cargo da equipa de investigação constituída pela aluna Filipa Soraia de Oliveira Revelo Carrola, licenciada em Psicologia pela Universidade de Beira Interior, que se encontra actualmente a ingressar no 2º Ciclo de estudos no ramo de Psicologia Clínica e da Saúde na referida instituição de ensino superior, e pelo Professor Doutor Luis Alberto Coelho Rebelo Maia, actualmente Professor Auxiliar e Orientador de Estágios e Dissertações de Mestrado na Universidade da Beira Interior.

Em conformidade com o exposto solicita-se, respeitando o quadro de regulamento interno que rege o normal funcionamento do referente Estabelecimento Prisional, a prestimosa colaboração dos guardas prisionais, e o respectivo diferimento face ao presente pedido promulgado.

Atenciosamente,

Assinatura da Mestranda e investigadora

(Filipa Soraia de Oliveira Rebelo Carrola)

Assinatura do Professor Doutor e Orientador

(Professor Doutor Luis Alberto Coelho Maia)

Anexo 5: Projecto de Investigação enviado à Direcção Geral dos Serviços Prisionais, ao Estabelecimento Prisional Regional da Guarda e da Covilhã, e ao Estabelecimento Prisional de Castelo Branco e Carregueira



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Projecto de Investigação²⁰

Parte 1- Informação sobre a candidatura:

- 1.1. Especialidade: Psicologia Clínica e da Saúde
- 1.2. Título Provisório: Perfil Personalístico e Mental de Abusadores Sexuais de Crianças
- 1.3. Identificação do candidato: Filipa Soraia de Oliveira Rebelo Carrola - Licenciada em Psicologia na Universidade da Beira Interior
- 1.4. Orientação Científica: Professor Doutor Luis Alberto Coelho Rebelo Maia - Universidade da Beira Interior

Parte 2: Programa de Trabalhos

2.1. Sumário:

A realização deste projecto de investigação prende-se com o desenvolvimento de um estudo de carácter exploratório que preconiza como meta central, a elaboração de um perfil personalístico e mental de uma amostra de abusadores sexuais condenados (com trânsito em julgado) (que constituem o grupo de investigação), que integram os Estabelecimentos Prisionais das cidades da Guarda, Covilhã e Castelo Branco. De forma similar, será estabelecido um grupo normativo, isto é, constituição de um grupo de controlo composto por indivíduos da população normativa, que serão emparelhados pelas variáveis idade, género e grau de escolarização.

A operacionalização prática do objectivo referenciado, assenta na aplicação de dois instrumentos de avaliação psicológica, designadamente o Mini-Mult (versão reduzida do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI) (Kincannon, 1968) (Consultar Anexo II) e o SCL-90-R (*Symptom Checklist-90-Revised*) (Derogatis, Lipman & Covi, 1973) (Consultar Anexo I). De modo complementar, será entregue a cada um dos sujeitos que compõe o grupo de

²⁰ Este projecto de investigação foi enviado à DGSP, bem como a cada um dos quatro EP's sob forma de possível proposta, pelo que *à posteriori* do estabelecimento de contacto formal com as mesmas entidades, foram efectuadas todas as alterações solicitadas e consideradas pertinentes.

investigação e o grupo normativo, um breve questionário, cuja finalidade é recolher informação de índole sócio-demográfica.

2.2. Estado da Arte - Breve sùmula:

A sexualidade Humana representa um tema multi, trans e inter disciplinar, sendo redutor perspectivar esta questão somente sob uma óptica médica, dado que omite o carácter múltiplo de relações entre o sexual e todas as vertentes da vida humana (Fonseca, Soares & Vaz, 2003).

A violência sexual constitui um dos fenómenos que em maior percentagem contribui, para revelar o mais paradoxal do comportamento humano, no que concerne à sexualidade, podendo assumir múltiplas manifestações/conduitas. Esta realidade encontra-se exposta aos imperativos biológicos, psicológicos e pulsionais (Flora, 2001).

O abuso sexual pode ser conceptualizado como todo o acto ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor se encontra num estágio de desenvolvimento psicosssexual mais avançado do que a vítima. Este fenómeno violento pode desdobrar-se em actos nos quais não se produz contacto sexual (voyeurismo, exibicionismo, fotografias pornográficas), ou em distintos tipos de acções que incluem contacto sexual, com ou sem penetração (Azevedo & Guerra, 1989 cit in dos Santos & Dell'aglio, 2008).

Todavia, e devido em larga escala aos *mass media*, existe socialmente uma dificuldade em distinguir correctamente abuso sexual e pedofilia. Assim, o abuso sexual isento da noção de pedofilia corresponde à circunstância, em que o abusador não possui uma preferência sexual por crianças. O abuso representa a substituição ou a resposta a um meio familiar desequilibrado (padrões de violência e domínio) ou à perturbação do abusador. Em contrapartida, o abuso sexual enquadrado com pedofilia, equivale ao grupo de indivíduos que possuem uma preferência sexual por crianças, estimulada pelos critérios que definem esta Parafilia (Gomes & Coelho, 2003).

A conceptualização dos conceitos supramencionados introduz a problemática dos Crimes Sexuais que se encontram previstos na Legislação Portuguesa e que estão definidos no Código Penal (aprovado pela Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro). Os crimes contra a Liberdade Sexual integram (entre outros crimes sexuais) a violação (Art. 164º) e o abuso sexual de pessoa incapaz de resistência (Art. 165). Por outro lado, os Crimes contra a Auto-determinação Sexual incluem o abuso sexual de crianças (Art. 171º), o abuso sexual de menores dependentes (Art.172º), entre outros.

(Visando enquadrar o objectivo do proposto estudo), revela-se crucial esclarecer a noção de *Profiling* vs Perfil Criminal. O *Profiling* é a construção virtual de um perfil psicológico, tipológico, social e físico de um indivíduo, não identificado, passível de ter cometido um crime, isto é, susceptível de passar ao acto (Agrapart-Delmas, 2001). O objecto e a função desta técnica supõem a compreensão do criminoso e do crime (Correia, Lucas & Lamia, 2007).

Esta técnica forense engloba um conjunto de metodologias que identificam conceitos diversos como perfil psicológico, perfil do agressor, perfil de personalidade criminal, etc.

