

**IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES: USO DE *SOFTWARE* COMO
FERRAMENTA DE APOIO**

Tiago Zanatta Calza

Tese de Doutorado apresentada como exigência parcial
para obtenção do grau de Doutor em Psicologia
sob orientação do Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Agosto de 2018

Dedico este trabalho
a todas as crianças que seguem tendo
suas infâncias roubadas.

AGRADECIMENTOS

A minha família, pelo amor, incentivo e apoio durante toda minha vida e trajetória acadêmica. A meus pais, pelos ensinamentos e exemplo. A meu irmão, pela parceria, amizade e companheirismo diários.

Ao meu orientador, Jorge Sarriera, pela parceria nesses anos todos, ensinamentos e modelo de profissional, estando ao meu lado desde 2007, ainda enquanto bolsista de Iniciação Científica.

Aos professores das bancas de Qualificação e de Defesa, Carme Montserrat, Debora Dell'Aglio, Ferran Casas, Lirene Finkler e Silvia Koller, pelo aceite, disponibilidade, colaboração e contribuições, que auxiliaram a enriquecer e aprimorar este trabalho.

À UFRGS, que me proporcionou uma formação rica em conhecimentos e experiências.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, pelo ensino e pelas oportunidades de aprendizado.

À CAPES, pelo auxílio recebido durante o período de Doutorado, bem como por possibilitar a experiência e aprendizados fora do país.

Ao CNPq, pelo amparo financeiro que possibilitou a criação da versão brasileira do *software*.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária, especialmente a Francielli e Fabiane, pela amizade e apoio, bem como Anelise, Angela, Bibiana, Lívia, Leonardo, Luciana, Raquel e Vitória, pela parceria, colaboração e suporte nos trabalhos acadêmicos e na vida.

Aos colegas de outros grupos de pesquisa, bem como outros profissionais que têm me acompanhado em minha trajetória acadêmica e profissional, com muitos ensinamentos e trocas.

Aos participantes de meus estudos, pelo aceite, cooperação e ensinamentos durante todo o processo de pesquisa.

Aos amigos, os que a vida me trouxe nos últimos anos e especialmente os de longa data, pelo companheirismo, risos, conversas, e apoio incondicional, nos momentos de dificuldade e de conquistas.

“En la pared de una fonda de Madrid, hay un cartel que dice:

Prohibido el cante.

En la pared del aeropuerto de Río de Janeiro, hay un cartel que dice:

Prohibido jugar con los carritos porta-valijas.

*O sea: todavía hay gente que canta,
todavía hay gente que juega.”*

Eduardo Galeano, *Las palabras andantes*

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
APRESENTAÇÃO.....	8
CAPÍTULO I - NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA BRASILEIRA.....	14
Introdução.....	14
Método.....	17
Resultados.....	18
Discussão.....	25
Considerações Finais	30
CAPÍTULO II - NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA VISÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E PROTEÇÃO: O QUE FACILITA E O QUE DIFICULTA?.....	32
Introdução.....	32
Método.....	36
Resultados e Discussão	38
Considerações Finais	55
CAPÍTULO III - USO DE SOFTWARE COMO FERRAMENTA DE APOIO PARA A AVALIAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS.....	57
Introdução.....	57
Método.....	61
Resultados e Discussão.....	66
Considerações Finais	80
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO GERAL.....	83
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXO A - Imagens da Versão Brasileira do <i>Software</i>.....	103
ANEXO B – Itens do Software Traduzidos e Modificados.....	106
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	117
ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética.....	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CRAI – Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia da Saúde da Família

GPPC – Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária

IRQV – *Institut de Recerca sobre Calidad de Vida*

MSGR – *Apoyo a la Gestión del Riesgo en la Infancia y la Adolescencia*

OMS – Organização Mundial de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

UdG – *Universidad de Girona*

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

RESUMO

Esta tese de doutorado buscou entender diferentes fatores que facilitam ou dificultam a identificação e a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes brasileiros. Além disso, objetivou apresentar e testar uma ferramenta de apoio, com o intuito de auxiliar profissionais nesses processos. Para isso, foram realizados três diferentes estudos: O Estudo 1 é uma revisão sistemática da literatura brasileira, que investigou os entraves para a identificação e notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, a partir de 28 artigos que atingiram os critérios de inclusão. Realizaram-se análises categoriais, criando-se seis categorias: “Capacitação”, “Relação com o agressor”, “Aspectos do profissional”, “Incerteza do diagnóstico”, “Preocupação com a criança ou família” e “Confiança nos órgãos de proteção”. Os resultados foram discutidos e analisados, bem como propostas alternativas para a melhoria do cenário vigente. No Estudo 2 buscou-se investigar os fatores que facilitam e dificultam a identificação e notificação de casos de maus-tratos para profissionais de saúde e educação. Foram realizados seis grupos focais em diferentes locais de trabalho. Os resultados da análise de conteúdo foram divididos em três eixos temáticos: Os Usuários (Categoria “Violência como Segredo de Família”); Os Profissionais (Categorias “Receios dos Profissionais”, “Omissão/Desinteresse”, “Desamparo/Impotência” e “Capacitação dos Profissionais”); e Os Serviços (Categorias “Sobrecarga/ Falta de Estrutura”, “Relação com o Conselho Tutelar”, “Dividir a Responsabilidade”, “Falhas na rede”, “Público/Privado”, e “Proximidade da Escola e dos Agentes Comunitários”). Discutiram-se os resultados à luz da literatura científica, bem como possibilidades de intervenção. O Estudo 3 apresenta uma análise comparativa entre avaliações de maus-tratos com e sem o auxílio de um *software*. Participaram 1) especialistas em violência contra crianças e adolescentes, e 2) profissionais que trabalham com essa população. Eles avaliaram cinco casos respondendo a um questionário, e após com o auxílio do *software*. Os resultados indicaram diferenças na avaliação entre profissionais e juízes, assim como diferenças e similitudes nas avaliações utilizando o *software*. Foram discutidos os resultados encontrados, bem como a importância do desenvolvimento de tecnologias na psicologia. Após, foi realizada uma discussão geral integrativa, articulando elementos dos três estudos e refletindo acerca deles. Por fim, foram apresentadas reflexões sobre pesquisas futuras, bem como sobre a importância de intervenções e trabalhos voltados para a prática profissional.

Palavras-chave: maus-tratos, crianças, adolescentes, notificação

ABSTRACT

This doctoral thesis sought to understand different factors that facilitate or hinder the identification and notification of maltreatment against Brazilian children and adolescents. In addition, the thesis aimed to present and test a support tool, with the goal of assisting professionals in identification and notification processes. To do so, the thesis is divided into three different studies: Study 1 is a systematic review of the Brazilian literature, which investigated barriers to the identification and reporting of child abuse from 28 articles that met the inclusion criteria. Categorical analyses were performed, and six categories were created: "Capacitation", "Relationship with the aggressor", "Aspects of the professional", "Uncertainty regarding the diagnosis", "Concern with the child or family" and "Confidence in protective organs". The results were discussed and analyzed, as well as alternative proposals to improve the current scenario. In Study 2 we sought to investigate factors that facilitate and hinder identification and reporting of cases of maltreatment by health and education professionals. Six focus groups were conducted in different workplaces. The results of the content analysis were divided into three thematic axes: The Users (Category "Violence as a Family Secret"); The Professionals (Categories "Professionals' Fears", "Omission / Disinterest", "Helplessness" and "Professional Qualification"); and Services (Categories "Overload / Lack of Structure", "Relationship with Guardianship Council", "Divide Responsibility", "Network Failure", "Public / Private" and "Proximity of School and Community Agents"). The results were discussed considering the scientific literature, as well as possibilities for intervention. Study 3 is a comparative analysis between evaluations of maltreatment with and without the aid of a software. The participants were 1) specialists in violence against children and adolescents, and 2) professionals working with this population. They evaluated five cases, first by responding to a questionnaire alone, and then with help from the software. The results indicated differences in the evaluation between professionals and raters, as well as differences and similarities in the evaluations using the software. The observed results are discussed, as well as the importance of the development of new technologies in psychology. Afterwards, an integrative general discussion is held, articulating elements from the three studies and reflecting upon them. Finally, reflections on future research, as well as on the importance of interventions and work focused on professional practice, are presented.

Keywords: maltreatment, children, adolescents, reporting

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa é vinculada ao Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária, que compõe o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (GPPC - UFRGS). O GPPC tem trabalhado com temáticas que impactam o desenvolvimento na infância e na adolescência, como Bem-Estar e Qualidade de Vida, Apoio Social, Tempo Livre, Relações Interpessoais, Uso de Tecnologias, Estratégias de *Coping*, entre outros. Por sua vez, o trabalho aqui exposto, iniciado em 2012 enquanto dissertação de mestrado, inaugura no grupo de pesquisa as investigações sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes brasileiros, especialmente no que se refere à identificação e à notificação de suspeitas de violência.

Tal ênfase se faz necessária porque, mesmo após mais de 28 anos da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), estes ainda são alvo de violação de direitos, fazendo com que as diretrizes preconizadas pela legislação não sejam refletidas na realidade de muitas crianças e adolescentes brasileiros. Embora ainda haja carência de dados objetivos, diversas são as violências das quais crianças e adolescentes seguem sendo vítimas, incluindo abusos físicos, sexuais e psicológicos, negligência e explorações, que violam sua dignidade e comprometem sua saúde e bem-estar.

A definição de maus-tratos utilizada nesse estudo será a da Organização Mundial de Saúde, que propõe que

o abuso ou maus-tratos contra a criança e adolescente engloba toda a forma de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, da qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (OMS, 2002).

No contexto brasileiro, foi a partir dos anos 1960 que os maus-tratos passaram a ser tratados como problema de saúde (Bannwart & Brino, 2011), e a partir dos de 1980 a luta pelos direitos das crianças e dos adolescentes ganhou mais força (Cezar, Arpini, & Goetz, 2017). Todavia, foi somente com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que se passou a ter uma real política em termos de proteção à infância e à adolescência. O Artigo 5º do ECA estabelece que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. Por sua vez, o Artigo 18 convoca toda a sociedade na missão de garantir os direitos das crianças e dos adolescentes brasileiros (Brasil, 1990).

A partir de 2006, foi implementado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que objetiva a coleta de dados e a geração de informações sobre violências e acidentes, a fim de subsidiar políticas em saúde pública (Brasil, 2013). Através do componente Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), trata da vigilância das violências sexual, doméstica ou outras violências interpessoais, consolidando a notificação de casos de violências e destacando-se enquanto um sistema estruturado (Alves et al., 2017). Por fim, em 2014, a Portaria Nº 1.271 do Ministério da Saúde define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças e agravos pelos serviços de saúde públicos e privados (Brasil, 2014), de modo a desencadear ações de proteção contra os diversos tipos de violência, bem como de obter dados epidemiológicos.

Apesar da clareza da legislação, um dos aspectos ainda presentes e que favorece o manutenção dessa dinâmica de violências é a dificuldade dos profissionais em identificar tais situações. A identificação da violência dentro dos diferentes serviços é carregada de muitas incertezas, sendo que muitos profissionais ainda agem por crenças e normas culturais, não dispendo do conhecimento necessário para avaliar as situações e não sabendo como atuar

frente a elas (Oliveira, Fernandes, Torres, Santos, & Monteiro, 2011). Não obstante, conseguir identificar uma situação de violência também não é garantia de que providências serão tomadas, já que muitos profissionais se abstêm de comunicar (muitas vezes, propositalmente) as suspeitas aos órgãos de proteção. A notificação das suspeitas é uma das principais etapas no enfrentamento da violência infantil, sendo derivadas dessa ações de atenção e proteção (Egry, Apostolico, & Moraes, 2018). Tais abstenções, portanto, contribuem para um quadro de subnotificação de suspeitas no contexto brasileiro (Rolim, Moreira, Corrêa, & Vieira, 2014), fazendo com que um grande número de crianças e adolescentes sigam em situações de risco.

