

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE *SOFTWARE* PARA O AUXÍLIO NA
IDENTIFICAÇÃO DE MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Tiago Zanatta Calza

Dissertação de Mestrado apresentado como exigência parcial
para obtenção do grau de Mestre 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
Março de 2014.

Dedico este trabalho
a minha família,
pelo amor e apoio
em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, aos meus pais, por todo o apoio que me deram desde o início. Da opção pela Psicologia, pela UFRGS e, agora, pelo Mestrado. Por sempre garantirem a base necessária tanto em termos afetivos quanto educacionais e financeiros, para que eu pudesse vir a realizar meus sonhos e a ser quem eu gostaria.

Ao meu orientador, por todos os ensinamentos e puxões de orelha, que me fizeram crescer e amadurecer, especialmente no que se refere a dedicação e trabalho ético. Agradeço por me acompanhar nessa trajetória desde o segundo semestre de 2007, quando iniciei minha vida acadêmica como bolsista de Iniciação Científica no Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária – UFRGS.

Aos professores das bancas de Qualificação e de Defesa, Carme Montserrat, Debora Dell’Aglío, Ferran Casas, Mara Carneiro e Silvia Koller, pela disponibilidade e contribuições, que propiciaram o aprimoramento deste trabalho, em termos técnicos, teóricos e metodológicos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, pelo ensino de excelência e pelas oportunidades de aprendizado durante o período de Mestrado.

Ao CNPq, pelo auxílio recebido durante o período de Mestrado.

Aos colegas de Grupo de Pesquisa, especialmente a Fabiane, Francielli e James, pela grande amizade e companheirismo, e a Anelise, Angela, Bibiana, Daniel, Fernanda, Lívia e Raquel, pela parceria e apoio nos trabalhos e na vida. Também aos colegas de outros grupos de pesquisa, que me acompanharam nesses dois anos e muito me ensinaram, nas conversas em intervalos, corredores e bares.

Aos amigos, que sempre estiveram ao meu lado em minhas escolhas, especialmente os de longa data que, mesmo distantes, sempre me acolhem com os mais tenros abraços e sinceros sorrisos.

“Eu posso insistir em viver a minha ilusão, dia após dia,
até que se torne inegável que,
apesar de no fundo ela não existir,
ela mudou alguma coisa nesse mundo.”

Samuel Eggers
(Amigo e colega, assassinado em 2013)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E FIGURAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	8
RESUMO.....	9
ABSTRACT	10
APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	14
Maus tratos na infância e adolescência.....	14
Impacto dos maus tratos	15
Maus tratos no contexto brasileiro	18
Notificação dos casos no Brasil.....	23
Indicadores sociais, fatores de risco e fatores de proteção	25
<i>Software “Apoyo a la Gestión del Riesgo en la Infancia y la Adolescencia (MSGR)”</i>	<i>27</i>
Justificativa e objetivos gerais da pesquisa	33
CAPÍTULO II: ESTUDO 1 - Tradução e Adaptação do <i>Software Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia</i>	35
MÉTODO	35
Fase I: Tradução dos itens do <i>software Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia (MSGR)</i>	35
Fase II: Adaptação dos itens do <i>software Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia (MSGR)</i>	36
Participantes	36
Instrumentos	37
Procedimentos	37
Análise dos dados	38
Procedimentos éticos	39
RESULTADOS	39
Análise dos itens.....	39
Encaminhamentos segundo a gravidade.....	50
DISCUSSÃO	57
CAPÍTULO III: Estudo 2 - Aplicação Piloto do <i>Software Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia</i>	64
Participantes	64

Instrumentos	64
Procedimentos	64
Análise dos dados	65
Procedimentos éticos	65
RESULTADOS	66
Compreensão dos Itens	66
Funcionamento do <i>software</i>	66
Utilidade do <i>software</i>	68
DISCUSSÃO	68
CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS	76
ANEXO A - Tabela Referente aos Itens Originais, Traduzidos e Modificados do <i>Software</i>.....	86
ANEXO B - Descrição dos Caso Fictícios.....	120
ANEXO C - <i>Layout</i> da Versão Espanhola do <i>Software</i>.....	121
ANEXO D - <i>Layout</i> da Versão Piloto do <i>Software</i>.....	122
ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	123
ANEXO F - Parecer do Comitê de Ética	124

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Árvore de decisão A, referente a observações graves.....	30
Figura 2. Árvore de decisão B, referente a observações moderadas.....	31
Figura 3. Árvore de decisão C, referente a observações leves.....	32
Figura 4. Orientação ao Usuário frente a uma situação Grave de Maus Tratos.....	55
Figura 5. Orientação ao Usuário frente a uma situação Moderada de Maus Tratos.....	56
Figura 6. Orientação ao Usuário frente a uma situação Leve de Maus Tratos.....	57
Tabela 1. Tabela de Termos Médicos Simplificados.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAMI – *Computer Assisted Maltreatment Inventory*
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- DGAIA – *Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia*
- EAIA – *Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia*
- 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*
- MP – Ministério Público
- MSGR – *Apoyo a la Gestión del Riesgo en la Infancia y la Adolescencia*
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
- SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
- SSB – *Servicios Sociales Básicos*
- SUAS – Sistema Único de Assistência Social
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
- TEPT – Transtorno do Estresse Pós-Traumático
- UdG – *Universidad de Girona*
- UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi fazer a tradução e a adaptação do conteúdo do *software* “*Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia* (MSGR)” para o contexto brasileiro. Por sua vez, o *software* visa auxiliar profissionais de diversas áreas a identificar e a como proceder diante de casos de suspeitas de maus tratos contra crianças e adolescentes. Foram realizados dois estudos empíricos. O primeiro estudo refere-se à tradução e à adaptação dos itens presentes no *software*, divididos em duas fases: (1) tradução dos itens, através do método *backtranslation*; e (2) validação por juízes, a fim de avaliar o nível de adequação dos itens originais, e grupos de discussão, para discutir os itens que não tiveram concordância igual ou superior a 80% entre os juízes e propor uma ação recomendada para cada tipo de gravidade. Participaram como juízes cinco profissionais especialistas na temática de maus tratos. Nos grupos de discussão participaram quatro profissionais que têm experiência no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. Os resultados da avaliação dos juízes apontaram 40 itens do *software* como não tendo o índice de concordância mínimo de 80% esperado. O grupo de discussão, por sua vez, decidiu o formato final de tais itens. Além disso, sugeriu a troca de nomenclaturas, além de propor o acionamento de diversos serviços de proteção para cada gravidade detectada. Discutem-se as mudanças realizadas, os diferentes serviços da rede de proteção, assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente. O segundo estudo foi a aplicação piloto do *software*, já traduzido e adaptado. Participaram desta etapa 16 adultos, selecionados por conveniência, com idades entre 22 e 55 anos. Estes foram instruídos a responder a três estudos de caso fictícios, apontando as dúvidas de compreensão dos itens, além de suas opiniões quanto ao manejo e a utilidade do *software*. Os resultados indicaram dificuldades de compreensão de algumas palavras, especialmente entre os participantes que tinham somente o Ensino Médio completo. Também houve dúvidas quanto à ambiguidade de itens, além de tentativas de indução de respostas, mesmo quando as observações correspondentes não estavam contempladas no estudo de caso. Discutem-se aspectos relativos a facilitar o entendimento das questões e ao uso do *software*, além da importância deste para o auxílio na notificação das suspeitas. Por fim, ressalta-se a relevância da divulgação dos conhecimentos científicos acerca da identificação de maus tratos para a população, assim como o desenvolvimento de novas ferramentas para a utilização na proteção dos direitos da infância e adolescência.

Palavras-Chave: Maus Tratos, *Software*, Infância, Adolescência

ABSTRACT

The aim of this work was to translate and adapt to the Brazilian context the content of the software “*Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia* (MSGR)”. This software aims to help professionals of many fields to identify and proceed when facing cases that involve suspicion of child and adolescent abuse. Two empirical studies were performed: The first study concerns the translation and adaptation of the software’s items in two stages: (1) translation of the items through the backtranslation method; and (2) validation from the judges to evaluate the level of adequacy of the original items, and discussion groups to discuss the items which did not reach 80% or more of agreement among the judges and to propose recommended actions for each severity level. Five professionals who are experts in this subject participated as judges. Four professionals who have experience in care service for children and adolescents who have been victims of abuse were part of the discussion groups. The results of the judges’ evaluation point 40 software items which have not achieved the expected minimum of 80%. The discussion group, in turn, made decisions about the final arrangement of those items. Besides that, the group suggested terminology changes, and the activation of several protection services for each level of severity detected. It discussed the changes, the child protection network’s different services, and also the Child and Adolescent Statute. The second study was the pilot application of the software after it had been translated and adapted. Sixteen adults participated in this stage. The selection criterion was convenience, and their ages ranged from 22 to 55 years old. They were instructed to answer three fictitious case studies, pointing doubts regarding the items and voicing their opinions regarding the handling and the utility of the software. The results show the difficulties to understand certain words, especially among participants who had only finished secondary school. There were also doubts regarding the ambiguity of some items, and some attempts to induce answers even when the corresponding observations were not considered by the case study. Aspects related to helping understand the issues raised and to the use of the software were discussed, as well as the importance of the software for notifying suspicion. Finally, we highlight the relevance of disseminating scientific knowledge related to the identification of abuse, as well as the development of new tools for protecting the rights of children and adolescents.

Keywords: Maltreatment, Software, Childhood, Adolescence

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa vai ao encontro das temáticas abordadas pelo Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária (GPPC - UFRGS) – do qual o pesquisador é membro – no que concerne à investigação de aspectos psicossociais relativos à infância e à adolescência. Nos últimos anos, O GPPC tem realizado diversas investigações e intervenções junto a essa população, com temáticas sobre Ócio e Tempo Livre, Bem Estar e Qualidade de Vida, Apoio Social, *Coping* Religioso, Crenças Básicas, entre outros.

A presente proposta inaugura no grupo de pesquisa uma nova temática de trabalho junto a essa população, referente à violência e, mais especificamente, a maus tratos intrafamiliares. A literatura científica aponta maus tratos contra crianças e adolescentes como sendo um problema em escala mundial. Além disso, considera que embora possam variar bastante dentro dos diversos contextos, são muito mais prevalentes do que geralmente são reconhecidos (Dubowitz & Bennett, 2007).

Estudos acerca de maus tratos contra crianças e adolescentes têm obtido grande desenvolvimento nas últimas décadas na comunidade científica, inclusive no âmbito de pesquisa brasileiro. Cada vez mais estudos nacionais buscam identificar dados epidemiológicos (tipos de maus tratos mais comuns e idades mais frequentes), fatores de risco e de proteção associados (pessoais ou contextuais), além dos impactos desse tipo de violência no desenvolvimento de suas vítimas (sintomatológicos, cognitivos, de reprodução da violência quando adultos).

Embora em um número crescente, 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, Psiquiatria e Serviço Social. Ou seja, diversas categorias profissionais – além da população em geral – que poderiam beneficiar-se desses conhecimentos, além de auxiliar no sentido de garantir uma maior proteção a essa população, muitas vezes não têm acesso a tais informações. Informações e conhecimentos esses que se valem frequentemente de linguagem técnica e específica dentro de cada campo profissional, dificultando a apropriação desses pela população que não está diretamente inserida no campo de pesquisa ou em determinadas profissões.

Esse trabalho, por sua vez, busca diminuir um pouco essa existente “defasagem entre o saber escolar e o produzido nos laboratórios e centros de pesquisa” (Camargo, Barbará & Bertoldo, 2008, p.180), objetivando a elaboração e disponibilização de uma ferramenta que

possa ser utilizada por diversos profissionais, na tentativa de tornar mais acessível à população geral os conhecimentos produzidos no meio acadêmico. Além disso, é uma tentativa de melhor instrumentalizar profissionais no que se refere a avaliar e notificar diversas situações de violência intrafamiliar e negligência. Assim sendo, este estudo tem por objetivo realizar a tradução e a adaptação para o contexto brasileiro do *software* “*Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia (MSGR)*” (Montserrat, Casas & Bertran, 2010) – que visa auxiliar profissionais a identificar e a como proceder frente a casos de suspeitas de maus tratos contra crianças e adolescentes.

Este estudo foi dividido em duas etapas: a primeira consiste na tradução e na adaptação dos itens do *software* MSGR para o contexto brasileiro. A segunda etapa, por sua vez, refere-se a aplicações piloto do *software* já traduzido e adaptado, a fim de verificar o entendimento dos potenciais usuários da ferramenta no que se refere à compreensão semântica dos itens, e ao manejo e utilidade do *software* adaptado em suas respectivas práticas profissionais.

Primeiramente serão apresentados aspectos conceituais da temática, partindo inicialmente dos conceitos relativos a maus tratos contra crianças e adolescentes, assim como um breve histórico acerca da preocupação com a temática no meio científico, legal, e na sociedade em geral. Após, é feita uma revisão da literatura internacional sobre o impacto dos maus tratos na infância e na adolescência, apontando sintomas e repercussões desse tipo de violência no desenvolvimento dessa população.

Será discutida também a legislação no Brasil que garante a proteção de crianças e adolescentes, além de estudos nacionais de caráter epidemiológico, assim como sobre os tipos mais prevalentes e sintomatologias associadas aos maus tratos. Terão destaque também trabalhos nacionais que investigam o processo de denúncia e notificação de suspeitas de maus tratos por profissionais de diversas áreas, especialmente saúde e educação.

Em seguida, serão apresentados aspectos conceituais referentes a Indicadores Sociais, além de Fatores de Risco e Fatores de Proteção referentes à violência contra crianças e adolescentes. A partir de tais conceitos é que foram elaborados os itens do *software* que serão adaptados nesse estudo. No fim da introdução, o *software* MSGR será apresentado, através de uma breve explicação sobre seu processo de construção e validação, seus objetivos, as instruções à pessoa que irá utilizá-lo, seu funcionamento, o cálculo para estipular a gravidade do caso, e suas limitações.

Após a introdução, serão apresentadas as duas etapas do estudo, com seus objetivos, metodologias, resultados e discussão. Por fim, serão discutidas as considerações finais, englobando as duas etapas e propondo trabalhos futuros. Espera-se que a adaptação desse

software para o contexto brasileiro possa auxiliar na divulgação e operacionalização dos conhecimentos produzidos na academia e nas práticas profissionais acerca de indicadores de risco para maus tratos contra crianças e adolescentes. Por fim, espera-se que essa ferramenta consiga auxiliar profissionais envolvidos com a população de crianças e adolescentes a melhor identificarem situações de risco de maus tratos contra essa população, encorajando-os a fazerem as denúncias das suspeitas de violência, para que assim possa ser garantida cada vez mais a proteção de crianças e adolescentes brasileiros.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Maus tratos na infância e adolescência

Atos de violência contra menores de 18 anos (hoje entendidos como crianças e adolescentes) são existentes desde a antiguidade, havendo citações dessas práticas na bíblia e no alcorão (Martins & Jorge, 2009). Entretanto, somente há pouco tempo tem havido a devida preocupação frente essa forma de violência, inclusive relativo ao conceito de “maus tratos”. Ou seja, ainda que atos violentos tenham ocorrido ao longo da história, o conceito de maus tratos deve ser entendido a partir de uma noção que é culturalmente construída (Gomes, Deslades, Veiga, Behring & Santos, 2002). O Guia de Atuação frente a Maus-tratos na Infância e na Adolescência vai nessa direção, ao apontar que as definições de violência contra crianças e adolescentes variam “de acordo com visões culturais e históricas sobre a criança e seus cuidados, com os direitos e o cumprimento de regras sociais relacionados a ela” (SBP/Claves/ENSP/Fiocruz/SEDH/MJ, 2001, p.11).