(Kocsis, 2006). Apesar da diversidade de terminologias, o *Profiling* visa desenvolver o Perfil Criminal, sendo que este segundo, pretende analisar padrões de comportamento que melhor definem um crime violento ou uma série de crimes que podem estar associados, com o objectivo de identificar as características do presumível agressor (Kocsis, 2003).

Segundo uma perspectiva reflexiva pessoal, constata-se na investigação científica nacional, uma preocupação crescente por estudar os crimes de violação e de abuso sexual infantil objectivando um perfil criminal. Verifica-se o traçar de um perfil, baseado na análise da cena do crime, dos dados da vítima e do agressor, que se reflectem no desenvolvimento de tipologias de agressores sexuais (presente nas recentes investigações de Soeiro, C. (2009)). Facto idêntico acontece a nível internacional, em que as investigações se debruçam sobre o perfil mais psicológico e comportamental dos abusadores sexuais.

Contudo, tem-se constatado (embora ainda em número reduzido) o desenvolvimento de estudos sobre o perfil psicopatológico de abusadores sexuais, devido ao facto de serem geralmente descritos como indivíduos psicologicamente doentes (geralmente, psicóticos, psicopatas ou introvertidos) que actuam como predadores desenfreados de crianças (Pechorro, Poiares & Vieira, 2008). De forma similar, têm sido realizados estudos para elaborar um perfil personalístico, tentando confirmar ou não a ideia de que não existe um perfil de personalidade “típico” de abusadores sexuais (Golberg & Okami, 1992 cit in Pechorro, Poiares & Vieira, 2008).

Em suma, justifica-se a total pertinência do presente estudo, no sentido de reforçar a importância da avaliação psicológica no domínio jurídico - forense.

2.3. Objectivos

2.3.1. Objectivos Gerais:

- Contribuir para a ampliação e aprofundamento do estudo e conhecimento, relativo aos crimes contra a liberdade e auto-determinação sexual, visto que os mesmos encerram uma natureza traumatizante para as vítimas e são geradores de acentuada repulsa social.
- Sensibilizar para a relevância do foco de investigação científica se direccionar para o estudo de indivíduos condenados devido a crimes de abuso sexual, no sentido de maximizar o conhecimento acerca dos padrões mais internos e cristalizados que caracterizam a sua *persona* e que se reflectem na sua conduta desviante.
- Destacar a importância do campo científico da Psicologia como geradora de conhecimento científico e de avolumada relevância no âmbito Forense, mediante o equilíbrio estabelecido entre a teoria (fundamentos/pressupostos teóricos) e a prática (aplicação de instrumentos de avaliação psicológica).

2.3.2. Objectivos Específicos:

- Estudar/compreender as características personalísticas e psicopatológicas de abusadores sexuais condenados (com trânsito em julgado);

- Execução/construção de um perfil de abusadores sexuais (restrito aos indivíduos da amostra do presente estudo) constituído por traços de personalidade e sintomas clínicos (indicadores ou não de patologia mental) sem visar alcançar a elaboração de um *profiling*. Por outras palavras, não se objectiva dar resposta às questões que caracterizam o *profiling*, enquanto técnica auxiliar de investigação criminal (nomeadamente, “O que se passou na cena do crime?”; “Por que razão estes acontecimentos tiveram lugar?” e “Que tipo de indivíduo pode estar implicado?”).

2.4. Hipóteses:

Devido ao carácter exploratório do proposto estudo e de forma similar, à escassa sustentabilidade teórica, não se revelou efectiva a construção de hipóteses orientadoras do presente estudo.

2.5. Amostra:

A Amostra será constituída por um grupo de investigação e por um grupo normativo, perfazendo um n esperado de 50 sujeitos. O primeiro grupo será composto por indivíduos condenados (com trânsito em julgado) que se encontram a cumprir pena nos Estabelecimentos Prisionais da cidade da Covilhã, Guarda e Castelo Branco. No que respeita ao segundo grupo, pode dizer-se que a sua constituição se encontra dependente da finalização da recolha de informação relativa às variáveis de idade, género e grau de escolaridade do grupo de investigação. Por conseguinte, os sujeitos que irão integrar este segundo grupo serão emparelhados de acordo com as variáveis anteriormente mencionadas.

2.5.1. CrITÉrios de Inclusão:

Grupo de Investigação:

- Ser do sexo masculino;
- Ser indivíduo condenado devido a crimes cometidos contra a liberdade e auto-determinação sexual, com condição de trânsito em julgado;
- Integrar o estabelecimento prisional da Guarda, Covilhã ou de Castelo Branco.

Grupo de Controlo:

- Os indivíduos que apresentem características similares aos sujeitos do grupo de investigação, em termos das variáveis de idade, género e grau de escolarização;

2.5.2. CrITÉrios de Exclusão:

Grupo de Investigação:

- Ser do sexo feminino;
- Ser portador de oligofrenia /retardo mental/ deficiência mental;

Grupo de Controlo:

- Ser do sexo feminino;
- Ser portador de oligofrenia/retardo mental/deficiência mental;
- Ser portador de perturbação psiquiátrica grave;
- Ter cumprido pena devido a crimes cometidos contra a liberdade e a auto-determinação sexual.