Assim, tanto as dificuldades que concernem a identificação de suspeitas, quanto os entraves à notificação, são fatores que devem ser melhor estudados e compreendidos. Ademais, a criação de novas alternativas que possam auxiliar, clarificar e encorajar os profissionais nessas tarefas passa a adquirir grande importância para a interrupção e prevenção da violência contra crianças e adolescentes. Em vista disso, tornam-se relevantes pesquisas e ferramentas que auxiliem ante os desafios da identificação e da notificação de maus-tratos por profissionais de saúde, educação e demais áreas que lidem com essa população em suas práticas.

Esse estudo dá continuidade à dissertação de mestrado, onde foi iniciada a proposta de tradução e adaptação do *software* “*Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia* (MSGR)” (Montserrat, Casas, Muner, Vilarrubias, Pérez, & Sadurní, 2014) para o contexto brasileiro. Essa ferramenta, originalmente criada em uma parceria entre a Secretaria da Infância da Catalunha e o *Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida* (IRQV), da Universidade de Girona (UdG - Espanha), tem como objetivo auxiliar na identificação de fatores de risco que podem estar associados a maus-tratos contra crianças e adolescentes, assim como na resolução ante essas suspeitas. A fim de se aprofundar na

temática, o doutorando realizou um estágio de doutorado sanduíche junto à Universidade de Girona, da qual os criadores do *software* são professores. Além de um maior conhecimento acerca da ferramenta, o doutorando pôde também estudar os pressupostos teóricos e metodológicos dessa, bem como os procedimentos de validação. As etapas iniciais desse processo podem ser encontradas no artigo científico “*Translation and adaptation of software for the identification of maltreatment in children and adolescents*” (Calza & Sarriera, 2015) e no capítulo de livro intitulado “*The use of software to improve child maltreatment detection and assessment*” (Calza, Montserrat, & Casas, 2017). A tentativa de adaptar a ferramenta para o contexto brasileiro tem o intuito de diminuir a lacuna entre a produção científica e a criação de tecnologias que ocorre no campo psicológico nacional, a fim de que a população geral também possa se beneficiar dos conteúdos produzidos pela academia.

Além do trabalho envolvendo o desenvolvimento do *software*, a presente investigação também buscou aprofundar os fatores relacionados à não-notificação de suspeitas de maus-tratos por profissionais, através de um estudo de revisão bibliográfica e de um estudo qualitativo envolvendo grupos de profissionais de saúde e educação que lidam com crianças e adolescentes em suas práticas diárias. Desse modo, este projeto foi dividido em três etapas, resultando em três diferentes artigos.

No Artigo 1 será apresentada uma revisão sistemática da literatura brasileira, tratando dos entraves para a notificação de suspeitas de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Do total de artigos adicionados através das buscas nas plataformas LILACS e Scielo, 28 deles atingiram os critérios de inclusão e foram selecionados na amostra. Além de dados descritivos, foram realizadas análises categoriais, das quais seis categorias foram criadas: Capacitação (conhecer, ler sobre e ter capacitação no tema), Relação com o agressor (medos de retaliação e de envolver-se judicialmente), Aspectos do profissional (isolamento e características pessoais), Incerteza do diagnóstico, Preocupação com a criança ou família e

Confiança nos órgãos de proteção. Após, os resultados foram discutidos e analisados à luz da literatura científica, sendo destacada a necessidade de investimentos em formação acadêmica e continuada, nos serviços de proteção, e no amparo às crianças e aos profissionais envolvidos.

O Artigo 2 teve como objetivo investigar quais são os fatores que facilitam e dificultam a identificação e notificação de suspeitas de maus-tratos. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo, através de grupos focais com diferentes grupos de profissionais que atuam com crianças e adolescentes em suas práticas em diferentes locais, buscando representar os campos da educação, saúde e proteção: Duas escolas (educação); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (saúde); um Conselho Tutelar e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (proteção). Análises de Conteúdo foram realizadas, e os resultados foram divididos em três eixos temáticos: Os Usuários, Os Profissionais, e Os Serviços. A primeiro eixo é composto pela categoria intitulada “Violência como Segredo de Família”. O segundo eixo foi constituído pelas categorias “Receios dos Profissionais”, “Omissão/Desinteresse”, “Desamparo/Impotência” e “Capacitação dos Profissionais”. Por fim, no eixo “Os Serviços” estão presentes as categorias “Sobrecarga/ Falta de Estrutura”, “Relação com o Conselho Tutelar”, “Dividir a Responsabilidade”, “Falhas na rede”, “Público/Privado”, e “Proximidade da Escola e dos Agentes Comunitários”. Os resultados foram refletidos e discutidos, e possibilidades de intervenções e investimentos foram pensadas a fim de melhorar esses índices.

No Artigo 3 foi realizada a comparação entre as avaliações de suspeitas de maus-tratos com e sem o auxílio do *software*. Participaram do estudo dois grupos de profissionais: 1) especialistas em violência contra crianças e adolescentes, e 2) profissionais que trabalham com essa população em seu dia-a-dia. Estes foram convidados a avaliarem cinco esquetes

onde poderia haver uma situação de maus-tratos, inicialmente respondendo a um questionário, e após com o auxílio da versão adaptada do *software*. Os resultados indicaram diferenças na avaliação entre profissionais e juízes, assim como diferenças e similitudes nas avaliações utilizando o *software*. Este, por sua vez, apresentou maior número de indicadores, bem como maior clareza quanto às resoluções. Foram discutidos diversos aspectos referentes à precisão da ferramenta e a avaliação dos próprios participantes, uma vez que a complexidade das situações pode acarretar em diferentes interpretações para os casos. Após, refletiu-se acerca da importância da criação de ferramentas e tecnologias pela psicologia para o uso pela população geral.

Por fim, serão apresentadas as considerações finais acerca da pesquisa, buscando englobar os três estudos e apontar possíveis caminhos para futuros trabalhos e investigações na área. Espera-se que esses estudos possam contribuir para melhorias nos campos teórico e profissional, fornecendo tanto dados empíricos quanto soluções práticas e aplicadas para a capacitação profissional.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO GERAL

Sabendo que a questão dos maus-tratos é tratada internacionalmente como um grave problema (Normandin, 2016; van der Put et al., 2017), cabe tentar entender os diferentes aspectos que a envolve de forma mais global. Assim, faz-se importante buscar articular os conhecimentos resultantes dos diferentes estudos.

Ao refletir acerca das três investigações conjuntamente, pode-se compreender melhor alguns aspectos referentes à identificação e à notificação de situações de maus-tratos, que atravessaram os estudos: a complexidade do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, citada por outros autores (Banwart & Brino, 2011; Silva Júnior et al., 2017), é explicitada nos diferentes cenários de investigação, assim como nas dificuldades dos profissionais, independente de formação e capacitação. Mesmo o grupo de juízes, para várias das avaliações, demonstrou diferentes percepções quanto à gravidade das situações. Ou seja, a multifatorialidade, diversidade de variáveis e de pessoas envolvidas, torna muitas vezes árdua a afirmação de que houve ou não uma situação de maus-tratos, sua gravidade, bem como acerca das possibilidades de reincidência.

Outro fator que parece emergir ao longo dos três artigos é acerca das bases teóricas, legislativas e vivenciais dos participantes, que parecem pautar diversas questões e opções em suas práticas profissionais. Assim, as concepções acerca de cuidado, bem como de violência, determinam o modo como os profissionais reconhecem e enfrentam esses problemas (Egry et al., 2018). Ou seja, os valores dos profissionais, bem como a priorização de um ou outro elemento acabam tendo bastante força na tomada de decisão. Além disso, os indicadores clínicos que sinalizam a violência podem variar largamente entre os casos (Normandin, 2016), dificultando e complexificando ainda mais a tarefa de identificar uma situação de violação de direitos.

Por sua vez, os dois primeiros capítulos apresentam forte consonância temática e acerca de seus resultados. Destacam-se diversos pontos, elencados em ambos os trabalhos: os resultados apontados evidenciam que somente a identificação da suspeita não é requisito suficiente para que haja a notificação dessa. A fim de diminuir um pouco esse *gap* existente entre a prescrição e a ação (Gallagher-Mackay, 2014), ressalta-se a necessidade de capacitação e de orientação quanto ao que deve ser feito ante uma suspeita. Melhorias no fluxo e na comunicação entre os diversos serviços da rede, bem como uma maior garantia de segurança dos profissionais envolvidos, são fatores que auxiliariam bastante no encorajamento da notificação e no desenrolar mais eficaz dos casos. Outro fator que atravessou os estudos foi a crença na incapacidade dos setores de proteção em resolver a situação, seja por falta de competência, seja pela pouca estrutura e recursos humanos, seja pela complexidade e gravidade do cenário de violência presente no contexto brasileiro. Assim, torna-se clara a necessidade de maiores investimentos em educação continuada, profissionais capacitados e maior segurança tanto a eles quanto às crianças e aos adolescentes, a fim de que se promova maior garantia de proteção aos profissionais, e de que não ocorra a revitimização das crianças e dos adolescentes.

Embora avaliações clínicas sejam mais comum em práticas de proteção à criança que o uso de instrumentos (van der Put et al., 2017), acredita-se que tratativas de elaboração de protocolos mais específicos, buscando indicadores com bases em evidências, sejam alternativas que possam auxiliar no sentido de uma maior objetividade e eficácia na avaliação e tomada de decisão. A proposta de desenvolvimento do *software* vai nessa direção, proporcionando uma ferramenta aberta, gratuita e de fácil acesso, para que a população possa utilizar para apoiar suas suspeitas na identificação de maus-tratos, bem como auxiliar no encorajamento para as resoluções adequadas.

A partir dos elementos apontados, cabe ressaltar também a importância das diferentes formas de divulgação científica, para que os conhecimentos gerados na academia possam

também chegar à população. Acredita-se que estas sejam também um instrumento de fortalecimento da democracia, disseminando o conhecimento e evitando que este se torne ferramenta de poder e dominação (Camargo, Barbará, & Bertoldo, 2008).

No que tange a temática dos maus-tratos, a divulgação na mídia, redes sociais e outras instâncias, de materiais sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como de indicadores e sinais de alerta para a ocorrência de maus-tratos, passam a ter imensa importância. Conteúdos esses que devem ser divulgados também junto às próprias crianças e adolescentes, para que se apropriem de seus direitos e saibam que atitudes tomar quando perceberem que estes estão sendo violados (Perez & Calza, 2017).

Tais esforços são de extrema importância, uma vez que é através da notificação que se torna possível embasar ações e intervenções governamentais em diversos níveis (Bannwart & Brino, 2011). É através dela que a situação passa a existir no sistema de justiça (Dobke, Santos, & Dell'Aglio, 2010), podendo ser realizadas a partir de então as medidas cabíveis. Além disso, proporciona informações para a avaliação epidemiológica, bem como para a necessidade de investimentos públicos (Deslandes et al., 2011; Veloso, Magalhães, Dell'Aglio, Cabral, & Gomes, 2013).

Esse trabalho avança no sentido de propiciar novos elementos a respeito das dificuldades que diferentes profissionais possuem nos processos de identificação e de notificação de suspeitas de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Pensa-se que esses resultados serão úteis para pautar ações junto a essa população, sejam na formação, sejam na elaboração de políticas públicas voltadas à melhoria das condições e do exercício de seus trabalhos.