Dentro dessa perspectiva, ”define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa” (Deslandes, 1994). Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) 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.

Dentre as formas de maus tratos contra crianças e adolescentes, a Secretaria de Assistência à Saúde (2002) aponta para Negligência e Abandono, Abusos Físicos, Abuso Sexual e Abuso Psicológico como os mais comuns. Em um estudo de revisão da literatura científica, Pires e Miyazaki (2005) acrescentam ainda a esses Negligência Educacional e Emocional, Síndrome de Münchausen e Síndrome do Bebê Sacudido.

Uma vez que grande parte dos maus tratos ocorre no âmbito intrafamiliar, por muito tempo pensou-se que eram aspectos a serem decididos na intimidade deste, cabendo aos cuidadores avaliar e decidir os métodos de como criar seus filhos. A vinculação entre castigo físico e disciplina, por exemplo, tem sido transmitida ao longo de muitas gerações, sendo

ainda considerada um modelo a ser seguido na educação dos filhos (Weber, Viezzer & Brandenburg, 2004).

Foi somente no fim do século XIX que se iniciou um movimento em prol dos direitos das crianças e dos adolescentes. O marco do início dessa luta foi o Caso Mary Ellen, primeiro caso documentado de condenação por maus tratos contra a criança que se tem notícia. Na ocasião, seus cuidadores foram condenados através de uma lei que proibia maus tratos a animais, uma vez que as crianças não tinham uma legislação própria que garantisse sua proteção. Após a repercussão do caso Mary Ellen, surgiu nos Estados Unidos a Sociedade de Prevenção da Crueldade contra a Criança, em 1874 (Day et al., 2003), que objetivava garantir a proteção dessa população. Assim, considera-se o século XX o século da infância, devido ao surgimento de uma maior preocupação quanto a seus direitos, trazendo à tona a problemática da violência (Delfino, Biasoli-Alves, Sagim & Venturini, 2005).

Esse movimento culminou, em 1959, na “Declaração Universal dos Direitos da Criança”, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Prizskulnik, 2009; Martins & Jorge, 2009). Esta objetivou ir além da Declaração Universal dos Direitos Humanos, buscando dar espaço de destaque para crianças e adolescentes. Considerava-os, portanto, uma população com direitos e peculiaridades, que deveriam ter uma legislação à parte. Logo após, em 1962, é publicado o trabalho de Silverman e Kempe, tratando da Síndrome da Criança Espancada, evidenciando – inicialmente para a comunidade médica e, após, para diversas áreas afins – a questão relativa à violência física velada contra essa população (Delfino, et al., 2005).

No contexto brasileiro, tem-se por referência de política de proteção o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), amparado sob a Lei Nº 8.069 de 13 de Julho de 1990, que passou a assegurar em lei a proteção integral de crianças e adolescentes brasileiros. A partir da criação do ECA, também o meio acadêmico passou a dar maior ênfase em pesquisas envolvendo os direitos das crianças, havendo um crescimento no número de trabalhos sobre o tema em diversas áreas relacionadas.

Impacto dos maus tratos

Nas últimas décadas, tem-se mostrado cada vez maior o número de pesquisas e trabalhos na comunidade científica internacional referentes aos diversos tipos de maus tratos, assim como de seus impactos no desenvolvimento das crianças e adolescentes vítimas desse tipo de violência. Em um estudo acerca de violência física parental junto a adolescentes finlandeses e dinamarqueses, Peltonen, Ellonen, Larsen e Helweg-Larsen (2010) indicaram que a exposição à agressão (física ou verbal) estava associada tanto a sintomas externalizantes

(agressão e hiperatividade) quanto a internalizantes (depressão e ansiedade), quando comparada ao grupo que não sofreu violência. Também Jaffee e Maikovich-Fong (2011), em uma investigação sobre maus tratos crônicos, encontraram resultados apontando maior associação entre haver sofrido maus tratos em múltiplos períodos do desenvolvimento com maior número de problemas internalizantes e externalizantes. Além disso, os participantes apresentaram menores escores de Coeficiente de Inteligência quando comparados ao grupo que sofreu maus tratos em apenas um período da vida. Ou seja, crianças que sofriam maus tratos crônicos apresentaram mais problemas de comportamento tanto em relação às crianças não maltratadas quanto em relação às que sofreram outros tipos de maus tratos.

Ystgaard, Hestetun, Loeb e Mehlum (2004), ao investigarem adultos noruegueses internados por tentativa de suicídio, encontraram relações significativas e independentes entre abuso físico e sexual na infância e comportamentos suicidas repetidos. Além de transtornos psicológicos, outro estudo indicou também piores resultados em testes de funções cognitivas em adolescentes australianos vítimas de violência (física, emocional, ou abuso sexual) ou negligência quando comparados ao grupo controle (Mills et al., 2011).

Asgeirsdottir, Sigfusdottir, Gudjonsson e Sigurdsson (2011), em uma pesquisa junto a 9.085 estudantes entre 16 e 19 anos, encontraram associações entre ter sofrido abuso sexual e presenciado violência/conflito familiar, e abuso de substâncias e a comportamentos autoagressivos para ambos os gêneros. Já em um estudo com mulheres chinesas, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre haver sofrido abuso sexual na infância e Transtorno Depressivo Maior. Quando comparadas com outras mulheres deprimidas, mas sem histórico de abuso sexual, as que haviam sofrido abuso sexual tenderam a apresentar episódios depressivos mais extensos, além de maiores riscos de Transtorno de Ansiedade Generalizada e Distímia (Cong et al., 2012).

Em um trabalho com 602 mulheres norte-americanas, os resultados indicaram que mulheres que relataram ter sofrido abuso sexual na infância apresentavam mais sintomas somáticos que o grupo controle no que se refere a dores de cabeça, dores musculares, dores abdominais, constipação, vômitos, diarreia, febre, entre outros. Estas também relataram realizar maior número de consultas médicas que o grupo controle (Newman et al., 2000). Já a investigação feita por Jonas et al. (2011) apontou a relação entre abuso sexual na infância e dependência de álcool e drogas, além de Transtorno do Estresse Pós-traumático, Transtornos Alimentares, Fobia, Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Depressão e Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Em outro estudo, com 2637 universitários, Berzenski e Yates (2011) reportaram resultados indicando o histórico de abuso emocional (isolado, ou acompanhado de outros

tipos de maus tratos) associado à depressão e à ansiedade. A combinação entre abuso emocional e abuso físico, por sua vez, esteve associado a abuso de substância e comportamentos de risco.

Marshall (2012) buscou separar a sintomatologia entre as diferentes faixas etárias. Para ele, crianças pequenas que experienciaram abuso emocional seriam mais propensas a serem agressivas e a exibir mais comportamentos externalizantes, enquanto crianças pré-escolares tenderiam a demonstrar afeto negativo, serem mais evitativas e menos complacentes com pedidos. Hornor (2012), por sua vez, propõe que o abuso emocional muitas vezes pode ser decorrente de ter experienciado abuso físico ou sexual, mas que crianças que não foram fisicamente ou sexualmente abusadas também podem ter sofrido abuso emocional. Segundo seu trabalho, o abuso emocional (mais que o físico ou o sexual) poderia predispor a vítima a desenvolver depressão ou ansiedade.

Sanctis, Namura, Newcorn e Halperin (2012) afirmam que ter sofrido maus tratos na infância é um forte preditor de criminalidade no futuro. Em seu estudo longitudinal com portadores de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), os resultados foram nessa direção, ao indicarem que os jovens que haviam sofrido maus tratos foram três vezes e meio mais propensos a serem presos que os que não tiveram classificação de maus tratos.

Já outros trabalhos relacionam a violência na infância com a sintomatologia futura, na infância ou idade adulta. Dentro dessa perspectiva, foram encontradas associações entre ter experienciado violência na infância com perpetuação de violência interpessoal na adolescência (Duke, Pettingell, McMorris, & Borowsky, 2009), e exposição à violência doméstica na infância com menor nível de apego com os pais quando adolescentes (Sousa et al., 2011). Abuso físico em meninas na infância também foi relacionado com menor tendência a elogiar seus próprios filhos ao se tornarem mães (Fujiwara, Okuyama & Izumi, 2011). Ainda sobre os impactos na maternidade, Young, Deardorff, Ozer e Lahiff (2011) encontraram resultados apontando relação entre abuso sexual na infância e na adolescência com o aumento de risco de gravidez precoce, em um estudo com 1790 mulheres jovens norte-americanas. Em outro trabalho, Leeners, Stiller, Block, Görres e Rath (2010) identificaram relações entre abuso sexual na infância e maiores complicações na gravidez quando adultas, como maior frequência de hospitalizações e nascimentos prematuros.

Em um estudo com 279 mulheres norte-americanas com histórico de uso de substâncias durante a gravidez, foram reportados índices de 70% para o histórico de ao menos um tipo de maus tratos na infância. Quando controlados aspectos como idade, educação e etnia, maus tratos na infância foram relacionados a histórico de dependência de substâncias,

acontecimentos adversos e transtornos psicológicos (Min, Minnes, Kim & Singer, 2012). Em outro trabalho com 92 mães adolescentes norte-americanas, os resultados indicaram que somente 15% das mães que não sofreram abusos físicos na infância apresentaram práticas de negligência com seus filhos, contra 58% das que sofreram abusos físicos (Barlett & Easterbrooks, 2012).

Também há estudos sugerindo a relação entre a criança viver uma situação de doença crônica e sofrer mais maus tratos. Em um trabalho junto a 2771 crianças e adolescentes suecos, os resultados indicaram que 12% do total de crianças sofreram abusos físicos. Os autores também sugerem que ter mais de duas condições crônicas simultâneas torna essas crianças o grupo mais vulnerável em relação a essa forma de violência (Svensson, Bornehag & Janson, 2010).

Em termos de porcentagens, em um estudo com universitários turcos, Turla, Dündar e Özkanli (2009) encontraram resultados indicando que 64% dos homens e 41% das mulheres participantes relataram ter histórico de abuso físico na infância. Em outra investigação, junto a crianças norte-americanas de 3 anos, cerca de 65% das crianças tinham sido vítimas de punições físicas no mês anterior à pesquisa (Taylor, Lee, Guterman & Rice, 2010).

Em um trabalho com 1093 adolescentes chineses aleatoriamente selecionados, 44,4% relataram haver sofrido episódios de violência física ao longo da vida e, 22,6%, no último ano. Em relação à violência psicológica, 70,9% relataram ter sofrido episódios desta ao longo da vida e, 54,6%, no último ano. Negligência foi reportada por 32,3% e 24,6%, respectivamente (Chan, 2011).

Nos estados Unidos, em um estudo investigando o número de crianças vítimas de abuso físico que foram hospitalizadas devido à violência, foram constatados 4569 casos para o ano de 2006. Destes, 300 (6,6%) faleceram devido ao abuso sofrido, sendo que a maior incidência foi durante o primeiro ano de vida. Os autores também atentam para um número maior, uma vez que crianças que morreram antes da hospitalização não foram contabilizadas no estudo (Leventhal, Martin & Gaither, 2012).

Maus tratos no contexto brasileiro

No contexto brasileiro, é a partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que se passa a assegurar a proteção integral dessa população, sendo que só após o ECA é que “a infância e adolescência adquiriram *status* de sujeitos de direitos” (Perez & Passone, 2010, p.651). Assim, diversas são as diretrizes para garantia de desenvolvimento saudável e proteção para essa população, representadas a seguir em alguns artigos-chave do

Estatuto. O artigo 3º, por exemplo, assegura a garantia de oportunidades, a fim de que seus direitos sejam cumpridos:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990)

Já o Artigo 5º trata das diversas tipologias de violência e opressão contra essa população, veiculando 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”. Artigo 4º, por sua vez, convoca toda a sociedade enquanto responsável pela efetivação desses direitos, nas esferas referentes a aspectos como saúde, alimentação, educação, lazer, cultura, dignidade e respeito. Indo nessa direção, o Artigo 70 ressalta que “é do dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente”. Ou seja, para além da garantia legal de proteção, de cuidado e desenvolvimento saudável, o ECA responsabiliza a sociedade como um todo no intuito de garantir a efetivação dessa normativa, não cabendo essa tarefa unicamente a um órgão ou profissão específica.

O ECA também promulga que, uma vez que tais direitos sejam ameaçados ou violados, cabe serem aplicadas medidas de proteção à criança ou ao adolescente em questão (Artigo 98). Por fim, o Artigo 13 preconiza que qualquer caso de suspeita ou confirmação de maus tratos deve ser obrigatoriamente comunicado ao Conselho Tutelar. Assim, os profissionais e cidadãos são convocados a auxiliarem na proteção dessa população, através de denúncias e, conseqüentemente, investigações e medidas de proteção à criança ou ao adolescente em risco.

A criação do ECA avançou muito em relação à proteção das crianças e adolescentes, e de a situação de pobreza não ser mais considerada motivo para a perda da guarda dos filhos, por exemplo. O Artigo 23 propõe que “a falta ou a carência de recursos familiares não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar”. O parágrafo único que o procede ressalta as medidas cabíveis para esses casos: “Não existindo outro motivo que por si só autorize a decretação da medida, a criança ou o adolescente será mantido em sua família de origem, a qual deverá obrigatoriamente ser incluída em programas oficiais de auxílio”.

Entretanto, estudos ainda apontam que, ao compararem-se grupos pela renda, ocorre maior número de notificações por negligência junto às famílias mais pobres (Bazon, Mello,

Bérgamo & Faleiros, 2010). Indo nessa direção, Nascimento, Cunha e Vicente (2008) atentam que a problemática chamada de “Criminalização da Pobreza” ainda ocorre. Dessa forma, justificar-se-iam questões complexas de injustiça econômica e social de forma individualizada, através de uma atribuição de incompetência unicamente familiar. Seguindo esse raciocínio, outros autores ressaltam que comportamentos negligentes e as suas respectivas causas devem ser medidos de forma separada. Entretanto, isso não significa que cuidadores que não provêm à criança necessidades básicas (por extrema pobreza, por exemplo) não estejam constituindo negligência (Straus & Kantor, 2005).