2.5. Procedimentos implicados na realização da investigação:

- Realização de pesquisa e consequente revisão bibliográfica em torno da problemática em estudo;
- Reflexão e tomada de decisão acerca dos estabelecimentos prisionais passíveis da realização do estudo;
- Elaboração de um pedido de autorização formal às entidades oficiais relacionadas com os respectivos sectores envolvidos no presente estudo, designadamente a Direcção Geral dos Serviços Prisionais e a Direcção do Estabelecimento Prisional da Covilhã, da Guarda e de Castelo Branco.
- (assegurada a aprovação do pedido de autorização pelas instituições requeridas) proceder-se-à respectiva selecção de sujeitos condenados (com transito em julgado) devido a crimes cometidos contra a liberdade e a auto-determinação sexual.
- Após a selecção da amostra (e constituição do respectivo grupo de investigação), pretende-se proceder à explicação detalhada do objectivo do estudo, fazendo referência ao asseguramento de questões éticas cruciais, como a confidencialidade e a possibilidade de desistência em qualquer fase do estudo, sendo ainda redigido e entregue a cada indivíduo uma requisição de consentimento informado.
- Aplicação dos questionários de avaliação psicológica, designadamente o Mini-Mult e o SCL-90-R. A realização deste procedimento terá lugar no próprio estabelecimento prisional, numa área destacada para o mesmo efeito.
- (tendo em conta que o presente estudo é também constituído por um grupo normativo), pretende-se aplicar os questionários supramencionados aos indivíduos que integram o mesmo, sendo também especificado o objectivo do estudo e sublinhada a importância da sua participação enquanto contributo para a proliferação de conhecimento científico, em prol da problemática estudada. Serão também asseguradas questões éticas relativas à confidencialidade e à liberdade de cada um dos participantes para desistir, no decurso do preenchimento dos mesmos.
- Recolha e análise dos resultados obtidos nos questionários preenchidos pelo grupo de investigação e normativo, por intermédio do programa de tratamento estatístico dos dados, denominado SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).
- Elaboração do perfil personalístico e mental da amostra de abusadores sexuais presente neste estudo.

2.6. Anexos:

- Anexo I: Questionário Sócio-Demográfico
- Anexo II: SCL-90-R.
- Anexo III: Mini-Mult.
- Anexo VI: Termo de Consentimento Informado

2.7. Referências Bibliográficas:

Almeida, N., Gonçalves, M., Graça, O. & Vieira, F. (2010): A Psiquiatria e a Psicologia na Avaliação Pericial em Sexologia Forense. *Acta Médica Portuguesa*. (23), 469-474

Código Penal Português. Diário da República, 1ª série, nº 170 de 4 de Setembro de 2007

Correia, E., Lucas, S. & Lamia, A. (2007). *Profiling*: uma técnica auxiliar de investigação criminal. *Análise Psicológica*. 4 (25), 595-601

Dell'aglio, D. D. & dos Santos, S. S. (2008). Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 595-606

Derogatis, L. R., Lipman, R. S. & Covi, L. (1973). SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*. 9, 13-27

Flora, R. (2001). *How to work with sex offender's. Handbook for a criminal justice, human service and mental help professionals*. New York: Hatworth Clinical Practices Press

Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, J. (2003): *A sexologia - perspectiva multidisciplinar*. Coimbra: Quarteto Editora

Gomes, F. A. & Coelho, T. (2003). *A Sexualidade traída. Abuso sexual Infantil e Pedofilia*. (1ª Ed.) Porto: Ambar

Kocsis, R. N. (2003). Criminal Psychological Profiling: validities and abilities. *International Journal Of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 47(2), 126-144

Kocsis, R. N. (2006). *Criminal Profiling: Principales and Practice*. Totowa, NJ: Humana Press

Pechorro, P. S., Poiares, C. & Vieira, R. X. (2008). Caracterização psicológica de uma amostra forense de abusadores sexuais. *Análise Psicológica*, 4(26), 615-623.

Soeiro, C. (2009). Os perfis criminais: contornos e aplicabilidades de uma técnica forense. *Ousar Integrar - Revista de Reinserção Social e Prova*, (4), 9-20.

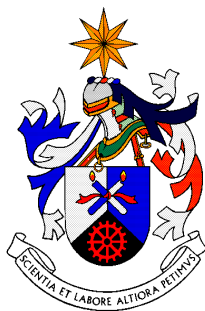
Soeiro, C. (2009). Perfis criminais e crime de abuso sexual de crianças. Caracterização de uma tipologia para a realidade portuguesa. *Ousar Integrar - Revista de Reinserção Social e Prova*, (4), 49-63.

Toutin, T. (2002). *Ultraviolence et profilage criminologique*. Retirado em 23 de Abril de 2004 de <http://profilage.free.fr/ultraviolence.htm>

**Anexo 6: Carta de deferimento emitida pela Direcção Geral dos
Serviços Prisionais**

**Anexo 7: Carta de deferimento emitida pela Direcção do
Estabelecimento Prisional Regional da Covilhã**

**Anexo 8: Termo de Consentimento Informado aplicado aos
Abusadores Sexuais de Crianças**



Termo de Consentimento²¹

Consentimento Informado

Eu, _____ ou _____ declaro ter sido informado pela Mestranda Filipa Soraia de Oliveira Rebelo Carrola que os presentes questionários de Avaliação Psicológica, integram-se na realização de um trabalho de investigação no campo da Saúde de cidadãos em reclusão.

Informo que me foi comunicado que a minha identidade permanecerá no anonimato, e que os dados resultantes do preenchimento dos questionários encontrar-se-ão sob total confidencialidade.

Mais declaro que desejo participar na referida investigação.

Covilhã, 2011

(Mestranda Filipa Soraia de Oliveira Rebelo Carrola)

²¹Termo de consentimento informado autorizado pela DGSP e pelos Técnicos Superiores de Reeducação representantes dos quatro EP's contemplados na presente investigação.

Anexo 9: Questionário Sócio-Demográfico aplicado aos Abusadores Sexuais de Crianças e aos Sujeitos Normativos

Questionário Sócio-Demográfico²²

Idade: _____

Estatuto sócio económico (auto-estimado): Alto Médio-Alto Médio Médio-Baixo Baixo

Habilitações Literárias: Doutoramento Mestrado Licenciatura 12º
9º 4º Outros (indique qual): _____

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado Viúvo(a) União de facto

Tem filhos? : Sim Não Se sim, indique quantos: _____

²²Na ausência de campos específicos formulados no questionário sócio-demográfico entregue aos ASC's e aos sujeitos normativos, confiou-se na capacidade de auto-percepção e auto-descrição de cada respondente, tendo sido questionado aos mesmos informações breves acerca (para efeitos de exclusão ou inclusão no estudo) do seu histórico ou antecedentes de psicopatologia (e.g. questionamento acerca de atendimentos em ambulatório em consultas de psicologia ou psiquiatria passados ou presentes; frequência passada ou actual de tratamentos psicológicos e/ou psiquiátricos com ou sem prescrição de psicofarmacologia), bem como acerca do seu historial de carreira delitiva;

Anexo 10: Questionário Mini Mult aplicado aos Abusadores Sexuais de Crianças e aos Sujeitos Normativos

Nota: Este documento possui direitos de autor, pelo que a sua aquisição deve ser solicitada ou comprada pelas vias normais de investigação. Deste modo optámos pela não apresentação integral do questionário Mini Mult.