Por sua vez, trabalhos científicos futuros poderão propor estratégias de intervenção a fim de reduzir as dificuldades apontadas pelos profissionais, bem como de potencializar os aspectos considerados facilitadores para a identificação e a notificação de suspeitas. Além disso, pesquisas com outros públicos e em outros contextos possibilitarão especificar

diferentes aspectos, que não foram elencados pelos participantes nessa etapa. Por fim, investigações envolvendo a utilização do *software* também poderão ser realizadas, com o intuito de refiná-lo quanto às avaliações e usabilidade, bem como de proporcionar melhorias e novas funções à ferramenta.

Cabe realçar a importância de estudos que busquem soluções práticas, pragmáticas e aplicadas para a população. Pensa-se que o desenvolvimento de tecnologias também deva ser tarefa de absoluto interesse da psicologia brasileira enquanto ciência, sendo também uma forma de retribuir à sociedade os investimentos proporcionados através de suas contribuições. Por fim, entende-se que investir na garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes brasileiros é dever de todas as instâncias, políticas, profissionais e acadêmicas. Através do esforço e articulação entre esses três campos é que serão possíveis melhorias para garantir a eles um presente e futuro com mais segurança, respeito, saúde e dignidade.

REFERÊNCIAS

- Abrahams, N., Casey, K., & Daro, D. (1992). Teachers' knowledge, attitudes and beliefs about child abuse and its prevention. *Child Abuse & Neglect, 16* (2), 229–238.
- Abramovitch, S., Maia, M. C., & Cheniaux, E. (2008). Transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo: associação com abuso físico na infância. *Revista Psiquiatria Clínica, 35*(4), 159-164.
- Acioli de Almeida, R., Lins, L., & Lins Rocha, M. (2015). Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. *Revista Bioética, 23* (2), 320-330.
- Al-Amad, S. H., Awad, M. A., Al-Farsi, L. H., & Elkhaled, R. H. (2016). Reporting child abuse cases by dentists working in the United Arab Emirates (UAE). *Journal of Forensic and Legal Medicine 40*, 12-15. doi: dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2016.
- Alves, J., Vidal, E., Fonseca, F., Vidal, E., Silva, M., Pinto, A., & Aquino, P. (2017). Notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba, 19*(1), 26-32. doi: 10.5327/z1984-4840201726596
- Apostólico, M. R., Nóbrega, C. R., Guedes, R. N., Fonseca, R. M. G. S., & Egry, E. Y. (2012). Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20*(2), 266-273. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200008>
- Aragão, A. S., Ferriani, M. G. C., Vendruscollo, T. S., Souza, S. L., & Gomes, R (2013). Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21*, 1-5.
- Asgeirsdottir, B. B., Sigfusdottir, I. D., Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2011). Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child Abuse & Neglect, 35*, 210-219. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.12.00

- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pesce, R. P., Pires, T. O., & Gomes, D. L. (2012). Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2305-231. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900012>
- Bannwart, T. H., & Brino, R. F. (2011). Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(2), 139-145. doi: dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000200002
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barlett, J. D., & Easterbrooks, M. A. (2012). Links between physical abuse in childhood and child neglect among adolescent mothers. *Children and Youth Services Review*, 34, 2164-2169. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.07.011>
- Bazon, M. R., & Faleiros, J. M. (2013). Identificação e Notificação dos Maus-tratos Infantis no Setor Educacional. *Paidéia*, 23(54), 53-61. doi: dx.doi.org/10.1590/1982-43272354201307
- Berzenski, S. R., & Yates, T. M. (2011). Classes and consequences of multiple maltreatment: a person-centered analysis. *Child Maltreatment*, 16(4), 250-261. doi: [10.1177/1077559511428353](https://doi.org/10.1177/1077559511428353)
- Bezerra, S. C. (2004). Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde* (17-22). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1990). *Estatuto da criança e do adolescente. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011*. Brasília: o autor.

- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Portaria N° 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*
- Bryant, J. K. (2009). School counselors and child abuse reporting: a national survey. *Professional School Counseling, 12*(5), 333-342. doi: <https://doi.org/10.5330/PSC.n.2010-12.333>
- Calza, T. Z., & Sarriera, J. C. (2015). Translation and adaptation of software for the identification of maltreatment in children and adolescents. *Psicoperspectivas, 14*(1). doi: 10.5027/psicoperspectivas-vol14-issue1-fulltext-513
- Calza, T. Z., Dell’Aglío, D. D., & Sarriera, J. C. (2016). Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação. *Revista da SPAGESP, 17*(1), 14-27.
- Calza, T. Z., Montserrat, C. M., & Casas, F. (2017). The use of software to improve child maltreatment detection and assessment (pp.71-89). In Sarriera J. & Bedin L. (eds) *Psychosocial Well-being of Children and Adolescents in Latin America. Children’s Well-Being: Indicators and Research*. Springer: Cham.
- Camargo, B. V., Barbará, A., & Bertoldo, R. B. (2008). A influência de vídeos documentários na divulgação científica de conhecimento sobre a Aids. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 21*(2), 179-185.
- Cezar, P., Arpini, D., & Goetz, E. (2017). Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. *Psicologia: Ciência E Profissão, 37*(2), 432-445. doi: 10.1590/1982-3703001942015
- Chaiyachati, B., Asnes, A., Moles, R., Schaeffer, P., & Leventhal, J. (2016). Gray cases of child abuse: Investigating factors associated with uncertainty. *Child Abuse & Neglect, 51*, 87-92. doi: [dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.001](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.001)

- Chan, K. (2011). Evaluating the risk of child abuse. *Journal Of Interpersonal Violence, 27*(5), 951-973. doi: dx.doi.org/10.1177/0886260511423252
- Chen, Y., Fetzer, S., Lin, C., Huang, J., & Feng, J. (2013). Healthcare professionals' priorities for child abuse educational programming: A Delphi study. *Children And Youth Services Review, 35*(1), 168-173. doi: dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.09.024
- Cong, E., Li, Y., Shao, C., Chen, J., Wu, W., Shang, X., . . . Shi, S. (2012). Childhood sexual abuse and the risk for current major depression in Chinese women. *Psychological Medicine, 42*, 409-417. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087569
- Costa, A. B., Zoltowski, A. P. C., Koller, S. H., & Teixeira, M. A. P. (2015). Construção de uma escala para avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(8), 2441-2452. doi: 10.1590/1413-81232015208.10762014
- Day, V. P., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., . . . Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria, 25*(1), 9-21.
- Delamaro, M., Maldonado, J., & Jino, M. (2007). *Introdução ao Teste de Software*. Editora Campus: Rio de Janeiro.
- Deslandes, S. F. (1994). *Prevenir a violência – um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/Claves.
- Deslandes, S., Mendes, C. H. F., Lima, J. S., & Campos, D. S. (2011). Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública, 27*(8), 1633-1645. doi: dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800018
- Devries, K., Child, J., Bacchus, L., Mak, J., Falder, G., & Graham, K. ... Heize, L. (2013). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction, 109*(3), 379-391. doi: 10.1111/add.12393

- Dobke, V. M., Santos, S. S., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Abuso sexual intrafamiliar: da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. *Temas em Psicologia, 18*(1), 167-176.
- Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *The Lancet, 369*, 1891-1899. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60856-3
- Egry, E., Apostolico, M., & Morais, T. (2018). Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 23*(1), 83-92. doi: 10.1590/1413-81232018231.22062017
- English, D., Thompson, R., & White, C. (2015). Predicting risk of entry into foster care from early childhood experiences: A survival analysis using LONGSCAN data. *Child Abuse & Neglect, 45*, 57-67. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.04.017
- English, D., Thompson, R., White, C., & Wilson, D. (2015). Why should child welfare pay more attention to emotional maltreatment? *Children And Youth Services Review, 50*, 53-63. Doi: dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.01.010
- Esteves, K., Gray, S., Theall, K., & Drury, S. (2017). Impact of Physical Abuse on Internalizing Behavior Across Generations. *Journal Of Child And Family Studies, 26*(10), 2753-2761. doi: dx.doi.org/10.1007/s10826-017-0780-y
- Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tommyr, L., & Yuan, Y. (2010). Understanding Child Maltreatment Systems: A Foundation for Child Welfare Policy. *Children's Well-Being: Indicators and Research, 1*, 65-80. doi: doi.org/10.1007/978-90-481-3377-2_5
- Faraj, S. P., Siqueira, A. C., & Arpini, D. M. (2016). Notificação da violência: percepções de operadores do direito e conselheiros tutelares. *Psicologia: Ciência e Profissão, 36*(4), 907-920. doi:10.1590/1982-3703000622014

- Feng, J., Huang, T., & Wang, C. (2010). Kindergarten teachers' experience with reporting child abuse in Taiwan. *Child Abuse & Neglect*, 34(2), 124-128. doi: dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.05.007
- Furnham, A. (1986). Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and Individual Differences*, 7, 385- 400. doi: doi.org/10.1016/0191-8869(86)90014-0
- Gallagher-Mackay, K. (2014). Teachers' Dut to Report Child Abuse and Neglect and the Paradox of Noncompliance: Relational Theory and “Compliance” in the Human Services. *Law & Policy*, 36(3), 256-289. doi: dx.doi.org/10.1111/lapo.12020
- Garbin, C., Dias, I., Rovida, T., & Garbin, A. (2015). Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1879-1890. doi: 10.1590/1413-81232015206.13442014
- Gava, L. L., Silva, D. G., Dell'Aglio, D. D. (2013). Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. *Psico*, 44(2), 235-244.
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., & MacMillan, H. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373(9658), 167-180. doi: 10.1016/s0140-6736(08)61707-9
- Glaser D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 697-714. doi: https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00342-3
- Gomes, R., Deslades, S. F., Veiga, M. M., Bhering, C. & Santos, J. F. C. (2002). Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cadernos de Saúde Pública* 18(3), 707-714.
- Gomes, R., Junqueira, M., Silva, C., & Junger, W. (2002). A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), 275-283. doi: 10.1590/s1413-81232002000200008

- Gonçalves, H. S., & Ferreira, A. L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 315-319. doi: dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100032.
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 379-386. doi: dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000300006
- Haight, W., Sugrue, E., & Calhoun, M. (2017). Moral injury among Child Protection Professionals: Implications for the ethical treatment and retention of workers. *Children And Youth Services Review*, 82, 27-41. doi: dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.08.030
- Hawkins, R., & McCallum, C. (2001). Mandatory notification training for suspected child abuse and neglect in South Australian schools. *Child Abuse & Neglect*, 25(12), 1603-1625. doi: dx.doi.org/10.1016/s0145-2134(01)00296-4
- Hazar Bodrumlu, E., Avşar, A., & Arslan, S. (2016). Assessment of knowledge and attitudes of dental students in regard to child abuse in Turkey. *European Journal Of Dental Education*, 22(1), 40-46. doi: 10.1111/eje.12242
- Herrenkohl, T., Hong, S., Klika, J., Herrenkohl, R., & Russo, M. (2012). Developmental Impacts of Child Abuse and Neglect Related to Adult Mental Health, Substance Use, and Physical Health. *Journal Of Family Violence*, 28(2), 191-199. doi: 10.1007/s10896-012-9474-9
- Ho, G., Gross, D., & Bettencourt, A. (2017). Universal Mandatory Reporting Policies and the Odds of Identifying Child Physical Abuse. *American Journal Of Public Health*, 107(5), 709-716. doi: dx.doi.org/10.2105/ajph.2017.303667
- Honor, G. (2012). Emotional Maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(6), 436-442. doi: doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.05.004