Em um trabalho junto ao programa Sentinela, em uma cidade da Paraíba, os resultados apontaram que a maior incidência de abuso ocorria com maior frequência em famílias com características de Ensino Fundamental Incompleto, sendo 80% destes relacionados às menores rendas familiares. A maioria dos casos ocorreu com pessoas com idades entre 12 e 14 anos. 85% dos casos notificados ocorreram junto a crianças e adolescentes do sexo feminino. Das notificações, 68% foram feitas pelo Conselho Tutelar, 20% pela delegacia, 7% pela própria família e 5% pela polícia civil (Baptista, França, Costa & Brito, 2008).

Bazon (2008), em um trabalho acerca de 7765 notificações para o conselho tutelar do interior de São Paulo durante quatro anos, buscou traçar possíveis diferenças entre violências intituladas como domésticas (de ‘culpabilização’ exclusiva dos cuidadores), estruturais (decorrentes do modelo socioeconômico) e infracionais (atos infracionais praticados pela criança ou adolescente). Destas, destaca que 43,4% foram consideradas de violência estrutural, ressaltando o papel do Estado na vitimização de crianças e adolescentes brasileiros. Segundo o autor, a opção por essa metodologia de classificação agilizaria a análise das situações, “problematizando as diferentes instâncias de responsabilização (Estado, família e/ou sociedade) e resgatando o elemento de complexidade que normalmente as caracterizam” (p.330).

No contexto brasileiro, os registros acerca dessas situações de violência ainda não são suficientes para podermos falar em dados epidemiológicos (Pfeiffer, Rosário & Cat, 2011), havendo apenas registros de serviços ou pesquisadores isolados, que não conseguem ainda traduzir a realidade atual (Weber, Viezzer, Brandenburg & Zocche, 2002). Embora ainda escassos quando comparados à literatura internacional, também é crescente o número de estudos acerca dessa temática no âmbito de pesquisa brasileiro nos últimos anos.

Em um trabalho junto ao Programa Saúde da Família, no município de Niterói (RJ), constataram-se índices de agressão psicológica em 96,7% dos domicílios, e castigo corporal foi referido por 93,8% dos respondentes. Dados de violência física grave foram encontrados em 19,8% dos pesquisados. A mãe destacou-se enquanto a principal autora de todos os tipos

de violência relatados (Rocha & Moraes, 2011). Outras investigações em torno de maus tratos situam uma prevalência de cerca de 50% dos casos (Bazon, Mello, Bérghamo & Faleiros, 2010).

Ao buscar investigar diferentes níveis de gravidade, Pfeiffer, Rosário e Cat (2011) encontraram resultados indicando que a mãe foi o agressor em 44,6% (para o ano de 2003) e em 59,5% (para o ano de 2004). O pai foi o segundo que mais agrediu, com 58,6% (2003) e 23,4% (2004). Quanto às gravidades, a maioria dos casos foi classificada como leve ou moderada, sendo os tipos de maus tratos mais comuns a negligência, seguida por violência física, sexual e psicológica. Não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos. Em outro trabalho, investigando serviços de emergência, mostrou-se frequente a opção por castigo corporal e agressão física, entendida enquanto forma de resolução de conflitos. Entre os cuidadores que haviam perpetuado violência, agressão psicológica (96,5%), castigo corporal (94%) e negligência (60,3%) foram os tipos mais recorrentes (Moura, Moraes & Reichenheim, 2008).

Em uma investigação junto a 674 laudos psicológicos e psiquiátricos de crianças e adolescentes abusados sexualmente, destacou-se o abuso intrafamiliar como prevalente (66,9% dos casos). Quando comparadas as vítimas por sexo, 82,8% eram do sexo feminino. Ao compararem-se as idades, 43,7 % tinham entre 11 e 14 anos, seguidos por 38,3% entre sete e 10 anos, e 17,9% entre 15 e 19 anos (Gava, Silva & Dell'Aglio, 2013). Dentre os casos notificados em outra pesquisa, na cidade de Curitiba, a maioria das crianças tinha idades entre cinco e nove anos. A natureza da violência mais encontrada foi a negligência, seguido de abuso físico, abuso psicológico e abandono (Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca & Egry, 2012). Também em Curitiba foi realizado outro estudo, desta vez somente com as denúncias comprovadas. Destas, agressões físicas somaram 51%, incluindo violência física (38,5%) e agressão sem lesão aparente (12,5%). Casos de negligência (34,4%), abandono (7,3%) e abuso sexual (7,3%) também foram encontrados (Weber et al., 2002).

Em outro trabalho, referente aos registros no Conselho Tutelar de Caruaru (PE), a negligência foi o tipo mais detectado de maus tratos (49,2%), seguida de violência psicológica (28,9%), violência física (17,6%) e abuso sexual (4,7%). Destas, todas tiveram maiores denúncias junto ao sexo masculino, com exceção de violência sexual (83,8% para o sexo feminino) (Granville-Garcia, Menezes, Torres Filho, Araújo & Silva, 2006).

Em uma investigação com 390 adolescentes da cidade de Araçatuba (SP), 72,3% dos participantes relataram ter sofrido algum tipo de violência durante a infância. Dentre os tipos de violência, a emocional foi a que mais teve relatos (61,3%), seguida de negligência física

(44,6%), negligência emocional (38,7%), violência física (37,2%), e violência sexual (22,3%) (Garbin, Queiroz, Rovida & Saliba, 2012).

Em um estudo com fichas de atendimento em centros de referência em acolhimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, mostrou-se um perfil predominante de meninas (75%). Quando comparadas as idades, mais de 50% dos atendimentos envolviam a faixa etária entre cinco e 12 anos. Os encaminhamentos foram predominantemente feitos pela rede de proteção e assistência social (cerca de 77%), seguidos das redes de saúde (11%) e escola (1%). Os locais que mais fizeram encaminhamentos foram as delegacias e conselhos tutelares (Pelisoli, Pires, Almeida, & Dell’Aglia, 2010).

Donoso e Ricas (2009) atentam que, diversas vezes, o que os pais chamam de “palmadas” pode acarretar em espancamento. Os resultados de seu trabalho apontaram que “o castigo físico ainda permanece no imaginário social como um recurso permitido e apropriado para a educação dos filhos, o que consideramos um sério problema de saúde pública” (p.83). Ainda dentro dessa perspectiva, Ceconello, Antoni e Koller (2003) apontam que esta é uma prática bastante comum a punição física no contexto familiar, ainda entendida enquanto uma prática educativa.

Weber et al., (2004) demonstram preocupação acerca da difícil delimitação entre “palmada” e “espancamento”, uma vez que o critério estaria na pessoa que bate, e não na que apanha. Assim sendo, sugerem que “a violência deve ser definida pela sua função (infligir dano a outro) e não pela sua intensidade” (p.233). Embora ainda legitimado em diversas práticas sociais, Donoso e Ricas (2009) analisam essa “cultura do castigo” como estando em um momento de transição, no qual o processo de não legitimidade inicia-se lentamente, enfraquecendo cada vez mais a tradição da permissão de tais práticas punitivas.

Outros resultados de estudos no Brasil sugerem a relação entre abuso sexual e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Borges & Dell’Aglia, 2008; Serafim, Saffi, Achá, & Barros, 2011), além de correlações entre abuso físico na infância e Transtorno de Déficit de Atenção e do Comportamento Disruptivo (Abramovitch, Maia & Cheniaux, 2008). Ainda em relação ao TEPT, os dados encontrados por Ximenes, Oliveira e Assis (2009) indicam que sofrer agressão verbal por parte da mãe aumentou em cinco vezes o risco de desenvolvimento dessa sintomatologia. Também ser vítima de violência física severa por parte da mãe e presenciar a violência do pai contra a mãe aumentaram a probabilidade de desenvolver TEPT. Já Zavaschi (2003) encontrou maior prevalência de abuso sexual, de maus tratos físicos por pais ou cuidadores e de exposição à violência em um grupo de 90 pacientes adultos deprimidos, em relação ao grupo de não deprimidos.

Em um estudo junto a 10 meninas vítimas de abuso sexual, sete delas apresentaram diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático, quatro revelaram indicadores de depressão, e oito apresentaram baixo rendimento escolar (Habigzang, Corte, Hatzenberger, Stroehrer & Koller, 2008). Em outro estudo, investigando laudos de perícias psicológicas e psiquiátricas, constataram-se como sintomas mais prevalentes para abuso sexual: sintomas depressivos (55% dos casos), medo ou pânico (46,3%), prejuízos escolares ou de concentração (30,4%), ansiedade (28,6%), lembranças intrusivas (23,9%) e comportamento agressivo (21,1%), entre outros (Gava et al., 2013). Destes, “enquanto os sintomas depressivos, medo ou pânico e angústia apresentaram maior prevalência nas meninas, comportamentos agressivo, regressivo e agitação foram mais observados nos meninos” (p.240).

Notificação dos casos no Brasil

A notificação dos casos de maus tratos é essencial para o enfrentamento da violência, uma vez que possibilita a interrupção desta e desencadeia medidas de proteção (Deslandes, Mendes, Lima & Campos, 2011), além de gerar “informações para a avaliação da situação local e da necessidade de investimentos públicos” (p.1640). Para o âmbito legal, a notificação é o primeiro passo para que a situação de violência ingresse no sistema de justiça (Dobke, Santos & Dell’Aglia, 2010). Entretanto, ainda que o Artigo 13 do ECA preconize que qualquer caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos deva ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar, esse ainda é um desafio a ser alcançado.

Gonçalves e Ferreira (2002) relatam que, embora seja clara a legislação quanto à obrigatoriedade da notificação em casos de suspeita de violência intrafamiliar, existe ainda pouca orientação e esclarecimento aos profissionais de saúde envolvidos. Seguindo essa problemática, Moura et al. (2008) apontam para o grave problema da subnotificação dos casos no contexto brasileiro, além da notificação de somente alguns tipos de maus tratos em detrimento de outros.

Outros estudos apontam o despreparo de profissionais de saúde tanto no que se refere a identificarem maus tratos e a procederem a encaminhamentos adequados, especialmente por falta de informações técnicas e científicas (Gomes, Junqueira, Silva & Junger, 2002; Pires & Miyazaki, 2005). Já Deslandes et al. (2011) citam a precária estrutura física e a carência de profissionais capacitados nos Conselhos Tutelares, cuja função é primordial para o manejo desses casos. Também Habigzang, Azevedo, Koller e Machado (2006) vão nessa direção, ao verificar a falta de comunicação entre os diferentes serviços da rede de proteção, assim como a dificuldade de uma intervenção efetiva junto aos casos de suspeita.

O estudo de Luna, Ferreira e Vieira (2010) buscou investigar o conhecimento de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) de Fortaleza (Ceará) acerca do ECA. Os resultados indicaram que os médicos e enfermeiros mostraram maior conhecimento que os dentistas. Já com relação às fichas de notificação, os enfermeiros foram os que mais afirmaram conhecer a mesma. A maioria dos profissionais (62,2%) também afirmou ter medo do envolvimento legal que a notificação acarreta.

Em outro trabalho, junto a fonoaudiólogos do Rio de Janeiro (RJ), os resultados apontaram que 24,1% dos participantes declararam ter atendido ao menos um caso no qual a criança ou adolescente foi vítima de maus tratos. Além disso, os autores apontaram como aspectos importantes o temor de sofrer represálias caso notificassem o caso, fazendo com que encaminhassem a outros profissionais, em vez de diretamente ao conselho tutelar. Por fim, ressaltaram o fato de o profissional trabalhar em consultório ou clínica particular como acarretando maiores dificuldades em lidar com casos de maus tratos (Noguchi, Assis & Santos, 2004).

Em um estudo com 97 pediatras, Pires et al. (2005) relatam que o medo desses profissionais de envolver-se legalmente, bem como a pouca confiança nas entidades de proteção à criança, aliados à falta de conhecimento e ao trabalho exclusivo no setor privado, estavam associados à não notificação de casos. Também Brino e Williams (2003), em uma investigação junto a professores, concluíram que os profissionais não possuíam informações suficientes para identificar e lidar com a situação de abuso sexual infantil.

Segundo Gonçalves e Ferreira (2002), os profissionais brasileiros temem os transtornos legais decorrentes do processo de notificação. Os autores ainda apontam que, no Brasil, a decisão acerca da notificação acaba não sendo pautada pela legislação, e sim pela particularidade de cada caso, sendo “influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços, na sua maioria insuficientes” (p.317).

Ainda dentro da temática, Moreira (2012) enfatiza a importância do agente comunitário, uma vez que este é o que tem maior conhecimento sobre o cotidiano das famílias e da comunidade, sendo seu saber constantemente acionado pelas equipes de saúde da família. Também os serviços de saúde foram apontados como locais com um papel importante, uma vez que seriam propícios à revelação dos casos de violência (Moura & Reichnheim, 2005). Nessa direção, Neves, Castro, Hayeck e Cury (2010) destacam a pouca visibilidade dessas situações de violência, uma vez que geralmente são cometidas por pessoas próximas e de confiança da criança ou adolescente.

Deste modo, a não notificação parece ocorrer tanto através da dificuldade na identificação dos sinais de alerta quanto na dificuldade da notificação em si, seja por desconhecimento, receio ou incredulidade no aparato estatal de proteção. Assim, destaca-se a importância de conhecer os sinais de alerta, estes que são "indicadores de uma probabilidade acrescida de ocorrência de maus tratos e implicam a necessidade de uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protetora" (Direção Geral de Saúde, 2011, p.14). Indicadores esses que podem ser divididos entre fatores de risco e fatores de proteção.

Indicadores sociais, fatores de risco e fatores de proteção

Indicadores Sociais são entendidos enquanto ferramentas de pesquisa e intervenção cujo objetivo último visa “a predição (as mais prováveis entre as possíveis variações) e a antecipação (as mais importantes entre as possíveis variações)” (Casas, 1989, p.21). Estes, por sua vez, são categorias epistêmicas que nos permitem aproximarmos de realidades complexas que, entretanto, não são diretamente mensuráveis (Casas, 1989). Também podem ser entendidos enquanto “uma variável, característica ou atributo de Estrutura, Processo ou Resultado que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar significado ao que se quer avaliar” (Tanaka & Melo, 2001, p.19), comumente representados por uma variável numérica, uma relação entre mais de um evento ou a qualidade de um evento.

Para Jannuzzi (2002), indicadores sociais são medidas geralmente quantitativas utilizadas para “substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas)” (p.55), que informam acerca de algum aspecto da realidade social. Estes são, para o autor, o elo entre os modelos teóricos e a evidência empírica dos fenômenos observados. Ben-Arieh e Frønes (2011) acrescentam que são ferramentas analíticas que fazem a ponte entre modelos conceituais e a realidade empírica, não sendo somente índices estatísticos que mapeiam tendências empíricas.