MINI-MULT

QUESTIONÁRIO

Nome: _____ Sexo: M F

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Data de Avaliação: _____ / _____ / _____

Nestas folhas encontram-se várias frases. Pedimos-lhe que responda VERDADEIRO ou FALSO a cada uma delas.

Se a sua resposta for VERDADEIRO, faça uma CRUZ à volta da palavra VERDADEIRO.

Se a sua resposta for FALSO, faça um CÍRCULO à volta da palavra FALSO.

Não demore muito tempo entre uma resposta e a seguinte e dê todas as respostas por ordem.

VOLTE A PÁGINA

**Anexo 11: Questionário SCL90R - Aplicado aos Abusadores Sexuais
de Crianças e aos Sujeitos Normativos**

Nota: Este documento possui direitos de autor, pelo que a sua aquisição deve ser solicitada ou comprada pelas vias normais de investigação. Deste modo optámos pela não apresentação integral do questionário SCL90R.

SCL – 90 – R

Questionário de avaliação de 90 sintomas

Nome _____ Data _____

INSTRUÇÕES

A seguir encontra uma lista de problemas e queixas que algumas pessoas costumam ter.

Por favor leia as questões cuidadosamente e assinale a sua escolha colocando um círculo no número que melhor descreve **QUANTO ESTE PROBLEMA O INCOMODOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS INCLUINDO HOJE.**

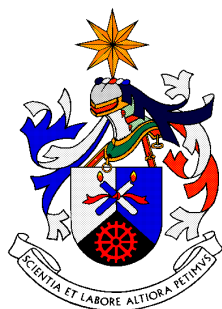
Faça somente um círculo e responda a todas as questões.

Leia o exemplo que se segue antes de começar. Se tiver dúvidas coloque-as ao orientador.

EXEMPLO:

EM QUE MEDIDA TEM SOFRIDO DAS SEGUINTE QUEIXAS	Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
--	-------	-------	---------------	----------	-------

**Anexo 12: Termo de Consentimento Informado aplicado aos
Sujeitos Normativos**



Termo de Consentimento Consentimento Informado

Eu, _____ ou declaro ter sido informado pela Mestranda Filipa Soraia de Oliveira Rebelo Carrola que a resposta aos presentes questionários de Avaliação Psicológica, reverte para efeitos de realização de uma Dissertação de Mestrado cujo principal objectivo assenta na elaboração do Perfil Personalístico e de Saúde mental de Abusadores Sexuais de Crianças (sob condição de trânsito em julgado a cumprir pena em distintos estabelecimentos prisionais, devido à prática do crime de Abuso Sexual de Crianças tipificado pelo artigo 171.º do actual Código Penal Português), e de um grupo de sujeitos da população normativa.

Informo que me foi comunicado que a minha identidade permanecerá no anonimato, e que os dados resultantes do preenchimento dos questionários encontrar-se-ão sob total confidencialidade. Mais ainda ficou contratado que a qualquer momento posso interromper a minha colaboração, pedindo mesmo a devolução de todos os documentos facultados por mim, cessando assim a minha participação no estudo por minha e única vontade.

Mais declaro que desejo participar na referida investigação.

Covilhã, 2011

(Mestranda e investigadora Filipa Soraia de Oliveira Rebelo Carrola)

Anexo 13: Tabela 36 - Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes pelas escalas clínicas do Mini Mult, em função das categorias das notas T

Tabela 36

Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes pelas escalas clínicas do Mini Mult, em função das categorias das notas T

Escalas Clínicas	Categorias de Notas T		Grupo de Investigação	Grupo de Controlo	χ^2 p-valor
Hs	Nota T \geq 70	n	23	10	0.013*
		%	37.09	15.87	
	Faixa normativa (Nota T31-50-69)	n	39	53	
		%	62.90	84.12	
D	Nota T \geq 70	n	29	4	0.000*
		%	46.77	6.34	
	Faixa normativa (Nota T31-50-69)	n	33	59	
		%	53.22	93.65	
Hy	Nota T \geq 70	n	16	4	0.006*
		%	25.80	6.34	
	Faixa normativa (Nota T31-50-69)	n	46	59	
		%	74.19	93.65	
Pd	Nota T \geq 70	n	35	7	0.000*
		%	56.45	11.11	
	Faixa normativa (Nota T31-50-69)	n	27	56	
		%	43.54	88.88	
Pa	Nota T \geq 70	n	30	6	0.000*
		%	48.37	9.52	
	Faixa normativa (Nota T31-50-69)	n	32	57	
		%	51.61	90.47	
Pt	Nota T \geq 70	n	23	0	0.000*
		%	37.09	0.00	
	Faixa normativa (Nota T31-50-69)	n	39	59	
		%	62.90	93.65	
Sc	Nota T \leq 30	n	0	4	0.000*
		%	0.00	6.34	
	Nota T \geq 70	n	33	3	
		%	53.22	4.76	
	Faixa normativa (Nota T-31-50-69)	n	29	60	
		%	46.77	95.23	
Ma	Nota T \geq 70	n	3	0	0.060
		%	4.83	0.00	
	Faixa normativa (Nota T-31-50-69)	n	59	62	
		%	95.16	98.41	
	Nota T \leq 30	n	0	1	
		%	0.00	1.58	

Nota: *p<0.05; Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor}: Valor de Probabilidade de Significância; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; Hs: Hipocondria; D: Depressão; Hy: Hipocondria; Pd: Desvio Psicopático; Pa: Paranoia; Pt: Psicastenia; Sc: Esquizofrenia; Ma: Hipomania

Anexo 14: Tabela 37 - Tabela 37: Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas de cada grupo de participantes da amostra pelas escalas clínicas do Mini Mult, em função das categorias de notas T e das categorias de idade

Tabela 37

Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra pelas escalas clínicas do Mini Mult, em função das categorias de notas T e das categorias de idade