- Hovdestad, W., Campeau, A., Potter, D., & Tonmyr, L. (2015). A Systematic Review of Childhood Maltreatment Assessments in Population-Representative Surveys Since 1990. *PLOS ONE*, *10*(5), e0123366. doi: dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0123366
- Janssen, T. L., van Dijk, M., Al Malki, I., van As, A.B. (2013). Management of physical child abuse in South Africa: literature review and children's hospital data analysis. *Paediatrics and International Child Health*, *33*(4), 216-227. doi: 10.1179/2046905513Y.0000000091
- Jonas, S., Bebbington, S., McManus, S., Meltzer, H., Jenkins, R., Kuipers, E., Cooper, C., King, M., & Brugha, T. (2011). Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine*, *41*, 709-719. doi: 10.1017/S003329171000111X
- Kellog, N. D. (2014). Working with child protective services and Law enforcement: what to expect. *Pediatric Clinics*, *61*(4), 1037-1047. doi: 10.1016/j.pcl.2014.06.013
- Konijnendijk, A., Boere-Boonekamp, M., Fleuren, M., Haasnoot, M., & Need, A. (2016). What factors increase Dutch child health care professionals' adherence to a national guideline on preventing child abuse and neglect?. *Child Abuse & Neglect*, *53*, 118-127. doi: dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.006
- Kwaadsteniet, L., Bartelink, C., Witteman, C., Berge, I., & Yperen, T. (2013). Improved decision making about suspected child maltreatment: Results of structuring the decision process. *Children and Youth Services Review*, *35*, 347-352. doi:10.1016/j.chilyouth.2012.11.015
- Leetch, A. N., & Woolridge, D. (2013). Emergency department evaluation of child abuse. *Emergency Medicine Clinics of North America*, *31*(3), 853-873. doi: 10.1016/j.emc.2013.04.003
- Levanthal, J. M., Martin, K. D., & Gaither, J. R. (2012). Using US data to estimate the incidence of serious physical abuse in children. *Pediatrics*, *129*(2), 458-464. doi: 10.1542/peds.2011-1277

- Lima, J. W., Alberto, M. F. P., Santos, V. M., Brito, K. L., & Silva, S. L. G. (2014). Violência sexual infantojuvenil: o que dizem os documentos do juizado?. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(1), 2-24. doi: [dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n1p2](https://doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n1p2)
- Lima, J., & Deslandes, S. (2015). Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 661-673. doi: doi.org/10.1590/S0104-12902015000200021
- Lobato, G. R., Moraes, C. L., & Nascimento, M. C. (2012). Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1749-1758. doi: [dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900013](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900013)
- Luna, G. L. M., Ferreira, R. C., & Vieira, L. J. E. S. (2010). Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2) 481-491. doi: [dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200025](https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200025)
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (1999). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Marshal, N. A. (2012). A Clinician's Guide to Recognizing and Reporting Parental Psychological Maltreatment of Children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(2), 73-79. doi: [dx.doi.org/10.1037/a0026677](https://doi.org/10.1037/a0026677)
- Martins, C. B. G. (2010). Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 660-665. (DOI INEXISTENTE)
- Martins, C. B. G., & Jorge, M. H. P. M. (2010). Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3):423-428. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300018>
- Matos, F. Z., Borges, A. H., Neto, I. M., Rezende, C. D., Silva, K. L., Pedro, F. L. M., & Porto, A. N. (2013). Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 22(63), 153-157.

- Melkman, E., Hershkowitz, I., & Zur, R. (2017). Credibility assessment in child sexual abuse investigations: A descriptive analysis. *Child Abuse & Neglect*, *67*, 76-85. doi: dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.027
- Mikton, C., Power, M., Raleva, M., Makoae, M., Eissa, M., Cheach, I., Cardia, N., Choo, C., & Almuneef, M. (2013). The assessment of the readiness of five countries to implement child maltreatment prevention programs on a large scale. *Child Abuse & Neglect*, *37*, 1237-1251. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.07.009
- Mills, R., Alati, R., O'Callaghan, M., Najman, J. M., Williams, G. M., Bor, W., et al. (2011). Child Abuse and Neglect and Cognitive Function at 14 Years of Age: Findings From a Birth Cohort. *Pediatrics*, *127*(1), 4-10. doi: 10.1542/peds.2009-3479
- Minayo, M. C. S. (2001). Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, *1*(2), 91-102. doi: dx.doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002
- Mogaddam, M., Kamal, I., Merdad, L., & Alamoudi, N. (2016). Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse & Neglect* *54*, 43-56. doi: dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.02.004
- Moles, R. L., & Asnes, A. G. (2014). Has this child been abused? Exploring uncertainty in the diagnosis of maltreatment. *Pediatric Clinics*, *61*, 1023-1036. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2014.06.009
- Montserrat, C., Casas, F., Muner, J., Vilarrubias, N., Pérez, M. & Sadurní, M. (2014). *De las observaciones a los indicadores: el módulo de apoyo a la gestión del riesgo en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Col·lecció Eines, número 17. http://benestar.gencat.cat/ca/detalls/Article/Eines_17
- Mora, R. (2009). Physical Child Maltreatment. In R. J. Riviello (Orgs.). *Manual of forensic emergency medicine* (pp. 133-155). London, UK: Jones and Bartlett.

- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32.
- Moreira, G. A. R. (2012). *Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da estratégia saúde da família*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza.
- Moreira, G. A. R., Vieira, L. J. E. S., Deslandes, S. F., Pordeus, M. A. J., Gama, I. S., & Brilhante, A. V. M. (2014). Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10), 4267-4276. doi: 10.1590/1413-812320141910.17052013
- Moura, A., Moraes, C., & Reichenheim, M. (2008). Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 24(12), 2926-2936. doi: 10.1590/s0102-311x2008001200022
- Noguchi, M. S., Assis, S. G., Santos, N. C. (2004). Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 963-973. doi: dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400017
- Normandin, P. (2016). Hidden Child Abuse Identification in the Emergency Department. *Journal Of Emergency Nursing*, 42(2), 181-182. doi: 10.1016/j.jen.2016.02.006
- Nunes, A. J., & Sales, M. C. V. (2016). Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 871-880. doi: 10.1590/1413-81232015213.08182014
- Nunes, C., Sarti, C., & Ohara, C. (2009). Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paulista De Enfermagem*, 22(spe), 903-908. doi: 10.1590/s0103-21002009000700012
- Oliveira, K. K. D., Fernandes, A. P. N. L., Torres, L. M., Santos, A. D. B., & Monteiro, A. I. (2011). Violação dos direitos da criança e adolescente: percalços para o trabalho da enfermagem. *Temas em Educação e Saúde*, 7, 57-74. doi: doi.org/10.26673/tes.v7i0.9554

- Oliveira, L., Soares, F., Silveira, M., Pinho, L., Caldeira, A., & Leite, M. (2016). Domestic violence on children: development and validation of an instrument to evaluate knowledge of health professionals. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 24(0). doi: 10.1590/1518-8345.0805.2772
- Oliveira, M. T., Samico, I., Ishigami, A. B. M., & Nascimento, R. M. M. (2012). Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(1), 166-178. doi: dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100015
- Organização Mundial de Saúde (2002) Relatório mundial sobre saúde e violência. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi & R. Lozano (Eds.), *Abuso infantil e negligência por pais e outros cuidadores* (pp. 57-81). Genebra.
- Pedersen, J. Q. (2010). *Abuso sexual intrafamiliar: do silêncio ao seu enfrentamento*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Pelisolli, C., Pires, J. P. M., Almeida, M. E., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Violência sexual contra crianças e adolescentes? Dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia*, 18(1), 85-97.
- Perez, L. C., & Calza, T. Z. (2017). Rights and material resources as indicators of child well-being: the challenge to promote protagonism (pp. 243-265). In Sarriera J. & Bedin L. (Eds.), *Psychosocial Well-being of Children and Adolescents in Latin America. Children's Well-Being: Indicators and Research*. Springer: Cham.
- Pfeiffer, L., Rosário, N. A., & Cat, M. N. L. (2011). Violência contra crianças e adolescentes— proposta de classificação dos níveis de gravidade. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(4), 477-482. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000400002
- Pietrantonio, A., Wright, E., Gibson, K., Alldred, T., Jacobson, D., & Niec, A. (2013). Mandatory reporting of child abuse and neglect: Crafting a positive process for health

- professionals and caregivers. *Child Abuse & Neglect*, 37(2-3), 102-109. doi: dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.12.007
- Pires, A. L. D., & Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12(1), 42-49.
- Pires, J., Goldani, M., Vieira, E., Nava, T., Feldens, L., ... Franzon, N. S. (2005). Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, 5(1), 103-108. doi: 10.1590/s1519-38292005000100013
- Powell, R. A., & Single, H. M. (1996). Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 8, 499-504. doi: dx.doi.org/10.1093/intqhc/8.5.499
- Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring Global Self-Esteem: Construct Validation of a Single-Item Measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(2), 151-161.
- Rocha, G. O. R., Lemos, F. C., & Lirio, F. C. (2011). Enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil: políticas públicas e o papel da escola. *Cadernos de Educação*, 38, 259 – 287.
- Rolim, A. C. A., Moreira, G. A. R., Corrêa, C. R. S., & Vieira, L. J. E. S. (2014). Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Saúde Debate*, 38(103), 794-804. doi: 10.5935/0103-1104.20140072
- Rondon, E. S. A. (2016). *O poder nos muros do silêncio: abuso sexual, segredo e família*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89.

- Sanctis, V. A., Nomura, Y., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2012). Childhood maltreatment and conduct disorder: Independent predictors of criminal outcomes in ADHD youth. *Child Abuse & Neglect*, *36*, 782-789. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.08.003
- Schek, G., Silva, M., Lacharité, C., & Bueno, M. (2016). Professionals and interfamily violence against children and adolescents: in between legal and conceptual precepts. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, *50*(5), 779-784. doi: 10.1590/s0080-623420160000600010
- Self-Brown, S., & Whitaker, D. (2008). Parent-Focused Child Maltreatment Prevention. *Child Maltreatment*, *13*(4), 400-416. doi: dx.doi.org/10.1177/1077559508320059
- Serafim, A. P., Saffi, F., Achá, M. F. F., & Barros, D. M. (2011). Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psiquiatria Clínica*, *38*(4), 143-147. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000400006>
- Silva Junior, G., Rolim, A., Moreira, G., Corrêa, C., & Vieira, L. (2017). Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no ceará. *Trabalho, Educação E Saúde*, *15*(2), 469-484. doi: 10.1590/1981-7746-sol00058
- Silva, L. C. (2006). *Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: uma prática educativa com profissionais da educação* (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande). Retirado de <http://repositorio.furg.br/handle/1/2800>
- Silva, P., Lunardi, V., Silva, M., & Lunardi Filho, W. (2009). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, *8*(1). doi: dx.doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v8i1.7774
- Steen, J., & Duran, L. (2014). Entryway into the child protection system: The impacts of child maltreatment reporting policies and reporting system structures. *Child Abuse & Neglect*, *38*(5), 868-874. doi: dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.009