Frizzo e Sarriera (2006) situam os indicadores enquanto “um instrumento de medição usado para indicar mudanças na realidade social que nos interessa” (p.98). Não existiriam indicadores *a priori*, uma vez que seria necessário definir a realidade a qual se pretende medir. Já Casas (1989) questiona se indicadores podem ser considerados uma medida quantitativa da realidade ou se é qualquer forma de evidência que permita algum tipo de avaliação. Vieytes (2004) vai nessa mesma direção, alegando que – embora existam medidas com maior utilidade que outras – a “realidade” em si não seria passível de ser apreendida diretamente.

Além do conceito de Indicadores Sociais, é importante atentar aos conceitos de Risco e de Fatores de Risco, cuja origem provém de estudos epidemiológicos. Schenker e Minayo (2005), através deste viés, situam Risco enquanto “situações reais ou potenciais que produzem efeitos adversos e configuram algum tipo de exposição” (p.708). Já Fatores de Risco são denominados enquanto variáveis ou conjunto de variáveis que aumentam a probabilidade da ocorrência de um evento considerado negativo ou indesejável (Casas, 1998). No que se refere à temática dos maus tratos, podem ser entendidos enquanto as condições da criança, família ou entorno, que podem contribuir para o aumento de uma situação prejudicial (Montserrat et al., 2010). Nessa direção, Zweig, Phillips e Lindberg (2002) consideram que tais variáveis podem ser características tanto individuais quanto ambientais.

Nos últimos anos, a literatura científica tem apontado para o caráter multifacetário dos fatores de risco para a prevalência de maus tratos contra crianças e adolescentes (Algood, Hong, Gourdine & Williams, 2011). Em uma investigação acerca dos fatores de risco e de proteção em crianças vítimas de abuso sexual, destacaram-se – relacionados à proteção – a saída da vítima do contexto abusivo, a revelação da violência, vínculo positivo com a mãe e com outros familiares, e a rede de apoio social. Entre os fatores de risco, foram ressaltados a falta de fiscalização quanto ao afastamento do agressor, rede de apoio pouca efetiva, negação da violência, abuso de álcool e drogas, dependência financeira em relação ao agressor e outras formas de violência (Habigzang et al., 2006).

O trabalho de Antoni, Barone e Koller (2007), por sua vez, divide os indicadores de risco em quatro âmbitos: 1) papéis familiares, como maternidade ou paternidade na adolescência, sobrecarga de papéis, adolescência do filho; 2) patologias, como alcoolismo, depressão, ser portador de necessidades especiais, de HIV ou ser usuário de drogas ilícitas; 3) práticas disciplinares ineficazes, como falta de limites dos filhos, práticas divergentes entre os pais e crença na punição física como educação; e 4) comportamentos agressivos, como violência conjugal ou transgeracional, relações agressivas e conflitos com a lei. Entre os fatores de proteção estariam: 1) rede de apoio, como rede de serviços, rede de apoio social e religiosidade; 2) sentimentos de valorização, de uma qualidade do filho, dos estudos, da moradia ou trabalho; e 3) desejos, de que o filho melhore de vida, da segurança dos filhos e do final da violência.

Também Pires e Miyazaki (2005), em uma revisão de literatura, dividem os fatores de risco em quatro fatores : 1) associados ao agressor, como dependência de drogas, história de abuso, transtornos psiquiátricos, etc.; 2) associados à vítima, como doenças neurológicas, sexo diferente do desejado, doenças graves, etc.; 3) associados ao meio social e comunidade,

como falta de leis, desigualdade social, analfabetismo, desemprego, etc.; e 4) associados à família, como pais jovens, gravidez não desejada, famílias uniparentais, etc.

A revisão de literatura realizada por Dubowitz e Bennett (2007), por sua vez, apontou pais com depressão, famílias com parceiros violentos, vizinhança perigosa e pobreza como fatores de risco para a incidência de maus tratos em crianças deficientes. Em relação aos fatores de proteção, relacionou avós protetivos, acessibilidade a cuidados mentais e de saúde, além do reconhecimento do problema por parte dos pais.

Software “Apoyo a la Gestión del Riesgo en la Infancia y la Adolescencia (MSGR)”

Trabalhos visando sistematizar observações, e buscando objetivar tomadas de decisões acerca de maus tratos contra crianças e adolescentes estão sendo elaborados em diversos países. Na Holanda, por exemplo, foi implementada uma metodologia denominada ORBA, que objetiva tornar o processo de decisão mais sistemático, transparente, uniforme e eficiente (Kwaadsteinet, Bartelink, Witteman, Berge & Yperen, 2013). Esta metodologia passou a ser utilizada desde 2005 no país, em centros que lidam e investigam casos de maus tratos e negligência.

Dentro dessas propostas de maior sistematização, cada vez mais tem sido utilizados *softwares* enquanto ferramentas de auxílio em tomadas de decisão e identificação para diversos tipos de casos. Nos Estados Unidos, DiLillo et al. (2010) desenvolveram um *software* de autorrelato, a fim de medir a história de maus tratos contra criança, intitulado *Computer Assisted Maltreatment Inventory (CAMI)*. Além dos diversos tipos de maus tratos (abuso sexual, abuso físico, exposição à violência interparental, abuso psicológico e negligência), a ferramenta atenta também para severidade e frequência dos mesmos.

No Brasil, o uso de *softwares* também tem sido ampliado em diversos campos de atuação, desde a identificação de fraudes em concursos públicos (utilizados pela Polícia) até simuladores de rostos de crianças desaparecidas, que buscam estimar como seria sua aparência após anos. Já mais conhecidos são os “detectores de plágio”, que buscam identificar cópias em produções acadêmicas e científicas. Outros instrumentos também estão sendo testados em âmbitos de pesquisa, como ferramentas de apoio a portadores de necessidades especiais (Bispo Filho, Silva, Martinelli, Beloto & Gavião, 2011). No campo da Psicologia, há trabalhos utilizando ambientes virtuais para o tratamento de fobias urbanas (Wauke, Carvalho & Costa, 2005) e aviofobias (Medeiros et al., 2008).

Prado (2005), em um artigo de revisão bibliográfica, pontua o momento de profunda transformação social advinda devido ao espaço cada vez maior dado aos computadores e à informática na vida e no trabalho. Em sua revisão, cita a existência no Brasil de testes

psicológicos informatizados, além de *softwares* para auxiliar na correção de testes convencionais. Seu estudo também constatou a carência de conhecimentos e produtos informatizados na área da psicologia clínica.

O *software* MSGR foi desenvolvido em uma parceria entre a Secretaria da Infância da Catalunha e o *Institut de Recerca sobre Calidad de Vida (IRQV)*, da *Universidad de Girona (UdG)* (Montserrat et al., 2010), a partir da *Ley 14/2010 de los derechos y las oportunidades en la infancia y adolescencia* (2010). Esta lei contempla todas as crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos e destinatários de políticas públicas, além de preconizar a elaboração de programas de informação e sensibilização da população tanto em relação à promoção do bem-estar quanto a protegê-los frente a situações de risco. Com o auxílio de profissionais de diversas áreas, o *software* passou por um processo de validação interna, realizada por membros da *Dirección General de Atención a la Infancia e la Adolescencia (DGAIA)*, e do *Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida (IRQV)*, e um processo de validação externa, com o auxílio de profissionais usuários do sistema (de Educação, Saúde, Polícia e Serviços Sociais) e com um grupo de especialistas, formado por acadêmicos que trabalham diretamente com serviços de proteção infantil.

Os autores do *software* propõem que este “pretende ser uma ferramenta para a detecção, a prevenção e a comunicação das situações de risco ou de maus tratos intrafamiliares de meninos, meninas e adolescentes” (p.6). Assim, busca orientar o usuário ante situações observáveis (que podem ser indicadores de risco social ou de maus tratos intrafamiliares), auxiliando a decidir sobre o nível de intervenção necessário para o caso. Na primeira parte da simulação, o profissional deve selecionar um dos âmbitos de atuação possíveis: Educação, Saúde, Serviços Sociais, Serviços Policiais, ou Todos os Âmbitos. Além disso, deve selecionar a idade e o sexo da criança ou adolescente. Assim, o *software* faz um filtro dos indicadores mais passíveis de observação dentro de cada contexto profissional e de cada idade. As perguntas localizam-se em cinco grandes blocos, sendo os três primeiros relativos à criança ou adolescente, e os dois últimos a seus pais (ou cuidadores) e seu contexto:

- A – Aspecto físico e situação pessoal do menino ou menina;
- B – Área emocional e comportamental do menino ou menina;
- C – Desenvolvimento e aprendizagem do menino ou menina;
- D – Relação dos progenitores/cuidadores com o menino ou menina;
- E – Contexto social, familiar e pessoal do menino ou menina;

Além de responder às perguntas indicando a presença ou não das possíveis condições, o profissional deve indicar o grau de gravidade para cada conjunto de observações, podendo ser classificado como Leve, Moderado ou Grave. Por fim, são respondidas questões referentes ao grau de preocupação dos progenitores acerca das observações marcadas pelo profissional. Após responder as questões, o simulador executa um cálculo algorítmico a partir das observações marcadas, que resulta na “Avaliação Global dos Maus Tratos”, através de uma simbologia como um semáforo: Cor verde, quando não apresenta riscos; Cor amarela, quando há elementos de vulnerabilidade, mas as informações apontadas não indicam existência de maus tratos; Cor laranja, indicando uma situação com moderado risco; Cor vermelha, indicando situação de alto risco; e Sem cor, indicando que o sistema não dispõe de dados suficientes para avaliar o risco de desproteção do caso em questão. Além das cores avaliando o risco dos maus tratos, o *software* apresenta um texto associado a cada cor, no qual detalha o risco associado e uma proposta de intervenção para o caso.

Para a realização desta avaliação é necessário que sejam marcados ao menos dois tipos de observações. Para efetuar a avaliação final, o *software* considera também os indicadores de risco (que aumentam a gravidade dos maus tratos) e indicadores de proteção (que diminuem a gravidade dos maus tratos), através de uma árvore de decisão. A Árvore de Decisão A será utilizada quando as observações indicarem uma situação grave; a B, uma situação moderada; e a C, uma situação leve. No contexto espanhol, os serviços correspondentes a cada gravidade são a *Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia* (DGAIA), para casos graves e urgentes, a *Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia* (EAIA) para casos moderados e *Servicios Sociales Básicos* (SSB) para casos leves. Nas figuras 1, 2 e 3 são apresentados os modelos relativos às árvores de decisão.

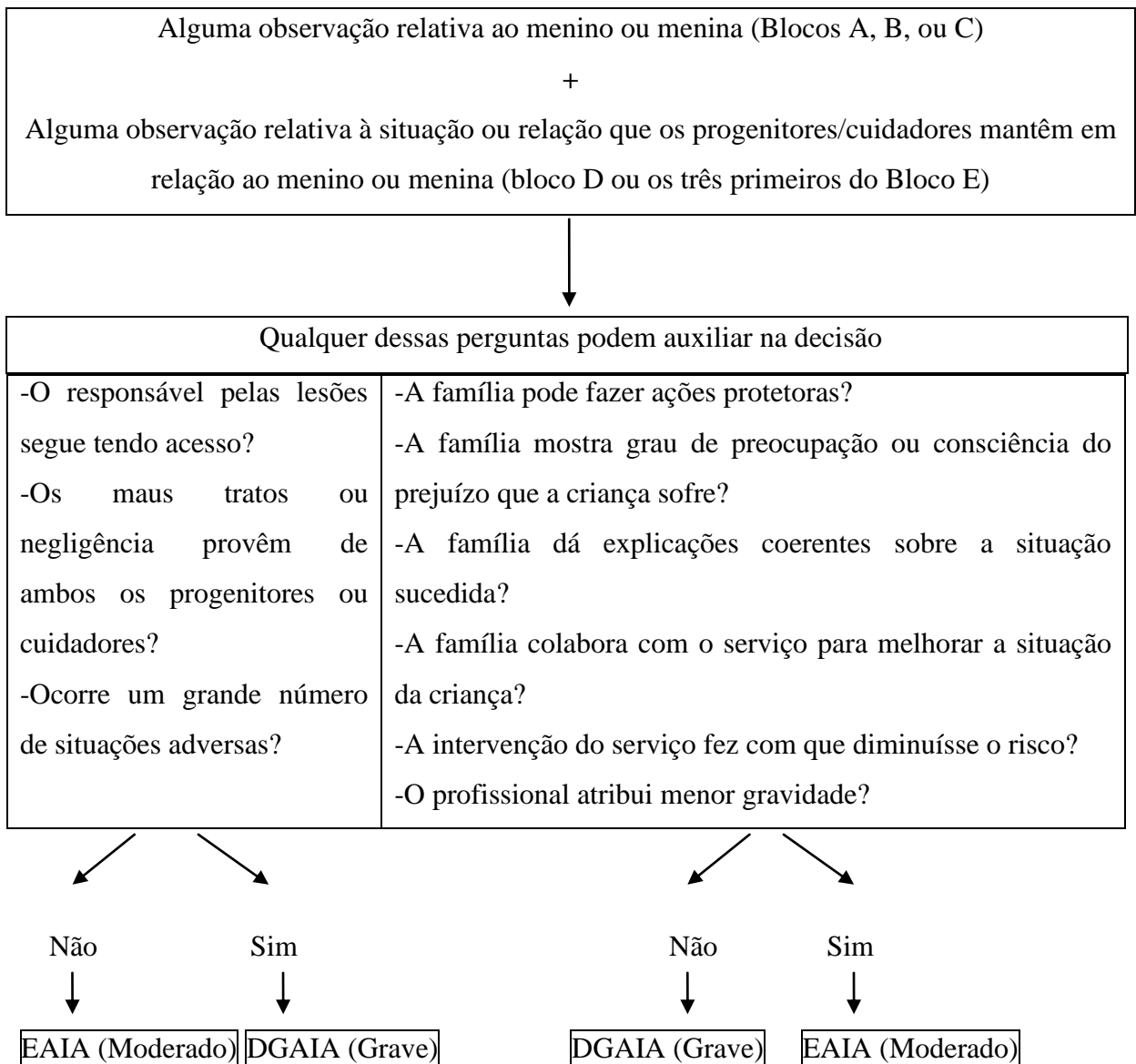


Figura 1. Árvore de decisão A, referente a observações graves.