Escalas Clínicas	Categorias de Notas T	Categorias de Idade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo		
			Totais	χ^2 p-valor	Totais	χ^2 p-valor	
Hs	Nota T \geq 70	\leq 45	n	7	0.012*	4	0,610
			%	11.29		6.34	
	>45	n	16	6			
		%	25.80	9.52			
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 45	n	26		29	
			%	41.93		46.03	
	>45	n	13	24			
		%	20.96	38.09			
D	Nota T \geq 70	\leq 45	n	12	0.134	2	1.000
			%	19.35		3.17	
	>45	n	17	2			
		%	27.41	3.17			
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 45	n	21		31	
			%	33.87		49.20	
	>45	n	12	28			
		%	19.35	44.44			
Hy	Nota T \geq 70	\leq 45	n	5	0.079	2	1.000
			%	8.06		3.17	
	>45	n	11	2			
		%	17.74	3.17			
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 45	n	28		31	
			%	45.16		49.20	
	>45	n	18	28			
		%	29.03	44.44			
Pd	Nota T \geq 70	\leq 45	n	15	0.108	4	1.000
			%	24.19		6.34	
	>45	n	20	3			
		%	32.25	4.76			
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 45	n	18		29	
			%	29.03		46.03	
	>45	n	9	27			
		%	14.51	42.85			
Pa	Nota T \geq 70	\leq 45	n	14	0.455	5	0.243
			%	22.58		7.93	
	>45	n	16	1			
		%	25.80	1.58			
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 45	n	19		28	
			%	30.64		44.44	
	>45	n	13	29			
		%	20.96	46.03			
Pt	Nota T \geq 70	\leq 45	n	9	0.149	0	1.000
			%	14.51		0.00	
	>45	n	14	0			
		%	22.58	0.00			
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 45	n	24		31	
			%	38.70		49.20	
	>45	n	15	28			
		%	24.19	44.44			
Nota T \leq 30	\leq 45	n	0	2			
		%	0.00	3.17			
	>45	n	0	2			
		%	0.00	3.17			

Nota: * $p < 0.05$; Grupo de Investigação: $n = 62$; Grupo de Controlo: $n = 63$; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor} : Valor de Probabilidade de Significância; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; Hs: Hipocondria; D: Depressão; Hy: Histeria; Pd: Desvio Psicopático; Pa: Paranóia; Pt: Psicastenia;

Anexo 14: Continuação Tabela 37

Tabela 37

Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra pelas escalas clínicas do Mini Mult, em função das categorias de notas T e das categorias de idade

Escalas Clínicas	Categorias de Notas T	Categorias de Idade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo		
			Totais	χ^2 p-valor	Totais	χ^2 p-valor	
Sc	Nota T \geq 70	≤ 45	n	16	0.587	1	0.933
			%	25.80		1.58	
	>45	n	17	2			
		%	27.41	3.17			
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	≤ 45	n	17		32	
			%	27.41		50.79	
	>45	n	12	28			
		%	19.35	44.44			
Ma	Nota T \geq 70	≤ 45	n	1	0.909	0	0.962
			%	1.61		0.00	
	>45	n	2	0			
		%	3.22	0.00			
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	≤ 45	n	32		33	
			%	51.61		52.38	
		>45	n	27		29	
			%	43.54		46.03	
	Nota T \leq 30	≤ 45	n	0		0	
		%	0.00	0.00			
	>45	n	0	1			
		%	0.00	1.58			

Nota: *p<0.05; Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor}: Valor de Probabilidade de Significância; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; Sc: Esquizofrenia; Ma: Hipomania

Anexo 15: Tabela 38 - Teste de Qui-Quadrado para a distribuição de frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra, em função das categorias de notas T e das categorias de escolaridade

Tabela 38
Teste do Qui-Quadrado para a distribuição de frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra, em função das categorias de notas T e das categorias de escolaridade

Escala Clínica	Categorias de Notas T	Categorias de Escolaridade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
			Totais	χ^2 p-valor	Totais	χ^2 p-valor
Hs	Nota T \geq 70	\leq 1ºCiclo E.B.	n 12 % 19.35	0.345	4 6.34	0.987
		2º/3ºCiclos E.B.	n 9 % 14.51		5 7.93	
		Ensino Secundário	n 2 % 3.22		1 1.58	
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 13 % 20.96		20 31.74	
		2º/3ºCiclos E.B.	n 21 % 33.87		27 42.85	
		Ensino Secundário	n 5 % 8.06		6 9.52	
D	Nota T \geq 70	\leq 1ºCiclo E.B.	n 11 % 17.74	0.884	4 6.34	0.017*
		2º/3ºCiclos E.B.	n 15 % 24.19		0 0.00	
		Ensino Secundário	n 3 % 4.83		0 0.00	
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 14 % 22.58		20 31.74	
		2º/3ºCiclos E.B.	n 15 % 24.19		32 50.79	
		Ensino Secundário	n 4 % 6.45		7 11.11	
Hy	Nota T \geq 70	\leq 1ºCiclo E.B.	n 8 % 12.90	0.588	1 1.58	0.456
		2º/3ºCiclos E.B.	n 6 % 9.67		3 4.76	
		Ensino Secundário	n 2 % 3.22		0 0.00	
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 17 % 27.41		23 36.50	
		2º/3ºCiclos E.B.	n 24 % 38.70		29 46.03	
		Ensino Secundário	n 5 % 8.06		7 11.11	
Pd	Nota T \geq 70	\leq 1ºCiclo E.B.	n 12 % 19.35	0.520	2 3.17	0.294
		2º/3ºCiclos E.B.	n 19 % 30.64		5 7.93	
		Ensino Secundário	n 4 % 6.45		0 0.00	
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 13 % 20.96		22 34.92	
		2º/3ºCiclos E.B.	n 11 % 17.74		27 42.85	
		Ensino Secundário	n 3 % 4.83		7 11.11	

Nota: *p<0.05; Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor}: Valor de probabilidade de significância; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; \leq 1ºCiclo E.B.: Escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico; 2.º/3.º Ciclos E.B.: Escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; Hs: Hipocondria; D: Depressão; Hy: Histeria; Pd: Desvio Psicopático

Anexo 15: Continuação Tabela 38

Tabela 38

Teste do Qui-Quadrado para a distribuição de frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra, em função das categorias de notas T e das categorias de escolaridade