- Talwar, V., & Crossman, A. (2012). Children's lies and their detection: Implications for child witness testimony. *Developmental Review, 32*(4), 337-359. doi: 10.1016/j.dr.2012.06.004
- Terra, F. S., & Santos, L. E. S. (2006). A violência doméstica e a criança. *Revista Mineira de Enfermagem, 10*(3):271-276. doi: www.dx.doi.org/S1415-27622006000300011
- Theodore, A. D., & Runyon, D. K. (2006). A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 30*(12), 1353–1363. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.05.010
- Tite, R. (1993). How teachers define and respond to child abuse: The distinction between theoretical and reportable cases. *Child Abuse & Neglect, 17*(5), 591-603. doi: dx.doi.org/10.1016/0145-2134(93)90081-f
- van der Put, C., Bouwmeester-Landweer, M., Landsmeer-Beker, E., Wit, J., Dekker, F., Kousemaker, N., & Baartman, H. (2017). Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN). *Child Abuse & Neglect, 70*, 160-168. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.05.016
- Veloso, M., Magalhães, C., Dell'Aglio, D., Cabral, I., & Gomes, M. (2013). Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*(5), 1263-1272. doi: 10.1590/s1413-81232013000500011
- Viezel, K., Freer, B., Lowell, A., & Castillo, J. (2014). Cognitive abilities of maltreated children. *Psychology In The Schools, 52*(1), 92-106. doi: dx.doi.org/10.1002/pits.21809
- Vijayan, A., Jayarajan, J., Fathima, B. N., & Shaj, F. (2014). Detecting child abuse and neglect: Are dentists doing enough to reveal the "dirty secret". *International Journal of Preventive & Clinical Dental Research, 1*(4), 85-92.
- Vulliamy, A., & Sullivan, R. (2000). Reporting child abuse: Pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect, 24*(11), 1461–1470. doi: https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00199-X

- Wardell, J., Strang, N., & Hendershot, C. (2016). Negative urgency mediates the relationship between childhood maltreatment and problems with alcohol and cannabis in late adolescence. *Addictive Behaviors* 56, 1-7. doi: dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.01.003
- Weber, S., Jud, A., & Landolt, M. (2016). Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: a systematic review. *Quality Of Life Research*, 25(2), 237-255. doi: dx.doi.org/10.1007/s11136-015-1085-5
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, 28, 863-875. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.01.009

ANEXO A

Imagens da Versão Brasileira do Software

SIMULADOR DE RISCO DE MAUS-TRATOS

SAIBA MAIS

FALE CONOSCO

SEJA BEM-VINDO!

Este programa tem o objetivo de auxiliá-lo em suspeitas de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Para isso, você deverá marcar os itens que observa na criança ou no adolescente, além de responder a algumas perguntas sobre seu contexto.

Após respondidas as questões, você receberá um feedback do caso, com as principais suspeitas observadas, possíveis tipos de maus-tratos, possibilidade de repetição, gravidade da suspeita e encaminhamento recomendado.

Se essa é a primeira vez que você acessa o site, clique em "Saiba Mais" para obter maiores informações sobre a ferramenta e a avaliação.

> ESTA AVALIAÇÃO LEVARÁ EM TORNO DE 6 MINUTOS <

COMEÇAR



SIMULADOR DE RISCO DE MAUS-TRATOS

SAIBA MAIS

FALE CONOSCO

INICIANDO

Selecione seu estado

Selecione sua cidade

QUAL É A ÁREA DE SUA PROFISSÃO?

Educação

Saúde

Proteção

Todos os âmbitos

ANONIMATO

Os dados inseridos servirão apenas para estatísticas futuras. Não será necessário informar outras informações pessoais.

SIGILO

As informações preenchidas no simulador são sigilosas.

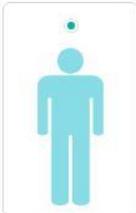
AVANÇAR >

Se quiser continuar esta simulação em outro momento, guarde o código **H7566EZB**

SIMULADOR DE RISCO DE MAUS-TRATOS SAIBA MAIS FALE CONOSCO

INICIANDO

Qual o sexo da criança ou adolescente?





Qual a idade da criança ou adolescente?

* Se tiver menos de um ano ou ainda não nasceu, coloque "0"

< VOLTAR
AVANÇAR >

Se quiser continuar esta simulação em outro momento, guarde o código **H7566EZB**

SIMULADOR DE RISCO DE MAUS-TRATOS SAIBA MAIS FALE CONOSCO

INICIANDO

As observações estão divididas nesses 5 blocos.
Para uma avaliação mais precisa, recomenda-se passar por todos eles!
É importante que você marque todas as observações que perceber na criança ou adolescente.

A

ASPECTOS FÍSICOS E SITUAÇÃO PESSOAL

B

ÁREA EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL

C

DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

D

RELAÇÃO DOS PROGENITORES / CUIDADORES

E

CONTEXTO SOCIAL, FAMILIAR E PESSOAL

< VOLTAR
AVANÇAR >

Se quiser continuar esta simulação em outro momento, guarde o código **H7566EZB**

SIMULADOR DE RISCO DE MAUS-TRATOS SAIBA MAIS FALE CONOSCO

A Aspectos físicos e situação pessoal B Área emocional e comportamental C Desenvolvimento e aprendizagem D Relação dos progenitores / Cuidadores E Contexto social, familiar e pessoal

A ASPECTOS FÍSICOS E SITUAÇÃO PESSOAL

A1. A higiene da criança é muito deficiente

- Apresenta odores desagradáveis
- Utiliza roupa e/ou calçado inadequados para a temperatura
- Apresenta uma higiene corporal deficiente
- Utiliza roupa suja
- Apresenta lesões cutâneas com vermelhidão da pele na zona da fralda

A2. A alimentação da criança é descuidada ou insuficiente

- Apresenta peso abaixo do esperado para a idade

A4. Manifestações de doenças físicas por parte da criança

- Está frequentemente doente

Se quiser continuar esta simulação em outro momento, guarde o código **H7566EZB**

SIMULADOR DE RISCO DE MAUS-TRATOS SAIBA MAIS FALE CONOSCO

SIMULAÇÃO CONCLUÍDA

Risco Detectado e Ação Recomendada
LEVE

A criança pode estar em uma situação onde a cobertura das necessidades básicas não está suficientemente garantida.

De acordo com o Artigo 13* do Estatuto da Criança e do Adolescente, você deve notificar imediatamente o Conselho Tutelar de sua região, para que este tenha conhecimento do caso e avalie a ação mais apropriada para proteger a criança. Você também pode fazer a denúncia ligando gratuitamente para o número "100", através do serviço "Disque 100".

É necessário iniciar um trabalho em rede com o caso junto ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que fará um estudo sobre a situação. Você pode também acionar a Estratégia de Saúde da Família, a fim de que esta possa fazer um acompanhamento e monitoramento do caso.

**Artigo 13: "Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais."*

Por ser uma lei federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente sobrepõe-se aos Códigos de Ética dos Conselhos Profissionais, legitimando a quebra de sigilo profissional.

Tipos de Maus-Tratos Detectados

Há indícios de que a criança esteja sofrendo Negligência por alguém de seu entorno.

Risco de Repetição

- O programa não dispôs de informações suficientes para obter essa informação.

GERAR PDF

ENVIAR E-MAIL

Se quiser continuar esta simulação em outro momento, guarde o código **H7566EZB**

ANEXO B

Itens do Software Traduzidos e Modificados

Item – Intervalo de Idade – Gravidade (L=Leve, M=Moderado, G=Grave) – Tipo de Maus-Tratos

E (Educação), S (Saúde), P (Proteção)

A. ASPECTO FÍSICO E SITUAÇÃO PESSOAL DA CRIANÇA					
A1. A higiene da criança é muito deficiente					
1	Utiliza roupa suja	0 a 11	L	Negligência	E,S,P
2	Apresenta odores desagradáveis	0 a 11	L	Negligência	E,S,P
3	Utiliza roupa e/ou calçado inadequados para a temperatura	0 a 11	L	Negligência	E,S,P
4	Apresenta uma higiene corporal deficiente	0 a 11	L	Negligência	E,S,P
5	Apresenta lesões cutâneas com vermelhidão da pele na zona da fralda	0 a 3	L	Negligência	E,S,P
A2. A alimentação da criança é descuidada ou insuficiente					
1	Vai à escola sem ter comido e não leva comida	1 a 11	M	Negligência	E
2	Pede ou rouba comida, diz que passa fome, que em casa não lhe dão comida	3 a 11	M	Negligência	E,P
3	Apresenta peso abaixo do esperado para a idade	0 a 11	M	Negligência	E,S,P
A3. A criança mostra cansaço ou fadiga habitual					
1	Mostra-se cansado sem justificativa	1 a 11	L	Negligência	E,S,P
2	Dorme durante atividades propostas na escola ou creche	6 a 11	L	Negligência	E
3	Não tem energia para brincar/jogar	3 a 11	L	Negligência	E,P
A4. Manifestações de doenças físicas por parte da criança					
1	Queixa-se frequentemente de dor (dor de estômago, dor de cabeça...)	2 a 11	M	Negligência	E,S,P
2	Está frequentemente doente	0 a 11	M	Negligência	E,S,P
A5. A criança é vítima de violência física					
1	Apresenta lesões ou machucados	0 a 11	M	Viol. Física	E,S,P
2	Apresenta sinais de mordidas	0 a 11	M	Viol. Física	E,S,P
3	Apresenta cicatrizes no corpo	0 a 11	M	Viol. Física	E,S,P
4	Apresenta hematomas	0 a 11	M	Viol. Física	E,S,P
5	Apresenta queimaduras	0 a 11	G	Viol. Física	E,S,P
6	Apresenta falta de mechas de cabelo	0 a 11	M	Viol. Física	E,S,P
7	Apresenta distorções no formato do crânio	0 a 11	G	Viol. Física	S
8	Apresenta hemorragias no olho	0 a 11	G	Viol. Física	E,S,P
9	Apresenta feridas ou batidas repetidamente	0 a 11	G	Viol. Física	E,S,P
10	Apresenta cortes ou picadas	0 a 11	G	Viol. Física	E,S,P
11	Apresenta fraturas ósseas	0 a 11	G	Viol. Física	E,S,P
12	Apresenta hemorragias internas	0 a 11	G	Viol. Física	S
13	Apresenta dor em determinadas partes do corpo	0 a 11	G	Viol. Física	E,S,P
14	Chora, resiste ou agita-se na presença do(s) cuidador(es)	1 a 11	G	Viol. Física	E,S,P
15	Manifesta que está sendo vítima de violência física por parte de	3 a 11	G	Viol. Física	E,S,P