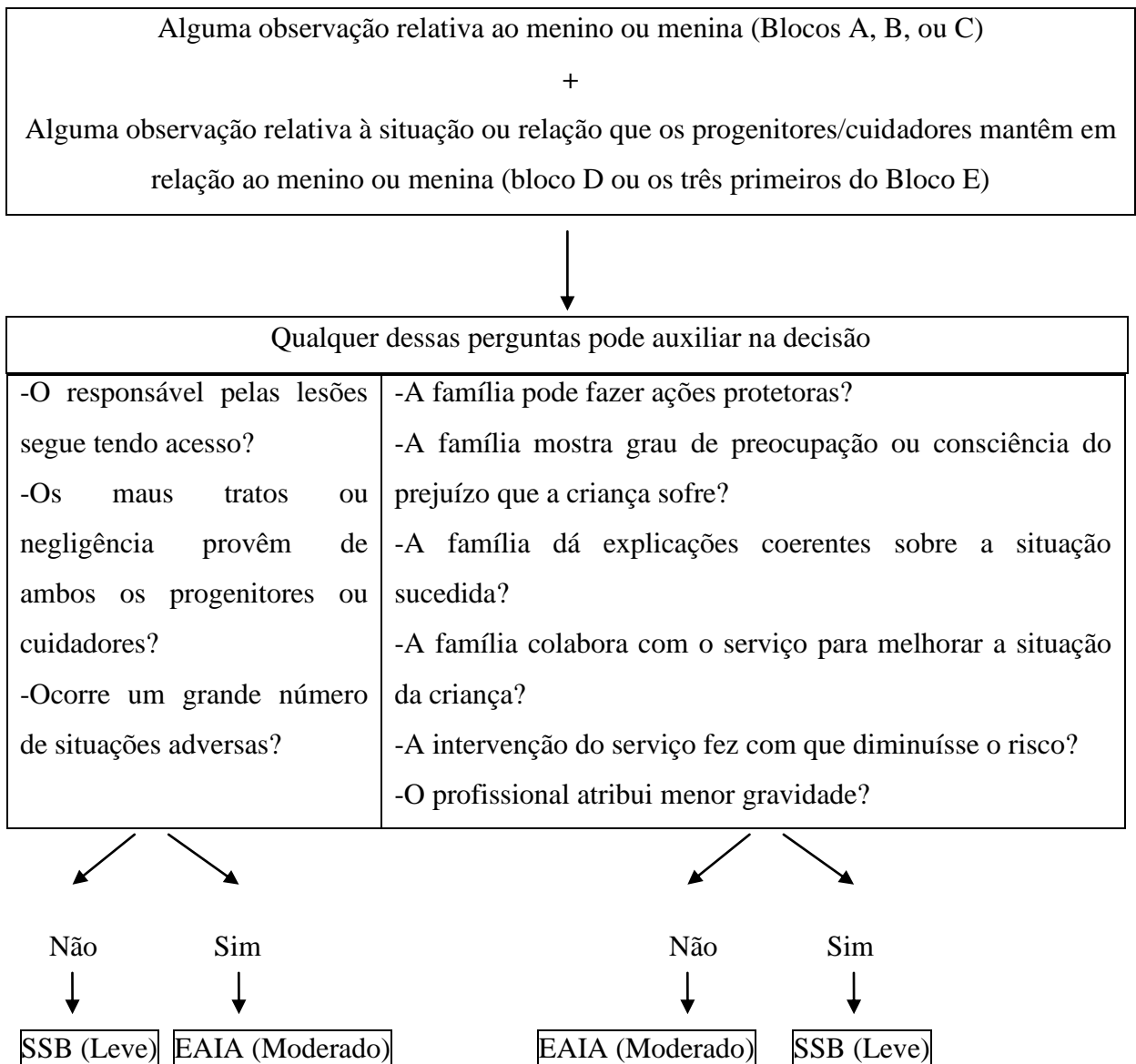


Figura 2. Árvore de decisão B, referente a observações moderadas.

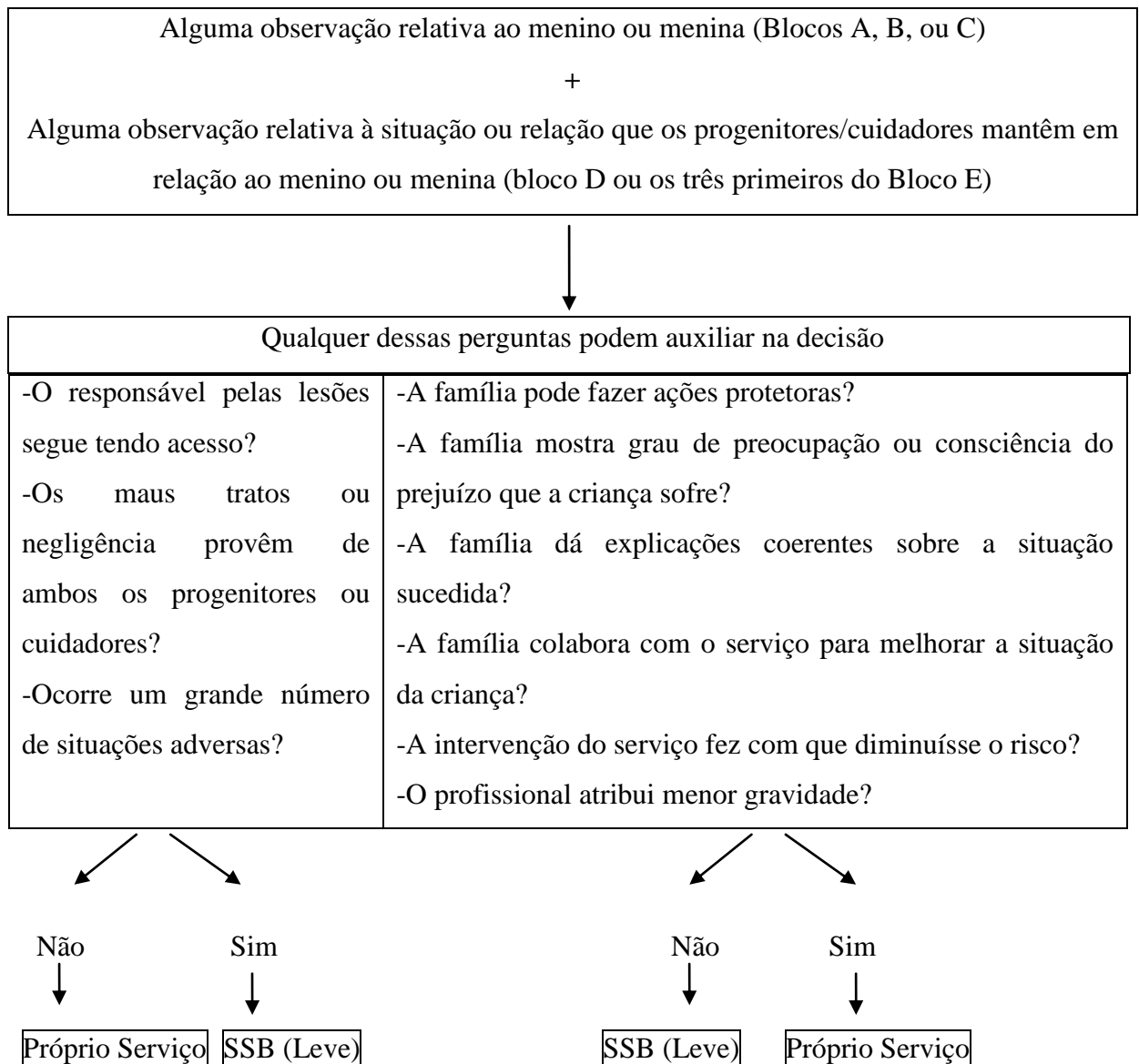


Figura 3. Árvore de decisão C, referente a observações leves.

Embora o *software* preconize auxiliar profissionais na identificação de situações de maus tratos, Montserrat et al. (2010) esclarecem que este opera enquanto uma ferramenta de apoio. Ou seja, os autores explicitam que este não busca substituir a decisão adotada pelo profissional ou equipe interdisciplinar responsável, “respeitando os canais existentes no trabalho em rede dos serviços implicados na atenção à infância e os protocolos territoriais estabelecidos” (p.6).

Justificativa e objetivos gerais da pesquisa

A partir da revisão de literatura internacional realizada, pode-se afirmar o impacto negativo dos maus tratos na vida de crianças e adolescentes em diversos âmbitos de seu desenvolvimento. A literatura científica nacional, por sua vez, apresenta percentuais elevados dessas práticas no cenário brasileiro, além de apontar o desconhecimento e a falta de capacitação de profissionais que poderiam estar envolvidos no processo de identificação e notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes (Brino & Williams, 2003; Gomes et al., 2002; Gonçalves & Ferreira, 2002; Pires & Miyazaki, 2005). Tais fatores acarretam – além da desproteção imediata dessa população – em uma estimativa que pesquisas e dados oficiais não sejam correspondentes verossímeis da frequência dessas práticas. Isso faz com que, embora a determinações legais contidas no ECA, a subnotificação de casos de violência seja uma realidade no Brasil (Gonçalves & Ferreira, 2002).

Por sua vez, a adaptação do *software* MSGR para o contexto brasileiro pode auxiliar tanto no que se refere a dificuldades na identificação e notificação acerca de maus tratos já existentes quanto para a prevenção de potenciais novos casos, atentando para os possíveis indicadores de vulnerabilidade. Assim sendo, 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.

A primeira etapa do estudo tem como objetivo geral adaptar o conteúdo do *software* *Módulo de Apoyo a La Gestión Del Riesgo Social en La Infancia y la Adolescencia* (MSGR) para o contexto brasileiro. Para esta etapa, os objetivos específicos são: 1) Traduzir as questões do *software* (MSGR) do Espanhol para o Português brasileiro; 2) Fazer a validação por juízes, retirando, acrescentando ou modificando os itens conforme necessário; e 3) Discutir as questões de discordância entre juízes e tipos de encaminhamentos conforme o risco.

A segunda etapa do estudo consiste em aplicações piloto da versão já traduzida e adaptada do *software* “*Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia*” (MSGR) para profissionais que representem o público alvo do *software*. Esta etapa tem por objetivo geral obter evidências de validade semântica do *software* (MSGR) para o contexto brasileiro. Os objetivos específicos são: 1) Verificar o grau de compreensão do conteúdo das questões do *software* pelos potenciais usuários do mesmo; 2) Identificar a percepção dos usuários acerca do manejo do *software* e suas dificuldades; e 3) Avaliar se o

software conseguiu responder às necessidades do usuário em termos de avaliação e encaminhamentos.

CAPÍTULO II

ESTUDO 1

Tradução e Adaptação do *Software Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia*

O *software Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia* (MSGR) foi desenvolvido em parceria entre a Secretaria da Infância da Catalunha e o Institut de Recerca sobre Calidad de Vida (IRQV), da Universidad de Girona (UdG) (Montserrat et al., 2010). O *software* é composto por um total de 358 questões, divididas em cinco blocos (Anexo A). Cada questão possui um intervalo de idades correspondente, além de um valor de gravidade associado. Também há um filtro relativo ao campo profissional em questão, sendo que as questões são selecionadas a fim de que possam ser observadas nos diversos contextos de atuação profissional.

A primeira parte do estudo apresenta a tradução do *software*, já que este foi criado e desenvolvido na Espanha, (portanto, em língua espanhola). Uma vez que, além do idioma, também existem diferenças culturais e legais entre o contexto espanhol e o brasileiro, coube analisar se as questões daquele contexto também poderiam ser úteis para a realidade brasileira, com o auxílio de juízes especialistas na temática e de profissionais – com conhecimento e experiência na área de maus tratos e violência contra crianças e adolescentes brasileiros.

MÉTODO

Fase I: Tradução dos itens do *software Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia* (MSGR)

As questões do *software* foram traduzidas através da técnica *backtranslation*. Foram seguidas as seguintes etapas: a) as questões foram traduzidas para o português brasileiro por dois tradutores independentes; b) as versões foram comparadas e a partir delas formulada uma versão única; c) essa versão foi encaminhada para outro tradutor bilíngue para uma tradução reversa (*backtranslation*). A escala original foi comparada com a versão resultante da tradução reversa, a fim de que pudessem ser comparadas e de que cada item mantivesse seu sentido original.

Fase II: Adaptação dos itens do *software Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia (MSGR)*

Uma vez realizada a tradução dos itens para o português, foi realizada a adaptação do conteúdo do *software* MSGR para o contexto brasileiro. A seguir, são apresentados os participantes, os instrumentos e os procedimentos de coleta, de análise de dados e éticos desta fase do estudo.

Participantes

Para a etapa de Validação por Juízes, foram convidados cinco especialistas (*experts*) que estudam e possuem experiência com a temática de maus tratos e violência contra crianças e adolescentes. Deu-se preferência para especialidades variadas, nas quais foram contemplados cinco diferentes âmbitos de atuação: Pediatria, Promotoria, Psicologia, Psiquiatria e Serviço Social. Destes, três eram do sexo masculino e dois eram do sexo feminino. Todos os juízes possuíam ampla experiência com o campo dos maus tratos, seja em termos de pesquisa, seja em termos de qualificações e experiência no trabalho com a temática.

Um dos juízes, formado em Serviço Social, possui pós-graduação em Prevenção de Violência Doméstica e coordena o setor de Serviço Social de um hospital. Outro, formado em Medicina e com especialização em Pediatria, possui ampla experiência no atendimento a crianças vítimas de violência. O terceiro é formado em Medicina, com especialização em Psiquiatria, além de mestrado e doutorado na área de maus tratos. O quarto juiz é formado em Direito, possui mestrado e trabalha como Promotor de Justiça. O quinto tem formação em Psicologia, além de Mestrado e Doutorado com a temática de abuso sexual. A escolha dos juízes deu-se por conveniência, através de contatos telefônicos, via internet e pessoalmente.

Para a participação no grupo de discussão, foram convidados cinco profissionais que trabalham diretamente com o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de maus tratos e de violência pelo Sistema Único de Saúde na cidade de Porto Alegre. Também para o grupo deu-se preferência para especialidades variadas, nas quais foram contempladas quatro diferentes áreas de atuação: Enfermagem, Pediatria, Psicologia (dois participantes) e Serviço Social. Todos os participantes do grupo de discussão possuíam pós-graduação relacionada à violência contra crianças e adolescentes, além de ampla experiência no atendimento dessa população. Por motivos pessoais, um dos participantes convidados (representante da Enfermagem) não pôde participar dos grupos de discussão, sendo os grupos realizados com quatro participantes. Os demais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos

Software MSGR

O *software* foi concebido como uma ferramenta que supõe a participação dos diferentes usuários do sistema, passando por dois processos de validação. O primeiro processo dividiu-se em quatro etapas: 1) Vertente Tecnológica, para a qual foram realizados provas a fim de avaliar o funcionamento correto do *software*; 2) Vertente da Usabilidade, semelhante à anterior, porém mais voltada à avaliação da facilidade e aprendizagem de seu uso; 3) Vertente do Conteúdo, na qual se buscou avaliar a compreensão da linguagem utilizada; e 4) Vertente Ecológica, voltada à avaliação de sua eficácia e eficiência frente a situações de risco reais.