Escala Clínica	Categorias de Notas T	Categorias de Escolaridade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
			Totais	χ^2 p-valor	Totais	χ^2 p-valor
Pa	Nota T \geq 70	\leq 1ºCiclo E.B.	n 11 % 17.74	0,751	19 30.15	0,009*
		2º/3ºCiclos E.B.	n 16 % 25.80		32 50.79	
		Ensino Secundário	n 3 % 4.83		6 9.52	
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 14 % 22.58		5 7.93	
		2º/3ºCiclos E.B.	n 14 % 22.58		0 0.00	
		Ensino Secundário	n 4 % 6.45		1 1.58	
Pt	Nota T \geq 70	\leq 1ºCiclo E.B.	n 10 % 16.12	0.830	0 0.00	0.587
		2º/3ºCiclos E.B.	n 10 % 16.12		0 0.00	
		Ensino Secundário	n 3 % 4.83		0 0.00	
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 15 % 24.19		22 34.92	
		2º/3ºCiclos E.B.	n 20 % 32.25		30 47.61	
		Ensino Secundário	n 4 % 6.45		7 11.11	
Nota T \leq 30	\leq 1ºCiclo E.B.	n 0 % 0.00	2 3.17			
	2º/3ºCiclos E.B.	n 0 % 0.00	2 3.17			
	Ensino Secundário	n 0 % 0.00	0 0.00			
Sc	Nota T \geq 70	\leq 1ºCiclo E.B.	n 13 % 20.96	0.795	1 1.58	0.558
		2º/3ºCiclos E.B.	n 17 % 27.41		1 1.58	
		Ensino Secundário	n 3 % 4.83		1 1.58	
	Faixa Normativa (Nota T31-50-69)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 12 % 19.35		23 36.50	
		2º/3ºCiclos E.B.	n 13 % 20.96		31 49.20	
		Ensino Secundário	n 4 % 6.45		6 9.52	

Nota: *p<0.05; Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; χ^2 Qui – quadrado; p_{valor}: Valor de probabilidade de significância; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; \leq 1ºCiclo E.B.: Escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico; 2.º/3.º Ciclos E.B.: Escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; Pa: Paranóia; Pt: Psicastenia; Sc: Esquizofrenia;

Anexo 15: Continuação Tabela 38

Tabela 38

Teste do Qui-Quadrado para a distribuição de frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra, em função das categorias de notas T e das categorias de escolaridade

Escalas Clínicas	Categorias de Notas T	Categorias de Escolaridade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
			Totais	χ^2 p-valor	Totais	χ^2 p-valor
Ma	Nota T \geq 70	\leq 1ºCiclo E.B.	n 1 % 1.61	0.572	0 0.00	0.504
		2º/3ºCiclos E.B.	n 1 % 1.61		0 0.00	
		Ensino Secundário	n 1 % 1.61		0 0.00	
		\leq 1ºCiclo E.B.	n 24 % 38.70		24 38.09	
		2º/3ºCiclos E.B.	n 29 % 46.77		31 49.20	
		Ensino Secundário	n 6 % 9.67		7 11.11	
	Nota T \leq 30	\leq 1ºCiclo E.B.	n 0 % 0.00	0.572	0 0.00	0.504
		2º/3ºCiclos E.B.	n 0 % 0.00		1 1.58	
		Ensino Secundário	n 0 % 0.00		0 0.00	

Nota: * $p < 0.05$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor} : Valor de probabilidade de significância; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; \leq 1ºCiclo E.B.: Escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico; 2.º/3.º Ciclos E.B.: Escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; Ma: Hipomania

Anexo 16: Tabela 47 - Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes pelos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função das categorias das notas T

Tabela 47

Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes pelos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função das categorias das notas T

Índices Sintomáticos e Globais	Categorias de Notas T	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo		χ^2 p-valor
		n	%	n	%	
SOM	Nota T \geq 60	47	75.80	37	58.73	0.057
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	15	24.19	26	41.26	
O.C.	Nota T \geq 60	46	74.19	35	55.55	0.039*
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	16	25.80	28	44.44	
S.I.	Nota T \geq 60	46	74.19	33	52.38	0.016*
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	16	25.80	30	47.61	
D	Nota T \geq 60	49	79.03	20	31.74	0.000*
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	13	20.96	43	68.25	
ANS	Nota T \geq 60	48	77.41	27	42.85	0.000*
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	14	22.58	36	57.14	
HOST	Nota T \geq 60	39	62.90	28	44.44	0.049*
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	23	37.09	35	55.55	
A.F.	Nota T \geq 60	40	64.51	22	34.92	0.001*
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	22	35.48	41	65.07	
I.P.	Nota T \geq 60	52	83.87	40	63.49	0.014*
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	10	16.12	23	36.50	
PSIC	Nota T \geq 60	47	75.80	34	53.96	0.015*
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	15	24.19	29	46.03	
GSI	Nota T \geq 60	52	83.87	34	53.96	0.000*
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	10	16.12	29	46.03	
Total de Sintomas Positivos	Nota T \geq 60	45	72.58	38	60.31	0.186
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	17	27.41	25	39.68	
PSDI	Nota T \geq 60	49	79.03	4	6.34	0.000*
	Faixa Normativa (Nota T 34-59)	13	20.96	59	93.65	

Nota: * $p < 0.05$; Grupo de Investigação: $n=62$; Grupo de Controlo: $n=63$; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor} : Valor de Probabilidade de Significância; Índices Sintomáticos - SOM: Somatização; O.C.: Obsessões-Compulsões; S.I.: Sensibilidade Interpessoal; D: Depressão; ANS: Ansiedade; HOST: Hostilidade; A.F.: Ansiedade Fóbica; I.P.: Ideação Paranóide; PSIC: Psicoticismo; Índices Globais - GSI: Global de Severidade; PSDI: Severidade dos Sintomas Presentes

Anexo 17: Tabela 48 - Teste de Qui-Quadrado para a distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra pelos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função das categorias de notas T e das categorias de idade

Tabela 48

Teste de Qui-Quadrado para a distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra pelos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função das categorias de notas T e das categorias de idade