	alguém de seu entorno				
16	Dá explicações estranhas ou pouco convincentes a respeito das lesões que apresenta	3 a 11	G	Viol. Física	E,S,P
A6. A criança pode estar sofrendo atualmente abusos sexuais					
1	Apresenta dor / coceira na zona anal / genital	0 a 11	G	Viol. Sex.	E,S,P
2	Sente desconfortos quando caminha ou senta	3 a 11	M	Viol. Sex.	E,S,P
3	Apresenta roupa íntima rasgada, manchada ou com sangue	0 a 11	G	Viol. Sex.	S
4	É uma menina grávida e se nega identificar a paternidade	12 a 17	G	Viol. Sex.	E,S,P
5	Apresenta lesões na região vaginal ou anal	0 a 11	G	Viol. Sex.	S
6	Há indícios de que a estão forçando a atividades sexuais (abuso sexual)	0 a 11	G	Viol. Sex.	E,S,P
7	Explica que está sofrendo abusos sexuais por parte de alguém de seu entorno	3 a 11	G	Viol. Sex.	E,S,P
8	Manifesta ou assinala com gestos que seus progenitores são os causadores do abuso sexual	3 a 11	G	Viol. Sex.	E,S,P
9	Dá explicações estranhas ou pouco convincentes a respeito das lesões que apresenta	3 a 11	G	Viol. Sex.	E,S,P
A7. A criança sofreu, no passado, maus tratos					
1	É sabido que sofreu, no passado, algum tipo de abuso sexual	1 a 11	M	Viol. Sex.	E,S,P
2	É sabido que sofreu, no passado, agressões físicas	1 a 11	M	Viol. Física	E,S,P
3	É sabido que sofreu, no passado, maus tratos quando bebê ou na infância	1 a 11	M	Viol. Física	E,S,P
A8. Manifestações de outras pessoas, profissionais ou membros da família					
1	Outras pessoas têm observado situações que fazem pensar em abuso sexual	0 a 11	M	Viol. Sex.	E,S,P
2	Outras pessoas dizem que os progenitores / cuidadores batem na criança	0 a 11	G	Viol. Física	E,S,P
3	Percebem ou acreditam que a criança sofre agressões verbais e / ou físicas (choros, gritos, etc.)	0 a 11	M	Viol. Física	E,S,P
4	Relatam que os progenitores deixam de prover os cuidados / necessidades básicos	0 a 3	M	Negligência	E,S,P
A9. Situações que fazem que a criança se encontre gravemente desprotegida					
1	Está em uma situação inesperada em que ninguém assume sua responsabilidade	0 a 11	G	Negligência	E,S,P
2	Sofre negligência alimentícia que por sua idade ou condições especiais (condição de saúde) a expõe a risco de morte	0 a 11	G	Negligência	E,S,P
3	Foi abandonado intencionalmente	0 a 11	G	Negligência	P
4	Não recebe tratamento para uma doença grave, pondo em risco sua vida	0 a 11	G	Negligência	S,P
5	A mãe e / ou o pai quer dar a criança para adoção	0 a 11	G	Negligência	P
6	Não tem nenhuma referência familiar no país	0 a 11	G	Negligência	P
7	É uma menina grávida (ou mãe) com graves dificuldades pessoais e sociais	8 a 11	M	Negligência	E,S,P
8	Sofre uma situação de perigo grave e por isso solicita proteção imediata	6 a 11	G	Negligência	E,S,P
9	Sofre ameaças de morte ou abandono dos progenitores ou cuidadores	0 a 11	G	Negligência	E,S,P
A10. A criança sofreu negligências graves e / ou agressões antes de seu nascimento					
1	Apresenta doenças ou transtornos associados ao consumo de	0 a 3	M	Negligência	S,P

	tóxicos da mãe durante a gravidez				
2	Tem lesões físicas ou neurológicas por controle médico inadequado da mãe durante a gravidez	0 a 3	M	Negligência	S,P
3	A mãe não fez exames pré-natais durante a gravidez	0 a 3	M	Negligência	S,P
4	Nasceu com baixo peso apesar do tempo gestacional adequado	0 a 3	M	Negligência	S,P

B. ÁREA EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL DA CRIANÇA					
B1. Condutas antissociais e / ou agressivas da criança					
1	Comete pequenos furtos fora ou dentro da escola	6 a 11	L		E,P
2	Manifesta uma conduta agressiva ante a presença da polícia e/ou Conselho Tutelar	6 a 11	M		P
3	Apresenta uma conduta física agressiva contra terceiros	6 a 11	M		E,S,P
4	Apresenta uma conduta verbal agressiva contra terceiros	6 a 11	L		E,S,P
5	Apresenta uma conduta destrutiva contra objetos	6 a 11	M		E,S,P
6	Apresenta conduta destrutiva contra animais	6 a 11	L		E,S,P
7	Relaciona-se com um grupo de amigos conflitivos	6 a 11	L		E,P
8	Mantém frequentemente condutas de provocação (desafiante...)	6 a 11	L		E,S,P
9	Comete atos de vandalismo, racismo, <i>bullying</i> ou homofobia	10 a 11	M		E,P
10	Transgride as normas sistematicamente	6 a 11	L		E,P
B2. Condutas de risco contra si mesmo					
1	Vagueia frequentemente pelas ruas em horário escolar e / ou à noite	3 a 11	G		E,P
2	Fugiu de casa	6 a 11	G		E,P
3	Adota comportamentos de risco (vai a lugares perigosos, arriscando sua integridade física)	6 a 11	G		E,P
4	Disse coisas que indicam que pensa em suicídio ou já fez uma tentativa de suicídio	6 a 11	G		E,S,P
5	Se autolesiona	6 a 11	G		E,S,P
6	Adota uma relação “destrutiva” com a alimentação (provoca vômito, toma laxantes, nega-se a comer)	6 a 11	M		E,S,P
7	Se descontrola facilmente	6 a 11	G		E,S,P
B3. A criança consome substâncias tóxicas					
1	Consome álcool	6 a 11	G		E,S,P
2	Consome outras drogas ilícitas	6 a 11	G		E,S,P
3	Consome medicação sem prescrição médica	6 a 11	G		E,S,P
4	Consome medicação controlada sem prescrição médica	6 a 11	G		E,S,P
5	Usa cigarro	6 a 11	M		E,S,P
6	Observam-se sinais de que tenha consumido substâncias tóxicas (olhos avermelhados, odor de álcool, euforia)	6 a 11	G		E,S,P
7	Apresenta sintomas compatíveis com a síndrome de abstinência	1 a 11	M		E,S,P
B4. Manifestações de medo e / ou angústias					
1	Manifesta ações defensivas ante qualquer aproximação física	3 a 11	M		E,S,P
2	Não quer fazer atividades que requeiram mostrar partes do corpo (para esconder hematomas...)	6 a 11	L		E,P
3	Parece ter medo de seus progenitores ou manifesta-lhes rechaço	3 a 11	L		E,S,P
4	Não quer voltar para casa	3 a 11	L		E,S,P
5	Mostra um alto nível de ansiedade ante atividades normais como a mudança de fraldas ou no banho	0 a 6	M		E,S,P

6	Apresenta dificuldades graves para acalmar-se nos braços de quem o cuida	0 a 3	L		E,S,P
7	Preocupa-se muito em estar à altura das expectativas dos progenitores ou para ser aceito	4 a 11	L		E,S,P
9	Manifesta que não lhe deixam entrar em casa ou que foi expulso	6 a 11	G		E,S,P
10	Mostra sinais de ansiedade (fobias, pânico)	3 a 11	L		E,S,P
11	Manifesta que quer ingressar em um abrigo	6 a 11	L		E,S,P
B5. Alterações na relação com os demais					
1	Manifesta uma familiaridade excessiva com estranhos (anda facilmente com desconhecidos)	3 a 11	L		E,S,P
2	Chama continuamente a atenção	3 a 11	L		E,S,P
3	Realiza demandas contínuas de afetividade	3 a 11	L		E,S,P
4	Não interage, não fixa o olhar, frequentemente parece ausente	1 a 11	L		E,S,P
5	Não procura pessoas com quem pode contar quando necessita ajuda	3 a 11	L		E,P
6	Apresenta problemas de relação com o grupo de iguais	3 a 11	L		E,P
B6. Outras manifestações de alteração de estado de ânimo					
1	Mostra um aspecto triste e / ou chora frequentemente sem causa aparente	1 a 11	L		E,S,P
2	Mostra-se passiva e retraída e / ou isola-se	3 a 11	L		E,S,P
3	Faz comentários que parecem indicar que tem uma baixa autoestima	4 a 11	L		E,S
4	Manifesta frequentemente condutas que correspondem a uma idade inferior (condutas regressivas)	3 a 11	L		E,S,P
5	Falta de choro e ausência de queixa ante a dor	0 a 11	M		E,S,P
6	Mostra-se inquieta, nervosa	0 a 11	L		E,S,P
7	Apresenta transtornos de alimentação (vômitos, diarreias, anorexia, compulsão alimentar)	0 a 11	M		E,S,P
8	Apresenta desordens graves associadas com o dormir	0 a 11	M		E,S,P
B7. A criança apresenta comportamentos de autoestimulação compulsiva					
1	Realiza movimentos compulsivos (tiques, cacoetes)	3 a 11	L		E,S,P
2	Apresenta masturbação compulsiva	3 a 11	M		E,S,P
3	Dá cabeçadas de forma voluntária e repetida	1 a 11	M		E,S,P
B8. A criança apresenta comportamentos sexualizados inadequados para a idade					
1	Manifesta condutas e preocupações sexuais ou utiliza termos inadequados para sua idade	3 a 11	M		E,S,P
2	Molesta ou agride sexualmente outras crianças ou adolescentes	4 a 11	G		E,P
3	Manifesta, de forma recorrente, ter medo de uma gravidez ou de DST/AIDS	6 a 11	M		E,S,P
4	Apresenta comportamento sexualizado	12 a 11	M		E,S,P
5	Faz desenhos ou brincadeiras com conotação sexual	3 a 11	L		E,P
B9. A criança está adotando papéis que não correspondem à sua idade					
1	Assume responsabilidades impróprias para a idade com membros da família ou tarefas de casa	4 a 11	L		E,S,P
2	Adota um papel cuidador em relação aos progenitores (inversão de papéis) ou aos irmãos	4 a 11	L		E,S,P

C. DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM DA CRIANÇA						
C1. A criança apresenta dificuldades notáveis nas aprendizagens escolares						
1	Manifesta problemas de atenção e concentração	3 a 11	L		E	
2	Não é constante nas atividades escolares e não faz os deveres com frequência	6 a 11	L		E	
3	Está matriculada em um nível inferior ao que corresponde à sua idade	6 a 11	L		E,P	
4	Apresenta dificuldades de aprendizagem	3 a 11	L		E,P	
5	Já foi reprovada na escola	6 a 11	L		E,P	
6	Apresenta mudanças repentinas em seu rendimento escolar	3 a 11	L		E	
7	Apresenta repetidas mudanças de escola ao longo de sua escolarização	3 a 11	L		E,P	
8	Evade de turma ou de escola ante qualquer contrariedade	3 a 11	M		E	
9	Falta aula frequentemente sem justificativa	3 a 11	L		E,P	
10	Abandonou a escolarização em etapa obrigatória	3 a 11	M		E,P	
C2. A criança apresenta um atraso no desenvolvimento						
1	Apresenta atraso na aquisição de capacidades verbais, cognitivas ou sociais próprias da idade	0 a 11	M		E,S,P	
2	Não responde aos estímulos como seria de esperar para a idade	0 a 11	L		E,S,P	
3	Não se observam habilidades e / ou tônus motor próprios para a idade	0 a 11	M		E,S,P	
4	Apresenta peso e altura muito inferiores para a idade	0 a 11	M		E,S,P	
5	Não realiza jogo simbólico (jogos de “faz-de-conta”)	0 a 6	M		E,S,P	
6	Manipula os objetos de forma estereotipada e sem desejo de explorar	0 a 6	M		E,S,P	
C3. A criança com frequência tem dificuldades no controle de esfíncteres						
1	Apresenta problemas de enurese, com relativa frequência	6 a 11	L		E,S,P	
2	Apresenta problemas de encoprese, com relativa frequência	6 a 11	L		E,S,P	

D. RELAÇÃO DOS PROGENITORES / CUIDADORES COM A CRIANÇA						
D1. Os progenitores ou cuidadores manifestam rejeição em relação à criança						
1	Manifestam uma imagem negativa da criança e não reconhecem valores positivos	0 a 11	M	Viol. Psico.	E,S,P	
2	Repetem que não a querem	1 a 11	G	Viol. Psico.	E,S,P	
3	Riem de suas dificuldades	1 a 11	M	Viol. Psico.	E,S,P	
4	Criticam, envergonham, desqualificam, insultam, ridicularizam ou ameaçam a criança	1 a 11	M	Viol. Psico.	E,S,P	
5	Minimizam os episódios de dor, doença ou danos físicos da criança	0 a 11	G	Viol. Psico.	E,S,P	
6	Manifestam raiva quando a criança se machuca	0 a 11	M	Viol. Psico.	E,S,P	
7	Não se observa nenhuma expressão física de afeto do progenitor com a criança	0 a 11	M	Viol. Psico.	E,S,P	