Validação por Juízes

Foi utilizada a técnica de validação por juízes (Vieytes, 2004), a fim de averiguar a coerência dos itens traduzidos do espanhol em relação ao contexto brasileiro, através de três avaliações: 1) relevância de cada item; 2) clareza e precisão; e 3) possíveis aspectos não considerados. Também foram avaliados os subgrupos de itens quanto a sua gravidade (risco alto, risco moderado ou risco leve).

Grupo de Discussão

Foi utilizada a técnica do Grupo de Discussão para debater os itens e sub-blocos que não tiveram consenso no processo de validação. Através dessa técnica, pensa-se o grupo enquanto uma equipe de trabalho artificial, com o foco em uma tarefa, no qual é instaurado um espaço de opinião grupal (Canales & Peinado, 1994).

Procedimentos

Para o processo de validação por juízes, os participantes foram contatados por conveniência. Durante o contato inicial, foi feito um breve *rapport* explicando os objetivos da pesquisa e o funcionamento do *software*. Os juízes foram orientados a avaliar os itens da escala em relação a sua compreensão das palavras ali descritas, assim como sua adequação para o contexto brasileiro. Cada juiz analisou os itens individualmente quanto à idade correspondente e clareza da escrita, além da necessidade ou não da permanência do item em questão. Estes também foram orientados a analisarem os sub-blocos quanto a sua gravidade de risco (grave, moderado ou leve). As perguntas que basearam as avaliações estão descritas abaixo:

Para a avaliação de cada item individualmente (A1-1, A1-2, A1-3, ...), foi perguntado aos juízes: 1) “Você considera clara a forma da escrita (língua portuguesa, termos técnicos) deste item?”; 2) “Você considera adequado o intervalo de idade proposto para este item?”; e 3) “Outras sugestões”.

Para a avaliação dos sub-blocos (A1, A2, A3, ...), foi perguntado: 1) “Você considera adequada a Gravidade estipulada para esse bloco de observações (Leve, Moderado ou Grave)?”; 2) “Você acha necessário o acréscimo de alguma observação (que você acredita não estar sendo contemplada) para esse bloco de observações?”; 3) “Você acha necessária a retirada de alguma observação (que você acredita não ser necessária) para esse bloco de observações?”; e 4) “Outras sugestões”.

Os participantes do grupo de discussão foram contatados em uma instituição de serviços públicos que presta atendimento a situações de violência em Porto Alegre. Assim como para os juízes, foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e, aos que concordaram participar, foi solicitado o preenchimento de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E). Os grupos de discussão foram realizados em dois encontros presenciais. O primeiro encontro durou cerca de duas horas e quinze minutos. O segundo encontro, por sua vez, teve duração de cerca de 45 minutos. Os próprios profissionais optaram pela maior duração do primeiro encontro, uma vez que consideraram difícil encontrar horários disponíveis em comum para participarem dos grupos. Nos grupos de discussão, foi solicitado aos profissionais que debatessem os itens e sub-blocos que tiveram divergências no processo de avaliação por juízes (concordância menor que 80%), a fim de buscar um consenso acerca dos mesmos. Também foi objetivo desse momento da pesquisa decidir quais as descrições mais adequadas para cada índice de gravidade de maus tratos (Grave, Moderado e Leve), assim como os tipos de orientações mais adequadas para os profissionais que se depararem com os diferentes níveis de gravidade.

Análise dos dados

Para a análise por juízes, foram agrupados os cinco blocos de folhas contendo todos os itens e as sugestões de mudanças em uma tabela única. Os itens e sub-blocos foram analisados individualmente, através do Cálculo Porcentagens de Concordância, representado pela fórmula “(número de concordâncias/número total) * 100” (Alexandre & Coluci, 2011).

Para os grupos de discussão, foi realizada uma análise descritiva acerca das decisões em relação aos itens e sub-blocos que obtiveram menos de 80% de concordância entre os juízes, e das avaliações para cada índice de gravidade. Além disso, foi realizada uma análise

de conteúdo temática (Bardin, 1977) das discussões que tangeram as avaliações dos itens e das gravidades finais.

Procedimentos éticos

Foram respeitadas em todas as fases da pesquisa os procedimentos éticos, conforme os Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos, estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Seguindo essa normativa, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando objetivo da pesquisa e solicitando sua autorização. Os TCLE foram entregues aos participantes, que assinaram concordando com a participação no trabalho. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, e está inscrito na Plataforma Brasil através do número 14696513.7.0000.5334.

RESULTADOS

Análise dos itens

Para a Análise por Juízes, os itens e subgrupos foram analisados através da técnica de porcentagens de concordância entre juízes (Alexandre & Coluci, 2011). As avaliações dos juízes foram agrupadas em uma tabela única, sendo que os itens que não tiveram solicitação de mudanças (100% de concordância), ou que tiveram apenas solicitação de mudança de apenas um dos cinco juízes (80% de concordância), foram considerados imediatamente válidos.

Os itens que não apresentaram concordância mínima foram discutidos no grupo de discussão com profissionais que atendem casos de maus tratos contra crianças e adolescentes. Esses itens, assim como as sugestões dos juízes e as resoluções definidas para eles estão listadas abaixo, através da seguinte ordem: Nome do Item ou do Sub-bloco, Gravidade, e Intervalo de Idade Correspondente (somente para os itens). Após, são descritas as sugestões/críticas dos juízes e, em seguida, as decisões do grupo de discussão acerca de cada um dos itens ou sub-blocos. Para alguns dos itens, serão apresentadas falas dos profissionais do grupo de discussão, a fim de melhor ilustrar as decisões tomadas pelo grupo.

Bloco A – Aspecto físico e situação pessoal do/a menino/a

A2 – A alimentação do menino ou menina é descuidada ou insuficiente (Leve)

Sugestão dos Juízes: Diminuir o limite máximo de idade; Gravidade ser considerada “Moderada”.

Decisão do Grupo: No grupo de discussão, optou-se por diminuir as idades máximas para 12 anos (alguns itens apresentavam idade máxima de até 17 anos). Para o grupo, este seria um aspecto mais preocupante na infância que na adolescência, já que os adolescentes teriam maior facilidade em encontrar alimentação alternativa. Também concordaram que o sub-bloco fosse de gravidade “Moderada”, uma vez que alimentação seria um direito primário.

A3 – O menino ou menina mostra cansaço habitual (Leve)

Sugestão dos Juízes: Mudança para “Cansaço ou Fadiga”; Acrescentar um item “Não tem energia para brincar/jogar”.

Decisão do Grupo: No grupo de discussão, optou-se por acrescentar a palavra “fadiga”, uma vez que fadiga representaria um cansaço pós-esforço físico, ampliando a cobertura do item. Ressaltaram também a importância de manter a palavra “habitual”, que realçaria a repetição do fenômeno. Quanto à solicitação referente ao acréscimo do item “Não tem energia para brincar/jogar”, optou-se por fazê-lo, já que agregaria um indicador a mais.

“É um dado que tem alguma coisa errada (...) que tem um funcionamento errado”.
(Pediatra)

A4.2 – Está constantemente doente (Moderado, 1 a 17)

Sugestão dos Juízes: Incluir idades menores que 1 ano.

Decisão do Grupo: O grupo de discussão concordou com a sugestão dos juízes, uma vez que a faixa etária menor que um ano também deveria ser contemplada.

“A questão de ser o primeiro bebê de uma família, a dificuldade de manejo, de saber como cuidar. Nesse ‘zero a um’ aparece muita coisa”. (Psicóloga 2)

A5 – O menino ou menina é receptor de violência física (Grave)

Sugestão dos Juízes: Diminuir limite de idade; Substituir por “Receptor ou vítima”; No geral esse item deve ser revisto, se o *software* é para não médicos. Talvez incluir um glossário fosse o caso.

Decisão do Grupo: O grupo optou por substituir a palavra “receptor” por “vítima”, considerando esse termo mais adequado. Também sugeriu utilizar terminologias mais simples para todos os termos técnicos específicos da medicina.

“Mais simples, claro. Porque isso aqui é amplo. Vai ser um site, não vai botar ali ‘efusão subconjuntival’. Tem que botar ‘hemorragia no olho’”. (Pediatra)

A5.1 – Apresenta feridas ou roçaduras (Grave, 0 a 17)

Sugestão dos Juízes: Substituir por “lesões”; Roçaduras? Não seriam “machucados”?; “Assaduras”, em vez de Roçaduras.

Decisão do Grupo: O grupo de discussão considerou mais propícia a utilização do termo “lesões ou machucados”, em vez de “feridas ou roçaduras”. Em relação a “assaduras”, considerou um indicador muito precário.

A5.15 – Manifesta ou assinala com gestos que os progenitores são os causadores das lesões (Grave, 1 a 17)

Sugestão dos Juízes: Comportamento, em vez de gestos; Especificar, está vago, instiga falso positivo.

Decisão do Grupo: O grupo de discussão também considerou a pergunta muito ambígua e sugeriu substituí-la por “Chora, resiste ou agita-se na presença do(s) cuidador(es)”.

A6.4 – É uma menina ou adolescente grávida, especialmente se nega identificar o pai (Grave, 12 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idade para 10 a 17; em vez de “especialmente”, “e/ou”.

Decisão do Grupo: O grupo de discussão achou pertinente a diminuição da idade. Porém, optou por não limitar a idade mínima em 10 anos, como exemplificado em uma das falas.

“Quem sabe, bota ‘até 17 (anos)’, conforme foi a menarca da guria. Senão, se teve menarca com 9 e engravidou com 9, daí ela tá fora”. (Pediatra)

Além disso, sugeriu-se substituir “identificar o pai” por “identificar a paternidade”, o que deixaria o item mais claro.

A7 – O menino ou menina sofreu, no passado, maus tratos (Leve)

Sugestão dos Juízes: Acrescentar item referente à negligência e abandono; Inverter a ordem da frase (“No passado, sofreu”); Aqui é complicado pela distinção das situações, melhor seria dizer Sim ou Não para maus tratos e tentar definir com base nos critérios do código penal.

Decisão do Grupo: O grupo de discussão considerou a frase ambígua, sugerindo a mudança de todos os itens do sub-bloco (A7.1, A7.2 e A7.3) para “É sabido que, no passado, sofreu...”.

Embora não tenha sido solicitado pelos juízes, o grupo de discussão também recomendou que esse o sub-bloco fosse considerado de gravidade “Moderada”, uma vez que tais antecedentes (abuso sexual, agressões físicas e maus tratos pré-natais) indicariam um ambiente de risco para a criança ou adolescente. Conforme solicitado por um dos juízes, o grupo considerou importante acrescentar o item referente à negligência e abandono, que ficou “É sabido que sofreu, no passado, negligência ou abandono”.

A7.1 – Sofreu algum tipo de abuso sexual (Leve, 1 a 17)

Sugestão dos Juízes: Incluir idades menores que um ano.

Decisão do Grupo: No grupo de discussão, optou-se por diminuir a idade mínima para zero. Não haveria, portanto, necessidade de tal separação.

“O tipo de abuso da criança de zero é o mesmo da de um, que é manipulação de genital, língua, etc.”. (Pediatria)

Por fazer parte do sub-bloco A7, a gravidade foi substituída de “Leve” para “Moderada”.

“A7.2 – Sofreu, no passado, agressões físicas (Leve, 1 a 17)”

Sugestão dos Juízes: Incluir idades menores que um ano.

Decisão do Grupo: Assim como para o item A7.1, optou-se por diminuir a idade mínima para zero.

“Nenê que chora e é jogado na parede com dois meses, é zero”. (Pediatria)

Por fazer parte do sub-bloco A7, a gravidade foi substituída de “Leve” para “Moderada”.

A7.3– Sofreu, no passado, maus tratos pré-natais (Leve, 1 a 17)

Sugestão dos Juízes: Incluir idades menores que um ano.

Decisão do Grupo: Assim como para os itens anteriores deste sub-bloco, o grupo achou coerente a diminuição da idade mínima. Por fazer parte do sub-bloco A7, a gravidade foi substituída de “Leve” para “Moderada”.

A8 – O menino ou menina apresenta sintomas compatíveis com haver sofrido ou estar em risco de sofrer uma mutilação genital feminina (Grave)

Sugestão dos Juízes: Diminuir idades; Não faz sentido “Menino” aqui. Qual a base de se manter uma pergunta assim?

Decisão do Grupo: O grupo de discussão optou pela exclusão desse sub-bloco de questões, já que esta não seria uma problemática do contexto brasileiro.

“Nunca uma professora vai pensar em mutilação genital, a não ser que chegue sangrando, ela vai achar que é abuso, e não mutilação”. (Pediatra)

A8.1 – Sofreu mutilação genital feminina (Grave, 0 a 17)

Sugestão dos Juízes: Excluir item

Decisão do Grupo: Por fazer parte do sub-bloco A8 (e o grupo ter sugerido sua exclusão), esse item foi removido automaticamente.

A8.2 – Há indícios de haver sofrido mutilação: vem triste de viagem a seu país, não quer falar (Grave, 0 a 17)

Sugestão dos Juízes: Excluir item

Decisão do Grupo: Assim como o item A8.1, por fazer parte do sub-bloco A8 (e o grupo ter sugerido sua exclusão), esse item foi removido automaticamente.

A8.3 – Há indícios que fazem pensar que pode estar em risco de sofrer mutilação genital feminina (Grave, 0 a 17)

Sugestão dos Juízes: Excluir item

Decisão do Grupo: Assim como os itens A8.1 e A8.2, por fazer parte do sub-bloco A8 (e o grupo ter sugerido sua exclusão), esse item foi removido automaticamente.

A9-4 – Tem observado que negligenciam o menino ou menina (Moderado, 0 a 3)

Sugestão dos Juízes: Qual o conceito de negligência que a pessoa vai usar? ; “Deixam de prover os cuidados/necessidades básicos”; Aumentar idade

Decisão do Grupo: Considerou-se a sugestão de um dos juízes mais adequada que o item original. Assim, substituiu-se o item original por “Tem observado que deixam de prover os cuidados/necessidades básicos”. Além disso, o grupo de discussão achou propício o aumento do intervalo de idade para até 10 anos.

A10-6 – Não tem nenhuma referência familiar no país (Grave, 0 a 17)

Sugestão dos Juízes: Excluir; Será que se aplica?

Decisão do Grupo: Embora tenha considerado um fenômeno raro no contexto brasileiro, o grupo de discussão optou pela manutenção do item, podendo ser uma informação relevante frente a uma suspeita de maus tratos.

Bloco B – Área emocional e comportamental do menino ou menina

B1.2 – Manifesta uma conduta agressiva ante a presença da polícia (Leve, 6 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idades para 5 a 17; “Polícia/autoridades”; “Conselho Tutelar”.

Decisão do Grupo: O grupo achou importante acrescentar “Conselho Tutelar”, substituindo o item original por “Manifesta uma conduta agressiva ante a presença da polícia e/ou Conselho Tutelar”. Assim como para todos os outros itens do sub-bloco B1, optou-se por dividir as gravidades em “Leve”, para até 11 anos, e “Moderada”, para idades entre 12 e 17 anos.