Índices Sintomáticos e Globais	Categorias de Notas T	Categorias de Idade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo		
			Totais	χ^2 p-valor	Totais	χ^2 p-valor	
SOM	Nota T \geq 60	≤ 45	n	23	0.368	18	0.652
			%	37.09		28.57	
	>45	n	24	19			
		%	38.70	30.15			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n	10		15	
			%	16.12		23.80	
	>45	n	5	11			
		%	8.06	17.46			
O.C.	Nota T \geq 60	≤ 45	n	23	0.567	16	0.352
			%	37.09		25.39	
	>45	n	23	19			
		%	37.09	30.15			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n	10		17	
			%	16.12		26.98	
	>45	n	6	11			
		%	9.67	17.46			
S.I.	Nota T \geq 60	≤ 45	n	25	0.993	17	1.000
			%	40.32		26.46	
	>45	n	21	16			
		%	33.87	25.39			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n	8		16	
			%	12.90		25.39	
	>45	n	8	14			
		%	12.90	22.22			
D	Nota T \geq 60	≤ 45	n	27	0.793	8	0.284
			%	43.54		12.69	
	>45	n	22	12			
		%	35.48	19.04			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n	6		25	
			%	9.67		39.68	
	>45	n	7	18			
		%	11.29	25.57			
ANS	Nota T \geq 60	≤ 45	n	25	0.977	13	0.743
			%	40.32		20.63	
	>45	n	23	14			
		%	37.09	22.22			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n	8		20	
			%	12.90		31.74	
	>45	n	6	16			
		%	9.67	25.39			
HOST	Nota T \geq 60	≤ 45	n	20	0.892	13	0.554
			%	32.25		20.63	
	>45	n	19	15			
		%	30.64	23.80			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n	13		20	
			%	20.96		31.74	
	>45	n	10	15			
		%	16.12	23.80			

Nota: Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor}: Valor de probabilidade de significância Índices Sintomáticos - SOM: Somatização; O.C.: Obsessões-Compulsões; S.I.: Sensibilidade Interpessoal; D: Depressão; ANS: Ansiedade; HOST: Hostilidade

Anexo 17: Continuação Tabela 48

Teste de Qui-Quadrado para a distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra pelos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função das categorias de notas T e das categorias de idade

Índices Sintomáticos e Globais	Categorias de Notas T	Categorias de Idade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
			Totais	χ^2 p-valor	Totais	χ^2 p-valor
A.F.	Nota T \geq 60	≤ 45	n 19	0.341	9	0.284
			% 30.64		14.28	
	>45	n 21	13			
		% 33.87	20.63			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n 14		24	
			% 22.58		38.09	
	>45	n 8	17			
		% 12.90	26.98			
I.P.	Nota T \geq 60	≤ 45	n 27	0.902	20	0.813
			% 43.54		31.74	
	>45	n 25	20			
		% 40.32	31.74			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n 6		13	
			% 9.67		20.63	
	>45	n 4	10			
		% 6.45	15.87			
PSIC	Nota T \geq 60	≤ 45	n 26	0.774	16	0.507
			% 41.93		25.39	
	>45	n 21	18			
		% 33.87	28.57			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n 7		17	
			% 11.29		26.98	
	>45	n 8	12			
		% 12.90	19.04			
GSI	Nota T \geq 60	≤ 45	n 28	1.000	16	0.507
			% 45.16		25.39	
	>45	n 24	18			
		% 38.70	28.57			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n 5		17	
			% 8.06		26.98	
	>45	n 5	12			
		% 8.06	19.04			
Total de Sintomas Positivos	Nota T \geq 60	≤ 45	n 22	0.408	18	0.235
			% 35.48		28.57	
	>45	n 23	20			
		% 37.09	31.74			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n 11		15	
			% 17.74		23.80	
	>45	n 6	10			
		% 9.67	15.87			
PSDI	Nota T \geq 60	≤ 45	n 25	0.717	2	1.000
			% 40.32		3.17	
	>45	n 24	2			
		% 38.70	3.17			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	≤ 45	n 8		31	
			% 12.90		49.20	
	>45	n 5	28			
		% 8.06	44.44			

Nota: Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor}: Valor de probabilidade de significância; Índices Sintomáticos A.F.: Ansiedade Fóbica; I.P.: Ideação Paranoide; PSIC: Psicoticismo; Índices Globais - GSI: Global de Severidade; PSDI: Severidade dos Sintomas Presentes

Anexo 18: Tabela 49 - Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra pelos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função das categorias de notas T e das categorias de escolaridade

Tabela 49

Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra pelos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função das categorias de notas T e das categorias de escolaridade

Índices Sintomáticos e Globais	Categorias de Notas T	Categorias de Escolaridade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo		
			Totais	χ^2 p-valor	Totais	χ^2 p-valor	
SOM	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n	23	0.031*	17	0.123
			%	37.09		26.98	
		2º/3ºCiclos E.B.	n	20		18	
			%	32.25		28.57	
		Ensino Secundário	n	4		2	
			%	6.45		3.17	
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n	2		7	
			%	3.22		11.11	
		2º/3ºCiclos E.B.	n	10		14	
			%	16.12		22.22	
		Ensino Secundário	n	3		5	
			%	4.83		7.93	
O.C.	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n	21	0.271	17	0.022*
			%	33.87		26.98	
		2º/3ºCiclos E.B.	n	21		17	
			%	33.87		26.98	
		Ensino Secundário	n	4		1	
			%	6.45		1.58	
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n	4		7	
			%	6.45		11.11	
		2º/3ºCiclos E.B.	n	9		15	
			%	14.51		23.80	
		Ensino Secundário	n	3		6	
			%	4.83		9.52	
S.I.	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n	20	0.489	13	0.396
			%	32.25		20.63	
		2º/3ºCiclos E.B.	n	22		18	
			%	35.48		28.57	
		Ensino Secundário	n	4		2	
			%	6.45		3.17	
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n	5		11	
			%	8.06		17.46	
		2º/3ºCiclos E.B.	n	8		14	
			%	12.90		22.22	
		Ensino Secundário	n	3		5	
			%	4.83		7.93	