8	Mostram uma relação de ciúmes com a criança, rivalizando pela atenção do cônjuge	0 a 11	M	Viol. Psico.	E,P
9	São conhecedores da situação de maus tratos que sofre e não a protegem	0 a 11	G	Viol. Psico.	E,S,P
10	São conhecedores da situação de abuso sexual que sofre e não a protegem	0 a 11	G	Viol. Psico.	E,S,P
11	Não permitem à criança contato físico com eles (carícias, mimos, ternura...)	0 a 11	M	Viol. Psico.	E,P
12	Expulsaram a criança de casa ou dizem que não querem saber nada mais dela	0 a 11	G	Viol. Psico.	E,S,P
13	Tratam de maneira muito desigual aos irmãos	0 a 11	M	Viol. Psico.	E,S,P
D2. O seguimento e controle da saúde da criança não parece o adequado					
1	Levam-na à escola doente	0 a 11	M	Negligência	E,P
2	Não atendem às doenças ou danos físicos da criança	1 a 11	G	Negligência	E,S,P
3	Não a levam às revisões médicas	2 a 11	M	Negligência	S,P
4	Não tomam cuidado com as deficiências visuais, auditivas, etc. da criança	3 a 11	M	Negligência	E,S,P
5	Não seguem os tratamentos médicos e / ou higiênicos que lhes indicam	0 a 11	M	Negligência	S,P
6	Não comparecem aos serviços especializados indicados ou derivados (atenção precoce, saúde mental)	5 a 11	M	Negligência	S,P
7	Não aceitam a doença da criança e, portanto, não lhe proporcionam a assistência que necessita	6 a 11	G	Negligência	S,P
8	Não a levam para fazer vacinas	0 a 6	M	Negligência	S,P
D3. Há suspeitas de manipulação da saúde da criança por parte dos progenitores					
1	Levam frequentemente medicamentos à escola sem justificativa médica	0 a 11	L		E,P
2	Atribuem à criança frequentemente doenças duvidosas ou sintomas não observados por outros	0 a 11	M		E,S,P
4	Solicitam excessivos requerimentos médicos (testes, medicação, tratamentos)	3 a 11	M		S,P
5	A criança apresenta recorrentes faltas na escola por doenças sem justificativa médica	0 a 11	M		E,P
6	A criança apresenta sintomas recorrentes que desaparecem quando o separam da família e voltam quando está com ela	0 a 11	M		E,S,P
7	A criança sofre múltiplos ingressos hospitalares	0 a 11	G		S,P
8	A criança apresenta sintomas compatíveis com intoxicação por fármacos, drogas ou álcool	0 a 11	G		S,P
D4. Os progenitores ou cuidadores isolam a criança do entorno social					
1	Mostram-se extremamente protetores ou controladores	0 a 11	M	Viol. Psico.	E,P
2	Não a deixam estar com os amigos	3 a 11	M	Viol. Psico.	E,P
3	Evitam que se relacionem com outros adultos que não sejam eles	3 a 11	M	Viol. Psico.	E,P
4	Repetem que não há mais ninguém no mundo em quem possa confiar que não sejam eles	3 a 11	M	Viol. Psico.	E,P
5	Mostram-se muito possessivos a respeito da criança	0 a 11	M	Viol. Psico.	E,P
7	Limitam contato com recursos de lazer (praças, shoppings)	3 a 11	M	Viol. Psico.	E,P
8	Não a levam a passeios ou festas de aniversário	3 a 11	M	Viol. Psico.	E,P

D5. Os progenitores ou cuidadores despreocupam-se com as atividades escolares e de tempo livre da criança					
1	Esquecem-se de buscá-la na escola ou buscam-na muito tarde com frequência	0 a 11	M	Negligência	E
2	Não se preocupam pelo tempo livre da criança	3 a 11	M	Negligência	E,P
3	Não se preocupam pelos conteúdos das atividades da criança (uso do computador, televisão)	3 a 11	M	Negligência	E,P
4	Não a matriculam / não levam a criança à escola	3 a 11	G	Negligência	E,P
5	Houve um abandono escolar consentido e / ou favorecido	3 a 11	M	Negligência	E,P
6	Não assistem às reuniões nem entrevistas com a escola quando convocados	0 a 11	M	Negligência	E
7	São causadores ou consentidores das faltas e / ou absentismo escolar da criança	3 a 11	G	Negligência	E,P
8	Desconhecem o curso onde a criança vai, o professor, seus amigos, que atividades realiza...	3 a 11	M	Negligência	E,P
9	Não se preocupam que leve o material escolar (uniforme, cadernos)	3 a 11	M	Negligência	E,P
D6. Os progenitores ou cuidadores não atendem às necessidades básicas da criança					
1	Não atendem suas necessidades básicas (alimentação, higiene...)	0 a 11	G	Negligência	E,S,P
2	Não respeitam os hábitos ou rotinas de que necessita (horas de sono e descanso, refeições...)	0 11	M	Negligência	E,S,P
3	Deixam a criança muitas horas sozinha ou trancada em casa	0 a 11	G	Negligência	E, P
4	Deixam a criança a maior parte do dia sozinha em casa e / ou fora do domicílio	0 a 11	G	Negligência	E, P
5	Mostram um desconhecimento das necessidades emocionais e de estimulação da criança	0 a 11	L	Negligência	S,P
6	Não lhe facilitam a ajuda ou orientação que necessita ou não colaboram com os serviços que lhe atendem	0 a 11	M	Negligência	E,S,P
7	Responsabilizam-se pela criança outros familiares, amigos ou vizinhos não adequados	0 a 11	M	Negligência	E,S,P
8	Responsabilizam-se pela criança outros familiares, amigos ou vizinhos por despreocupação dos progenitores	0 a 11	M	Negligência	E,S,P
9	Ocorre ausência de supervisão da criança (risco de acidentes domésticos)	0 a 11	G	Negligência	E,S,P
10	Priorizam assuntos próprios, em detrimento da atenção da criança, podendo evitá-la	0 a 11	M	Negligência	E, P
11	Deixam-na muitas horas sozinha em um ambiente onde há muitas pessoas de fora da família	0 a 11	M	Negligência	E, P
12	Frequentam com a criança ambientes ou locais inadequados (bares, discotecas...)	0 a 11	M	Negligência	E,P
13	Quase não a visitam quando está hospitalizada	0 a 11	M	Negligência	S,P
D7. Os progenitores ou cuidadores aterrorizam ou intimidam a criança					
1	Aterrorizam a criança (ameaçam de mutilá-la, matá-la, vendê-la, quebram suas coisas)	0 a 11	G	Viol. Psico.	E,S,P
2	Utilizam sistematicamente o medo como forma de disciplina	1 a 11	M	Viol. Psico.	E,S,P
3	Manifestam violência contra pessoas diante da criança	0 a 11	M	Viol. Psico.	E,S,P
4	Têm feito tentativas ou consumaram suicídio ou homicídio diante da criança	0 a 11	G	Viol. Psico.	E,S,P

5	Ameaçam-na de fazer-lhe dano, dizem que não se responsabilizam por seus atos	0 a 11	M	Viol. Psico.	E,S,P
6	Utilizam tratamento raivoso e explosivo com a criança	0 a 11	G	Viol. Psico.	E,S,P
7	Manifestam violência contra animais ou coisas diante da criança	0 a 11	M	Viol. Psico.	E,S,P
D8. Os progenitores ou cuidadores podem estar explorando ou corrompendo a criança					
1	Há indícios de que poderiam estar forçando ou consentindo uma situação de exploração laboral da criança	4 a 11	M	Exploração Laboral	E,S,P
2	Forçam ou consentem uma situação de exploração laboral da criança	4 a 11	G	Exploração Laboral	E,S,P
3	Há indícios de que poderiam estar forçando a criança em atividades sexuais	0 a 11	G	Exploração Sexual	E,S,P
4	Utilizam a criança em atividades sexuais (prostituição, pornografia, etc.)	0 a 11	G	Exploração Sexual	E,S,P
5	Utilizam a criança para pedir dinheiro nas ruas ou em locais públicos	0 a 11	G	Exploração Laboral	E,S,P
6	Utilizam a criança em atividades antissociais ou delitos (vandalismo, roubos...)	0 a 11	G	Exploração	E,S,P
7	Praticam atos sexuais na presença da criança	0 a 11	M		E,S,P
8	Fornecem-lhe substâncias tóxicas (álcool, maconha, cigarro, etc)	0 a 6	G		E,S,P
D9. Os progenitores ou cuidadores manifestam frequentemente incapacidade de controle da criança					
1	Queixam-se frequentemente que “não podem” com a criança, que é muito difícil	0 a 11	L		E,S,P
2	Manifestam que querem leva-la em um abrigo, devido a sua conduta	0 a 11	M		E,S,P
3	Manifestam que têm medo da criança ou que receberam ameaças ou que sofreram agressões	6 a 11	G		E,S,P
4	Manifestam que a criança tem ataques de violência incontroláveis	3 a 11	G		E,S,P
D10. Os progenitores / cuidadores utilizam práticas educativas inadequadas com a criança					
1	Utilizam o castigo físico como método habitual de disciplina	0 a 11	M	Viol. Física	E,S,P
2	Utilizam habitualmente métodos ou práticas educativas extremamente rígidas e pouco flexíveis	0 a 11	M	Viol. Psico	E,S,P
3	Não levam em conta a opinião da criança em nenhuma das decisões que lhe afetam diretamente	4 a 11	M	Viol. Psico	E,P
4	Pressionam a criança de forma desmedida para que tire boas notas ou destaque-se em alguma atividade	4 a 11	L	Viol. Psico	E
5	Induzem-lhe ódio ou preconceitos religiosos, étnicos ou de outro tipo	3 a 11	M	Viol. Psico	E,P
6	Culpabilizam a criança pelos problemas familiares	1 a 11	M	Viol. Psico	E,S,P
7	Utilizam a criança no conflito conjugal / de casal	0 a 11	M	Viol. Psico	E,P
8	Induzem à criança o consumo de tóxicos (maconha, álcool...)	7 a 11	G	Viol. Psico	S,P
9	Toleram absolutamente todos os comportamentos da criança sem impor-lhe nenhum limite	1 a 11	M	Negligência	E,P
10	Utilizam práticas educativas incoerentes	1 a 11	M	Viol. Psico	E,P
D11. Os progenitores negligenciaram gravemente e / ou agrediram a criança antes de nascer					
1	A mãe apresenta abuso de álcool ou outras drogas durante a gravidez	<0 a 3	M	Negligência	S,P