“Essa pergunta, se eu pensar numa criança de seis anos, pode ser uma coisa. Se eu pensar num adolescente de 12, 15, 16, pode ser outra completamente diferente”. (Psicóloga 2)

B1.3 – Apresenta uma conduta física agressiva contra terceiros (Leve, 6 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idades para 5 a 17; Idades para 3 a 17.

Decisão do Grupo: Assim como para os outros itens do sub-bloco B1, optou-se por dividir as gravidades em “Leve”, para até 11 anos, e “Moderada”, para idades entre 12 e 17 anos.

B1.4 – Apresenta uma conduta verbal agressiva contra terceiros (Leve, 6 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idades para 5 a 17; Idades para 3 a 17.

Decisão do Grupo: Assim como para os outros itens do sub-bloco B1, optou-se por dividir as gravidades em “Leve”, para até 11 anos, e “Moderada”, para idades entre 12 e 17 anos.

B1.5 – Apresenta uma conduta destrutiva com objetos (Leve, 6 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idades para 5 a 17; Idades para 3 a 17.

Decisão do Grupo: Assim como para os outros itens do sub-bloco B1, optou-se por dividir as gravidades em “Leve”, para até 11 anos, e “Moderada”, para idades entre 12 e 17 anos.

B1.6 – Relaciona-se com um grupo de amigos conflitivos (Leve, 6 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idades para 5 a 17. Conflitivos? Não está claro; O que seria isso?

Decisão do Grupo: Assim como para os outros itens do sub-bloco B1, optou-se por dividir as gravidades em “Leve”, para até 11 anos, e “Moderada”, para idades entre 12 e 17 anos.

B1.8 – Comete atos de vandalismo, racismo ou xenofobia (Leve, 10 a 17)

Sugestão dos Juízes: Remover Xenofobia; *Bullying*, Homofobia, Misoginia? São mais comuns em nosso meio; Será que é útil explicar?

Decisão do Grupo: O grupo optou por excluir “Xenofobia”, uma vez que não seria um problema em nossa cultura. Entretanto, achou importante os acréscimos de “*Bullying*” e “Homofobia”. Assim como para os outros itens do sub-bloco B1, optou-se por dividir as gravidades em “Leve”, para até 11 anos, e “Moderada”, para idades entre 12 e 17 anos.

B2 – Condutas de risco contra si mesmo (Moderado)

Sugestão dos Juízes: Gravidade Grave

Decisão do Grupo: O grupo considerou adequada a mudança de “Moderado” para “Grave” nesse sub-bloco.

“Grave, já era a proposta deles (dos juízes). Também acho que tem que mudar”. (Pediatria)

B3.1 – Consome álcool (Moderado, 6 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idades de 9 a 17; Idades de 5 a 17

Decisão do Grupo: O grupo considerou que o item deveria ser considerado “Grave” para crianças (seis a 11 anos) e “Moderado” para adolescentes (12 a 17 anos), como exemplificado na fala:

“Eu acho que esse aqui dava para dividir em dois e inverter. Porque, assim, se é menos de 12 é grave, e se é mais de 12 até pode ser moderado”. (Psicóloga 1)

B3.2 – Consome outras drogas (Moderado, 6 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idades de 9 a 17; Idades de 5 a 17

Decisão do Grupo: O grupo considerou a idade de seis a 17 anos adequada. Entretanto, sugeriu a modificação da gravidade de “Moderado” para “Grave” para todas as idades. Também sugeriu acrescentar a palavra “ilícitas”, para melhor diferenciar o item.

B3.3 – Consome outras substâncias entorpecentes (Moderado, 6 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idades de 9 a 17; Idades de 5 a 17; Incluiria uma questão específica para a maconha.

Decisão do Grupo: o grupo de discussão considerou a idade de seis a 17 anos mais adequada. Também sugeriu a mudança do item para “Consome medicação controlada sem prescrição médica”. Os profissionais, entretanto, não consideraram adequada a inclusão de uma questão específica para a maconha, já que esta se encaixaria na nova versão do item B3-2 (“Consome outras drogas ilícitas”).

B3.4 – Consome Tabaco (Moderado, 6 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idades de 9 a 17; Idades de 5 a 17

Decisão do Grupo: O grupo considerou que o consumo de tabaco seria de gravidade “Moderada” para as idades entre 6 e 11 anos, e “Leve” para idades entre 12 e 17 anos.

B3.5 – Observam-se estados que sugerem que tenha consumido (olhos avermelhados, odor de álcool, euforia (Moderado, 6 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idades de 9 a 17; Idades de 5 a 17

Decisão do Grupo: Assim como para o consumo de álcool, o grupo considerou que o item deveria ser considerado “Grave” para as idades entre 6 e 11 anos, e “Moderado” para idades entre 12 e 17 anos.

B4.8 – Mostra sentimentos de culpabilidade da situação vivida (Leve, 4 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idades de 6 a 17; Que situação?; Simplificar

Decisão do Grupo: O grupo optou pela exclusão do item, uma vez que este estaria muito confuso e ambíguo.

“Eu tiraria isso aqui. Isso aqui ta muito confuso, eu não entendo o contexto de medo, ter culpa de ter medo? Até porque esse item não tem a ver com violência. Ele tem a ver com como é que a criança ou adolescente reage a uma situação”. (Pediatra)

B4.9 – Manifesta que não lhe deixam entrar em casa ou que foi expulso ou que quer ingressar em um centro (Leve, 0 a 17)

Sugestão dos Juízes: Menos idade; Quer ingressar em um centro?

Decisão do Grupo: O grupo considerou mais adequada a utilização de “abrigo”, em vez de “centro”, assim como o aumento da idade mínima para seis anos. Embora não tenha sido considerada uma questão para os juízes, o grupo de discussão solicitou a mudança da gravidade de “Leve” para “Grave”.

“Grave, não deixa entrar em casa. (...) Ou quero ir pro abrigo, não quero ficar ali”.
(Pediatria)

B8.3 – Manifesta, de forma recorrente, ter medo de uma gravidez ou da AIDS (Moderado, 6 a 17)

Sugestão dos Juízes: Mudar definição para DST; Idades de 9 a 17; Manifesta medo recorrente
Decisão do Grupo: O grupo considerou mais adequada a mudança do termo para “DST/AIDS”, e achou adequado o aumento da idade mínima para 9 anos de idade. Quanto à mudança no modo da frase ser escrita, sugeriu manter o formato original, uma vez que a manifestação, e não o medo, deveria ser recorrente.

Bloco C – Desenvolvimento e aprendizagem do menino ou menina

C1.4 – Apresenta dificuldades de aprendizagem (Leve, 3 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idade de 4 a 17, Aumentar idade

Decisão do Grupo: O grupo optou pelo mantimento da idade, já que a idade original também abrangeria o público das creches.

C1.5 – Apresenta mudanças repentinas em seu rendimento escolar (Leve, 3 a 17)

Sugestão dos Juízes: Idade de 4 a 17, Aumentar idade

Decisão do Grupo: Assim como para o item anterior, optou-se pela manutenção da idade. Entretanto, sugeriu-se que – por ser uma mudança repentina – fosse um item considerado de gravidade “Moderada”, em vez de “Leve”.

Bloco D – Relação dos progenitores/cuidadores com o menino ou menina

D1.9 São conhecedores da situação de maus tratos que sofre e não o protegem (Moderado, 0 a 17)

Sugestão dos Juízes: De situação de maus tratos; Gravidade grave

Decisão do Grupo: Considerou-se esse item grave, devido à omissão por parte dos cuidadores. Também foi aceita a mudança de “da situação de maus tratos” para “de situação de maus tratos”.

“O fato de não proteger torna grave”. (Pediatria)

D1.10 São conhecedores da situação de abuso sexual que sofre e não o protegem (Moderado, 0 a 17)

Sugestão dos Juízes: “De situação de abuso”; Gravidade grave.

Decisão do Grupo: Assim como o item D1.9, este foi considerado grave pelo grupo de discussão, devido à omissão por parte dos cuidadores. Do mesmo modo, foi aceita a mudança de “da situação de abuso” para “de situação de abuso”.

D2 – O seguimento e controle da saúde do menino ou menina não parece o adequado (Moderado)

Sugestão dos Juízes: Acrescentar item “Fogem dos locais de atendimento de saúde”; Você está se baseando em um sistema de saúde que dá conta de responder isso. Mas a realidade não é nem de perto isso. 90% nunca fizeram avaliação oftalmológica, não vão ao pediatra regularmente, quando muito ser encaminhados ao especialista. Acho que isso funcione na Espanha, talvez. Aqui no Brasil esse tipo de pressuposição não é realística ou será apenas para classes A e B.

Decisão do Grupo: Quanto à inclusão do novo item, o grupo não considerou necessário, uma vez que estaria contemplado em outros itens do sub-bloco. O grupo também considerou importante manter o item da forma que está, mesmo com a ressalva feita por um dos juízes.

“Mas eu acho que não é o caso, eu acho que, se tem muito essa cultura de culpar o sistema de saúde, mas existem pediatras nos postos...”. (Psicóloga 2)

D4 – Os progenitores ou cuidadores isolam o menino ou menina do entorno social (Moderado)

Sugestão dos Juízes: Gravidade leve; Acrescentar item “Limitam contato com recursos de lazer”.

Decisão do Grupo: O grupo considerou que o sub-bloco deveria permanecer com a gravidade “Moderada”, justificada em uma das falas:

“Isolamento social, né. Famílias incestuosas normalmente ficam fechadinhas”. (Assistente Social)

O grupo concordou quanto ao acréscimo do novo item, relativo ao contato com recursos de lazer.

D10.8 Induzem ao menino ou menina o consumo de tóxicos (maconha, álcool) (Moderado, 7 a 17)

Sugestão dos Juízes: Gravidade grave

Decisão do Grupo: O grupo achou propícia a sugestão dos juízes, também considerando “Grave” o item.

“Induzir é grave, nada de moderado”. (Pediatra)

Bloco E – Contexto social, familiar e pessoal do/a menino/a

E10.3 – Habitam uma zona com concentração de população em situação de dificuldade social (Leve, 0 a 17)

Sugestão dos Juízes: “Situação de Vulnerabilidade”

Decisão do Grupo: O grupo de discussão achou propícia a Sugestão dos Juízes, já que seriam conceitos diferentes, considerando a mudança adequada.

“Dificuldade todo mundo tem, vulnerabilidade não”. (Assistente Social)

Além dos sub-blocos e itens analisados, o grupo sugeriu a alteração das nomenclaturas “menino ou menina” por “criança e adolescente”, já que os últimos englobariam ambos os sexos e melhor contemplariam essa população, amparado também no âmbito legal do ECA. Também foi sugerida a mudança das terminologias oriundas da tradução direta “Centros de Acolhida” e “Centros” para “Abrigos”.

Segue a tabela com os termos médicos simplificados, baseados no site Dicionário Médico (<http://www.dicionariomedico.com>).

Tabela 1. Tabela de Termos Médicos Simplificados

Item	Frase Original	Frase Modificada
A5.7	Apresenta plagiocefalia / alopecia localizada	Apresenta distorções no formato do crânio ou ausência de cabelo localizada
A5.8	Apresenta derrames oculares	Apresenta derrames no olho
A5.9	Apresenta hemorragias retinianas	Apresenta hemorragias no olho
A6.7	Apresenta eritema e/ou edema na zona vulvar ou anal	Apresenta vermelhidão e/ou inchaço na zona da vagina ou do ânus
A6.10	Apresenta alterações da membrana himenal	Apresenta alterações na membrana do hímen
B6.7	Apresenta transtornos de alimentação (vômitos, diarreias, anorexia de lactante)	Apresenta transtornos de alimentação (vômitos, diarreias, falta de apetite constante)
C3.1	Apresenta problemas de enurese, com relativa frequência	Apresenta problemas no controle da urina, com relativa frequência
C3.2	Apresenta problemas de encoprese, com relativa frequência	Apresenta problemas no controle das fezes, com relativa frequência

Foram realizadas, no total, 25 mudanças quanto ao uso de palavras – excluindo as substituições de “menino ou menina” por “criança ou adolescente”, para as quais houve alterações em 77 itens. Ocorreram também 18 mudanças de intervalos de idade, e 24 mudanças na gravidade estipulada. Além disso, um sub-bloco contendo três itens, além de outros dois itens isolados foram excluídos. Por fim, foram acrescentados dois novos itens. A versão final, com os itens modificados, encontra-se no Anexo A.

Encaminhamentos segundo a gravidade

A segunda parte da tarefa do grupo de discussão foi a elaboração da mensagem final do *software*, contendo o risco detectado (Leve, Moderado ou Grave) e a ação recomendada para cada um deles. Seguem abaixo as categorias obtidas a partir do debate do grupo de discussão sobre as diferentes gravidades.

1. Serviços

Essa categoria refere-se ao funcionamento dos diversos serviços que compõem a rede de proteção à criança e ao adolescente no Brasil, nos diferentes níveis de complexidade, e que poderiam ser acionados concomitantemente ao Conselho Tutelar. Os serviços apontados como importantes foram o Disque 100, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o Ministério Público (MP) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

“O CREAS e o CRAS vão fazer um monitoramento, vão fazer o acompanhamento dos casos”. (Psicóloga 2)

“CREAS já entra na rede especializada. Daí é CRAS e Conselho que fazem as ações primeiras”. (Assistente Social)

“O CRAS é todas as ações preventivas. É a comunidade básica de saúde, né. Vai trabalhar a prevenção como um todo”. (Assistente Social)

“Ministério Público tem plantão. Se a pessoa ligar pro Ministério Público, o número do Ministério Público, ele vai triar o caso e vai encaminhar (...) porque é um órgão de justiça, e vai querer ter um a mais pra poder acompanhar”. (Assistente Social)

2. Diferenças entre as Gravidades

Essa categoria refere-se aos diferentes procedimentos a serem tomados para os diferentes níveis de gravidade apontados pelo *software*. Essa categoria foi dividida em quatro subcategorias, três referentes às diferentes gravidades, e uma para todas as gravidades.

2.1. Todas as gravidades

Tendo por base as diretrizes do ECA (1990), o grupo de discussão considerou que, para todas as gravidades, seria necessário que o Conselho Tutelar tivesse conhecimento da suspeita, em detrimento de acionar ou não outros serviços da rede de proteção. Além disso, considerou importante ressaltar ao usuário do *software* a importância da denúncia e de, após a realização dessa, seguir acompanhando o caso junto à rede de proteção.