Nota: *p<0.05; Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor}: Valor de probabilidade de significância \leq 1ºCiclo E.B.: Escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico; 2.º/3.º Ciclos E.B.: Escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; Índices Sintomáticos - SOM: Somatização; O.C.: Obsessões-Compulsões; S.I.: Sensibilidade Interpessoal

Anexo 18: Continuação da Tabela 18

Tabela 49

Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra pelos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função das categorias de notas T e das categorias de escolaridade

Índices Sintomáticos e Globais	Categorias de Notas T	Categorias de Escolaridade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
			Totais	χ^2 p-valor	Totais	χ^2 p-valor
D	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n 23	0.068	9	0.055
		% 37.09	14.28			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 22		11	
		% 35.48	17.46			
		Ensino Secundário	n 4		0	
		% 6.45	0.00			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 2	0.712	15	0.006*
		% 3.22	23.80			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 8		21	
		% 12.90	33.33			
		Ensino Secundário	n 3		7	
		% 4.83	11.11			
ANS	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n 20	0.712	14	0.006*
		% 32.25	22.22			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 22		13	
		% 35.48	20.63			
		Ensino Secundário	n 6		0	
		% 9.67	0.00			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 5	0.712	15	0.006*
		% 8.06	24.19			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 8		21	
		% 12.90	33.33			
		Ensino Secundário	n 1		7	
		% 1.61	11.11			
HOST	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n 13	0.199	14	0.006*
		% 20.96	22.22			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 20		14	
		% 32.25	22.22			
		Ensino Secundário	n 6		0	
		% 9.67	0.00			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 12	0.199	10	0.006*
		% 19.35	15.87			
		2º/3ºCiclos do Ensino Básico	n 10		18	
		% 16.12	28.57			
		Ensino Secundário	n 1		7	
		% 1.61	11.11			

Nota: *p<0.05; Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor}: Valor de probabilidade de significância \leq 1ºCiclo E.B.: Escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico; 2.º/3.º Ciclos E.B.: Escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; Índices Sintomáticos - D: Depressão; ANS: Ansiedade; HOST: Hostilidade

Anexo 18: Continuação da Tabela 18

Tabela 49

Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra pelos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função das categorias de notas T e das categorias de escolaridade

Índices Sintomáticos e Globais	Categorias de Notas T	Categorias de Escolaridade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
			Totais	χ^2 p-valor	Totais	χ^2 p-valor
A.F.	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n 17	0.760	10	0.037*
		% 27.41	15.87			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 18		12	
		% 28.03	19.04			
		Ensino Secundário	n 5		0	
		% 8.06	0.00			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 8		14	
		% 12.90	22.22			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 12		20	
		% 19.35	31.74			
		Ensino Secundário	n 2		7	
		% 3.22	11.11			
I.P.	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n 23	0.285	19	0.095
		% 37.09	30.15			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 23		18	
		% 37.09	28.57			
		Ensino Secundário	n 6		3	
		% 9.67	4.76			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 2		5	
		% 3.22	7.93			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 7		14	
		% 11.29	22.22			
		Ensino Secundário	n 1		4	
		% 1.61	6.34			
PSIC	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n 20	0.550	18	0.007*
		% 32.25	28.57			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 21		15	
		% 33.87	23.80			
		Ensino Secundário	n 6		1	
		% 9.67	1.58			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 5		6	
		% 8.06	9.52			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 9		17	
		% 14.51	26.98			
		Ensino Secundário	n 1		6	
		% 1.61	9.52			

Nota: *p<0.05; Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor}: Valor de probabilidade de significância \leq 1ºCiclo E.B.: Escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico; 2.º/3.º Ciclos E.B.: Escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; Índices Sintomáticos - A.F.: Ansiedade Fóbica; I.P.: Ideação Paranóide; PSIC: Psicoticismo

Anexo 18: Continuação da Tabela 18

Tabela 49

Teste do Qui-Quadrado relativo à distribuição das frequências absolutas e relativas de cada grupo de participantes da amostra pelos índices sintomáticos e globais do SCL90R, em função das categorias de notas T e das categorias de escolaridade

Índices Sintomáticos e Globais	Categorias de Notas T	Categorias de Escolaridade	Grupo de Investigação		Grupo de Controlo	
			Totais	χ^2 p-valor	Totais	χ^2 p-valor
GSI	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n 23	0.285	17	0.020*
		% 37.09	26.98			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 23		16	
		% 37.09	25.39			
		Ensino Secundário	n 6		1	
		% 9.67	1.58			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 2	0.212	7	0.067
		% 3.22	11.11			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 7		16	
		% 11.29	25.39			
		Ensino Secundário	n 1		6	
		% 1.61	9.52			
Total de Sintomas Positivos	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n 21	0.212	18	0.067
		% 33.87	28.57			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 20		18	
		% 32.25	28.57			
		Ensino Secundário	n 4		2	
		% 6.45	3.17			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 4	0.212	6	0.067
		% 6.45	9.52			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 10		14	
		% 16.12	22.22			
		Ensino Secundário	n 3		5	
		% 4.83	7.93			
PSDI	Nota T \geq 60	\leq 1ºCiclo E.B.	n 18	0.351	4	0.017*
		% 29.03	6.34			
		2º/3ºCiclos E.B.	n 26		0	
		% 41.93	0.00			
		Ensino Secundário	n 5		0	
		% 8.06	0.00			
	Faixa Normativa (Nota T34-59)	\leq 1ºCiclo E.B.	n 7	0.351	20	0.017*
		% 11.29	31.74			
		2.º/3.º Ciclos E.B.	n 4		32	
		% 6.45	50.79			
		Ensino Secundário	n 2		7	
		% 3.22	11.11			

Nota: *p<0.05; Grupo de Investigação: n=62; Grupo de Controlo: n=63; n: Frequências Absolutas; %: Frequências Relativas; χ^2 : Qui – quadrado; p_{valor}: Valor de probabilidade de significância \leq 1ºCiclo E.B.: Escolaridade igual ou inferior ao 1.º Ciclo do Ensino Básico; 2.º/3.º Ciclos E.B.: Escolaridade equivalente ao 2.º/3.º Ciclos do Ensino Básico; Índices Globais - GSI: Global de Severidade; PSDI: Severidade dos Sintomas Presentes