2	A mãe realizou inadequado controle médico da gravidez que pode acarretar em um risco para o feto	<0 a 3	M	Negligência	S,P
3	Ocorreu violência contra a mãe e o feto	<0 a 3	M	Viol. Física	S,P
4	A mãe realizou condutas de risco para o feto (vive na rua, não aceita ajuda)	<0 a 3	M	Negligência	S,P
5	A mãe tentou abortar ou rejeita o filho durante a gestação	<0 a 3	M	Viol. Física	S,P
D12. Situações que fazem que a criança se encontre gravemente desprotegida					
1	Os progenitores ou cuidadores foram presos e não há ninguém que possa se encarregar da criança	0 a 11	G		P
2	A criança foi encontrada sozinha na rua ou em um domicílio onde não se localiza ninguém da família	0 a 11	G		P
3	A criança não foi buscada no colégio e a polícia ou serviço social não localiza ninguém que possa se encarregar dela	0 a 11	G		E,P
4	Os progenitores estão hospitalizados e não há ninguém que possa se encarregar da criança	0 a 11	G		S,P
5	A criança foi abandonada intencionalmente	0 a 11	G		E,S,P
6	Os progenitores ameaçam matar a criança	0 a 11	G		E,S,P
7	Os progenitores ameaçam dar a criança	0 a 11	G		E,S,P
8	Os progenitores manifestam um medo angustiante de agredir a criança	0 a 11	G		E,S,P
D13. Os progenitores / cuidadores podem estar maltratando fisicamente a criança ou abusando dela sexualmente					
1	Podem ser os causadores das lesões físicas que a criança apresenta	0 a 11	G		E,S,P
2	Podem estar abusando sexualmente da criança	0 a 11	G		E,S,P
D14. A criança está vivendo em um entorno familiar violento					
1	Ocorrem relações violentas entre o casal	0 a 11	M		E,S,P
2	Ocorre violência física / psíquica manifesta contra outros membros da família	0 a 11	M		E,S,P
3	Há agressões físicas mútuas entre progenitores e filhos	6 a 11	G		E,S,P
4	Ocorrem denúncias múltiplas ou cruzadas entre os membros da família	0 a 11	M		E,S,P
5	Um dos progenitores matou o outro	0 a 11	G		E,S,P

E. CONTEXTO SOCIAL, FAMILIAR E PESSOAL DA CRIANÇA					
E1. Os cuidadores ou progenitores podem ter uma adição a álcool ou outras drogas					
1	Apresentam sintomas compatíveis com abuso de álcool	0 a 11	M		E,S,P
2	Apresentam sintomas compatíveis com abuso de outras drogas (que não sejam o álcool)	0 a 11	G		E,S,P
3	Há relatos da existência de substâncias entorpecentes ou tóxicas ao alcance das crianças	0 a 11	G		E,S,P
E2. Os cuidadores ou progenitores podem estar sofrendo de alguma incapacidade física ou mental					
1	Apresentam sintomas compatíveis com algum transtorno mental	0 a 11	M		E,S,P
2	Já tiveram internação psiquiátrica	0 a 11	M		E,S,P
3	Já tentaram tentativas de suicídio	0 a 11	M		E,S,P
4	Apresentam dificuldades compatíveis com alguma incapacidade intelectual	0 a 11	M		E,S,P

5	Os progenitores sofrem alguma enfermidade física grave	0 a 11	M		E,S,P
E3. A habitação não apresenta condições mínimas de habitabilidade e higiene para a criança					
1	As condições de habitação são insalubres ou perigosas	0 a 11	G		E,S,P
2	A habitação encontra-se em condições precárias de manutenção, equipamento e ordem	0 a 11	M		E,S, ,P
3	Há superlotação (muitas pessoas convivem em uma mesma casa)	0 a 11	M		E,S, ,P
4	A família foi despejada ou não tem domicílio e está vivendo na rua	0 a 11	G		E,S,P
E4. Antecedentes de violência ou de abuso sexual na história familiar					
1	Algum dos progenitores faleceu por causas violentas (assassinato, suicídio...)	0 a 11	G		E,S,P
2	Um dos progenitores agrediu o outro	0 a 11	M		E,S,P
3	Algum irmão sofreu maus tratos físicos e / ou abuso sexual intrafamiliar	0 a 11	G		E,S,P
4	Um dos progenitores tem antecedentes de ter maltratado física ou sexualmente terceiros	0 a 11	G		E,S,P
E5. Os progenitores ou cuidadores têm uma história pessoal de desproteção					
1	Há história pessoal de maus tratos físicos ou de abuso sexual nos progenitores	0 a 11	L		S,P
2	Há história pessoal de negligência nos progenitores	0 a 11	L		S,P
3	Quando pequenos, os progenitores estiveram institucionalizados pelo sistema de proteção	0 a 11	L		S,P
E6. Situação familiar de especial consideração					
1	Algum dos progenitores está na prisão	0 a 11	L		E,S,P
2	Ambos os progenitores estão na prisão	0 a 11	G		E,S,P
3	Os recursos econômicos familiares provêm alegadamente de atividades delitivas ou ilegais	0 a 11	M		S,P
4	Algum dos progenitores exerce prostituição	0 a 11	M		S,P
E7. O núcleo familiar tem dificuldades sociais, econômicas e / ou de organização					
1	Não há apoio social e/ou familiar	0 a 11	M		E,S,P
2	Há insuficiência de recursos econômicos para garantir o cuidado básico da criança	0 a 11	M		E,S,P
3	Os progenitores são adolescentes com graves dificuldades econômicas ou falta de apoio	0 a 11	M		E,S,P
4	É um núcleo monoparental com graves dificuldades econômicas ou com falta de apoio	0 a 11	M		E,S,P
5	Há graves deficiências nas habilidades de organização e economia doméstica	0 a 11	L		P
6	É um núcleo em situação de imigração com graves dificuldades econômicas ou legais ou falta de apoio	0 a 11	L		P
7	Ocorrem constantes mudanças de domicílio	0 a 11	L		P
8	Há mudanças frequentes de casal e / ou das referências adultas da criança (mudanças de cuidadores)	0 a 11	M		P
E8. O núcleo familiar vive em um contexto social de especial consideração					
1	Vivem em uma situação de isolamento na zona rural	0 a 11	L		E,P
2	Vivem em um acampamento provisório de caravanas	0 a 11	L		E,P
3	Habitam em uma zona com concentração de população em situação de vulnerabilidade social	0 a 11	L		E,P

4	O contexto familiar, cultural ou religioso é pouco favorecedor dos direitos da criança ou da mulher	0 a 11	M		E,P
E9. Os cuidadores ou progenitores apresentam um aspecto físico muito desfavorável					
1	Sua higiene corporal é muito deficiente	0 a 11	L		E,S,P
2	Apresentam lesões físicas	0 a 11	M		E,S,P
3	Apresentam um estado muito sonolento	0 a 11	M		E,S,P
E10. As condições pessoais da criança podem fazer-lhe mais vulnerável					
1	Padece de uma enfermidade crônica	0 a 11	M		E,S,P
2	Tem alguma incapacidade física, intelectual ou sensorial	0 a 11	M		E,S,P
3	Apresenta algum transtorno mental	0 a 11	M		E,S,P
4	Período pós-natal difícil (irritabilidade / dificuldade para acalmá-la / extensas hospitalizações)	0 a 1	L		S,P

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante:

Sou aluno de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob orientação do Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera, intitulada “**Identificação e Notificação de Maus-Tratos Intrafamiliares contra Crianças e Adolescentes Brasileiros: Validação de Software**”.

Nessa etapa da pesquisa, você será convidado a participar de um grupo focal para debater aspectos considerados facilitadores e dificultadores acerca da identificação e notificação de suspeitas de maus-tratos contra crianças e adolescentes em sua experiência pessoal e profissional. Também será solicitado que você preencha um questionário de dados sociodemográficos. A atividade dura em torno de 01 hora.

Sua participação é voluntária. Se você decidir não participar ou quiser desistir, tem absoluta liberdade de fazê-lo a qualquer momento. Caso, de alguma maneira, você se sentir mobilizado(a) com algum aspecto referente à realização dessa atividade, o pesquisador está preparado para auxiliá-lo(a) e oferecer orientação/encaminhamento adequado às suas necessidades.

Os dados serão arquivados na sala 122 do Instituto de Psicologia da UFRGS. Os arquivos de voz serão destruídos após o período de cinco anos. Em todas as etapas da pesquisa sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo e serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de ferramentas científicas. Esta investigação foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Psicologia/UFRGS, localizado na Rua Ramiro Barcelos, 2600 na cidade de Porto Alegre com o número de telefone (51) 3308-5066 e e-mail: cep-psico@ufrgs.br. Os procedimentos previstos obedecem aos Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador ((51) 9993-8518) pelo pesquisador responsável ((51)8118-9023) ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Porto Alegre/RS – Telefone: 3308 5698).

Atenciosamente,

Orientador: Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera

Doutorando: Tiago Zanatta Calza

Nome e assinatura do participante

Local e data

ANEXO D

Parecer do Comitê de Ética

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -

UFRGS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tradução, adaptação e validação de software para o auxílio na identificação de maus tratos em crianças e adolescentes

Pesquisador: JORGE CASTELLÁ SARRIERA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14696513.7.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 265.602

Data da Relatoria: 06/05/2013

Apresentação do Projeto:

Pesquisa: Tradução, adaptação e validação de software para o auxílio na identificação de maus tratos em crianças e adolescentes

Objetivo da Pesquisa:

Esta pesquisa possui como objetivo geral a tradução e a adaptação do software ¿Módulo de Apoyo a La Gestión Del Riesgo Social en La Infancia y la Adolescencia (MSGR)¿ para o contexto brasileiro, a fim de que possa ser utilizado por profissionais de diversas áreas, como Educação, Saúde, Polícia e Serviço Social para o auxílio na identificação e na posterior tomada de decisão acerca de casos de suspeita de risco social e/ou maus tratos em crianças ou adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa não apresenta riscos aparentes, uma vez que não irá lidar diretamente com crianças e adolescentes vítimas de maus tratos. Para esta, serão participantes somente profissionais que lidam com a temática em seus estudos acadêmicos ou em suas práticas profissionais. A pesquisa não trará benefícios diretos para seus participantes. Entretanto, seus resultados serão inseridos na formulação da versão brasileira do software, que será disponibilizada para a utilização por profissionais de diversas áreas (como saúde, educação, serviço social, polícia, etc.), a fim de que possa auxiliá-los na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Uma vez que a literatura aponta a ainda dificuldade dos profissionais envolvidos de identificarem situações de violência contra crianças e adolescentes, essa ferramenta poderá ser um apoio importante tanto para

a identificação quanto para a notificação dessas suspeitas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa está relacionada com as temáticas abordadas pelo Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária, no que concerne à investigação de aspectos psicossociais relativos à infância e à adolescência. Estudos acerca de maus tratos contra crianças e adolescentes têm obtido grande desenvolvimento nas últimas décadas, especialmente no âmbito de pesquisa brasileira. Entretanto, parece haver ainda uma lacuna entre o que é produzido no meio acadêmico e sua utilização na prática de profissionais que lidam com essa questão, especialmente quando foge das especialidades da Psicologia e Psiquiatria. Assim sendo, este estudo terá por objetivo realizar a tradução, adaptação e validação para o contexto brasileiro do software Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia (MSGR), que visa auxiliar profissionais a identificar e a como proceder em casos de suspeitas de maus tratos contra crianças e adolescentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está apresentado de forma clara e objetiva e apresenta todas as informações indicadas para compor o TCLE.

Recomendações:

Projeto sem recomendações. Está descrito de forma clara e objetiva, com aportes teóricos e científicos adequados a área temática.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa relacionada com as temáticas abordadas pelo Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária, no que concerne à investigação de aspectos psicossociais relativos à infância e à adolescência. Estudos acerca de maus tratos contra crianças e adolescentes têm obtido grande desenvolvimento nas últimas décadas, especialmente no âmbito de pesquisa brasileira. Tem por objetivo realizar a tradução, adaptação e validação para o contexto brasileiro do software Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia (MSGR), que visa auxiliar profissionais a identificar e a como proceder em casos de suspeitas de maus tratos contra crianças e adolescentes.

PORTO ALEGRE, 07 de Maio de 2013

**Assinado por:
JUSSARA MARIA
ROSA MENDES
(Coordenador)**