“Na verdade, para nós, todos os riscos têm que ir para o Conselho [Tutelar]. A gente encaminha todos para o Conselho monitorar”. (Pediatra)

“Pra qualquer dos casos, a notificação ao conselho, ela é exigida. (...) A primeira coisa. Porque, inclusive uma suspeita, deve se notificar o conselho”. (Psicóloga 2)

“O problema é que [o profissional] não quer se envolver”. (Assistente Social)

“Nas ações recomendadas é repetir isso, dizendo que há a necessidade do acompanhamento compartilhado do caso”. (Psicóloga 2)

“Já é conjunto, né. Não é fazer [a denúncia] e cair fora”. (Pediatra)

2.2. Leve

Para os casos cuja avaliação foi considerada Leve, o grupo de discussão optou pela possibilidade de denúncia por duas vias, diretamente junto ao Conselho Tutelar ou, anonimamente, através do serviço Disque 100. Além disso, considerou importante o acionamento de outros serviços para o trabalho em rede, como a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

“O CRAS, com certeza, e o Conselho Tutelar também. (...) Estratégia de saúde da Família também”. (Assistente Social)

“Tu tá chegando no pedaço, já botar o CREAS, sem ter uma confirmação maior, eu acho que o pessoal é muito pouco, o CRAS tá ali no meio da comunidade (...) e daí vai se inserindo e vai coletando as coisas”. (Assistente Social)

“Estratégia da Saúde da Família também (...) como tá em todos os territórios do Rio Grande do Sul”. (Assistente Social)

2.3. Moderado

Assim como para os casos considerados de gravidade Leve, o grupo de discussão considerou importante a possibilidade de denúncia por duas vias, diretamente junto ao Conselho Tutelar ou, anonimamente, através do serviço Disque 100. Além disso, sugeriu o acréscimo do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), com possibilidade de encaminhamento para o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS). Também considerou necessário o acréscimo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), caso haja interesse por maiores informações.

“Para Moderado é CRAS...”. (Assistente Social)

“Conselho Tutelar e CRAS, para encaminhar pro CREAS”. (Pediatra)

“Acho que o que tu pode colocar é o SUAS, né. Maiores informações”. (Psicóloga 2)

2.4. Grave

Diferentemente dos casos leves e moderados, o grupo optou pela retirada da opção pela denúncia através do serviço Disque 100 para os casos de gravidade Grave. Entretanto, considerou importante o acionamento, concomitantemente ao Conselho Tutelar, da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude, para que também tenha conhecimento do caso e possa investigar em conjunto. Além disso, considerou-se importante ressaltar o caráter imediato da denúncia.

“O grave, claro, com certeza é Conselho (Tutelar), mas talvez tenha que ser o MP [Ministério Público] junto”. (Assistente Social)

“E tem mais uma coisa, Risco Grave, não deveria ter o 0800 [Disque 100] (...) que leva muito tempo para chegar. O disque 100, até chegar lá, é um mês. Se tem uma situação grave, a criança já morreu. Vamos supor, ou o dano já está instaurado. Acho que serviria pro moderado ou leve o 0800, agora não pro grave”. (Assistente Social)

“O grave, os outros podem esperar, o moderado e o leve pode esperar o próximo dia útil para pensar no que vai fazer”. (Pediatra)

3. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

O grupo de discussão considerou importante também o acréscimo do Artigo 13 do ECA (1990), na íntegra, que trata da obrigatoriedade da denúncia mesmo em casos de suspeita. Além disso, optou por acrescentar uma explicação subsequente ao Artigo, explicitando a superioridade do ECA em relação aos Códigos de Ética de cada profissão e legitimando, dessa forma, a quebra de sigilo em casos de suspeita de maus tratos contra crianças e adolescentes. Seguem abaixo algumas falas que exemplificam tais decisões.

“Procure o Conselho Tutelar’, e não é nem Ministério Público num primeiro momento, é o Conselho Tutelar. O que tá dado pelo ECA é o Conselho Tutelar, e a gente tem que referendar isso”. (Psicóloga 2)

“Quando romper o sigilo, né. Quando tá em risco a integridade física e emocional”. (Assistente Social)

“O ECA é uma lei federal, ela se sobrepõe às leis dos conselhos dos códigos de ética (...). É uma lei nacional, ela é superior ao código de ética, então os profissionais não podem alegar isso como medida para não falar.” (Psicóloga 2)

“Muita gente se debate e diz ‘Mas eu não posso...pode’. Ta justificado e, pelo contrário: Se não fizer é que vai ter punição. Porque, bom, é uma lei que se sobrepõe”.
(Psicóloga 2)

A partir do debate acerca das gravidades, construiu-se um modelo de orientação ao usuário do *software* para cada índice de gravidade. Nas figuras quatro, cinco e seis são apresentadas as avaliações do *software* referente às diferentes gravidades de maus tratos, com as mudanças sugeridas pelo grupo de discussão baseadas na tradução do modelo original.

Risco Detectado e Ação Recomendada

GRAVE

A criança ou adolescente pode estar em uma situação de risco grave de maus tratos, na qual pode estar em risco sua integridade física, mental e/ou emocional.

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 ou o adolescente.

Você deve acionar também a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de sua cidade, a fim de que esta também possa investigar o caso junto com o Conselho Tutelar.

***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.

Figura 4. Orientação ao usuário frente a uma situação grave de maus tratos

Risco Detectado e Ação Recomendada

MODERADO

A criança ou adolescente pode se encontrar em um estado de risco moderado de maus tratos. Situações de risco podem ser mais ou menos delicadas, dependendo da presença de outros fatores que aumentam o risco ou, pelo contrário, o diminuem.

De acordo com o Artigo 13* do Estatuto da Criança e do Adolescente, você deve notificar o Conselho Tutelar de sua região, para que este tenha conhecimento do caso e avalie a ação mais apropriada para proteger a criança ou adolescente. 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 e, se necessário, encaminhará aos serviços especializados correspondentes (Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS). Para maiores informações desses serviços, consultar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

***Artigo13**

“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.

Figura 5. Orientação ao usuário frente a uma situação moderada de maus tratos

Risco Detectado e Ação Recomendada

LEVE

A criança ou adolescente 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 ou adolescente. 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.

Figura 6. Orientação ao Usuário frente a uma situação Leve de Maus Tratos

DISCUSSÃO

Os resultados da primeira etapa do estudo levantam algumas questões. As considerações apontadas pelos juízes foram consideradas bastante adequadas e importantes para o processo de adaptação. Tal apontamento se faz importante porque, durante a tarefa de avaliação, cada juiz teve que analisar individualmente 290 itens, dispostos em 50 sub-blocos temáticos, totalizando 340 questões. Embora bastante extensa, acredita-se as sugestões apontadas durante essa tarefa, aliadas ao posterior debate pelo grupo de discussão, foram bastante pertinentes em termos de possibilitar uma real adaptação do conteúdo do *software* para o contexto brasileiro.

Entretanto, parece importante o questionamento acerca da possibilidade de ter havido fadiga dos participantes, devido ao grande número de itens do *software* a serem avaliados no processo de validação por juízes, e à semelhança entre diversos itens. Esse questionamento vai ao encontro da literatura, que sugere que a tarefa de responder a diversas questões similares repetidamente estaria relacionada à fadiga e ao tédio dos participantes (Robins, Hendin e Trzesniewski, 2001). Pensa-se na possibilidade da ocorrência de tal fenômeno devido à diminuição no número de discordâncias e comentários no decorrer da lista de itens, especialmente nos dois últimos sub-blocos de questões e seus respectivos itens, D (Relação dos progenitores/cuidadores com o menino ou menina) e E (Contexto social, familiar e pessoal do menino ou menina).

Outra consequência que o grande número de itens a serem avaliados pode ter gerado é a de que, diversas vezes, ocorreu a discordância quanto à adequação de um item somente para um dos cinco juízes. Caso houvesse um menor número de itens a serem avaliados, poderiam também serem levados ao debate no grupo de discussão itens com discordância de apenas um dos juízes. Por sua vez, a possibilidade de uma análise mais aprofundada e detalhada pôde ser feita durante os grupos de discussão. Uma vez que havia menos questões a serem analisadas, pensa-se que os participantes desta etapa da investigação tiveram mais tempo disponível para análise, debate e conclusões acerca dos itens propostos.

A partir dos resultados do grupo de discussão, cabe ressaltar alguns aspectos acerca das falas de seus participantes. Dentre as sugestões propostas, destaca-se a atribuição de diferentes gravidades entre as idades relativas à infância (até 12 anos) e à adolescência (entre 12 e 17 anos) para determinados itens. Foi sugerido, portanto, que tais itens não deveriam apresentar gravidades equivalentes nas diferentes faixas etárias. Para o uso de tabaco e álcool, por exemplo, os participantes do grupo de discussão consideraram mais adequada uma maior apreciação de gravidade para crianças (até 11 anos) que para a população adolescente (12 a 17 anos). Por sua vez, aspectos referentes a condutas agressivas e/ou antissociais também tiveram distinção entre as faixas etárias, embora, neste caso, a apreciação de gravidade tenha sido considerada maior para adolescentes que para crianças. O primeiro aspecto, relativo ao uso de substâncias, trata de uma questão de saúde, pressupondo uma necessidade de maior cuidado junto à infância. Justifica-se uma maior precaução para esta população uma vez que o uso de substâncias pode gerar implicações mais sérias e determinantes em seu desenvolvimento, quando comparado ao uso das mesmas substâncias por adultos ou até mesmo adolescentes (Bezerra, 2004). Por sua vez, o segundo aspecto atenta para a questão da responsabilização. Segundo o ECA, adolescentes já passam a responder por atos considerados infracionais através do cumprimento de medidas socioeducativas, tais como a aplicação de

advertências, reparação de dano, prestação de serviços, inserção em regime de semiliberdade, entre outros (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).

Tal possibilidade de diferentes avaliações para as faixas etárias relativas à infância e à adolescência não existiam na versão original do *software*, podendo esta mudança auxiliar no sentido de prover uma avaliação de risco mais acurada quanto às diferentes idades. Marca-se também, dessa forma, a substituição das terminologias “Menino ou menina” (traduzidos do Espanhol) para “Criança ou Adolescente”, considerados mais adequados ao nosso contexto e que estariam em consonância com a legislação brasileira. Para o Artigo 2^a do ECA, “considera-se criança, para os efeitos dessa Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).

Cabe também destacar as diferenças quanto aos encaminhamentos nos contextos espanhol e brasileiro. Enquanto na Espanha os casos poderiam ser notificados quanto à gravidade em três diferentes tipos de serviços (DGAIA para casos graves, EAIA para casos moderados e SSB para casos leves), no Brasil todas as notificações devem passar pelo Conselho Tutelar (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990). Desse modo, optou-se – para todas as gravidades – pela possibilidade de acionamento de outros serviços, de forma concomitante e complementar à notificação ao Conselho Tutelar.

Para os casos leves, deu-se a possibilidade de denúncia através do serviço Disque 100, além de iniciar um trabalho conjunto com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Disque 100 é um serviço vinculado ao Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, que funciona 24 horas por dia, inclusive em domingos e feriados. A ligação é gratuita e pode ser anônima, sendo as denúncias recebidas, analisadas e encaminhadas aos órgãos de proteção, especialmente o Conselho Tutelar (Secretaria de Direitos Humanos, s.d.). Já o CRAS é a principal entrada no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sendo a responsável pela organização de serviços de proteção social básica em áreas de vulnerabilidade e risco social. Seu principal serviço é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), o qual objetiva fortalecer a função protetiva das famílias (Ministério da Saúde, s.d. a). Por sua vez, a ESF – vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) – é formada por equipes multiprofissionais, visando reorganizar a atenção básica no país. É entendida enquanto uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, cujo objetivo final é “ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades” (Ministério da Saúde, 2012, p.54).

Junto aos casos moderados, optou-se – além do Conselho Tutelar – pelo serviço Disque 100 e pelo CRAS (já citados), com possibilidade de encaminhamento ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). O CREAS oferece serviços especializados e continuados a pessoas e famílias em situação de ameaça ou violação de seus direitos, tendo como foco a família e a situação vivenciada. Busca ser um espaço de acolhida, fortalecendo vínculos familiares e recursos para a superação da situação vivenciada (Ministério da Saúde, s.d. b). O SUAS, por sua vez, é um sistema público descentralizado, que organiza os serviços socioassistenciais no Brasil, através de um modelo de gestão participativa. Suas ações são organizadas em dois tipos de proteção: o primeiro, de caráter preventivo, oferece programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos em situação de vulnerabilidade. Já o segundo destina-se a pessoas que já se encontram em situações de risco, ou que tiveram seus direitos violados (Ministério da Saúde, s.d. c).

Já para os casos graves optou-se pela exclusão do serviço Disque 100, uma vez que, segundo o grupo de discussão, este tenderia a ser mais demorado para dar início ao processo de investigação. Por sua vez, foi acrescido o acionamento da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude, para que possa ter conhecimento do caso e atuar rapidamente – junto ao Conselho Tutelar – na resolução deste. Essa promotoria tem como função atuar na defesa judicial e extrajudicial dos direitos fundamentais (vida, saúde, alimentação, educação, lazer, cultura, liberdade, dignidade, etc.) de crianças e adolescentes, previstos na Constituição Federal e no ECA. O promotor de justiça responsável pode propor ações de destituição do poder familiar, de pedidos de guarda ou tutela, entre outros. Além disso, é o responsável a iniciativa de processos legais acerca de atos infracionais praticados por adolescentes (Ministério Público do Estado de São Paulo, s.d.).

Por fim, o Conselho Tutelar é “o órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990, Artigo 131). Cada município, portanto, deve ter no mínimo um Conselho Tutelar, composto por cinco membros escolhidos pela população por um mandato de quatro anos (Artigo 132).

Tais informações de possíveis encaminhamentos são entendidas como importantes porque, embora a legislação brasileira seja clara quanto à obrigatoriedade da notificação, oferece pouca orientação aos profissionais envolvidos (Gonçalves & Ferreira, 2002). Preconiza-se, dessa forma, a estimulação de um trabalho em rede, informando os profissionais e corresponsabilizando diversos serviços envolvidos no cuidado e na proteção dessa população.

Seguindo essa linha, faz-se importante a opção do grupo de discussão pelo acréscimo, na íntegra, do Artigo 13 do ECA junto à mensagem final, informando sobre a obrigatoriedade da notificação ao Conselho Tutelar, bem como a explicação subsequente, autorizando a quebra de sigilo profissional. Para Silva (2006), o Artigo 13 refere-se a uma exigência feita aos profissionais de determinadas áreas acerca da denúncia de ocorrências, especialmente aos da saúde e da educação. A importância do adendo, por sua vez, é respaldada pela literatura, uma vez que, ultrapassada a dificuldade em reconhecer a situação de violência, surge para diversos profissionais a dúvida acerca da possibilidade de estar quebrando o sigilo profissional (Gonçalves & Ferreira, 2002).

Embora a constituição seja clara acerca dessa obrigatoriedade, muitos profissionais desconhecem como esta é feita. Bannwart e Brino (2011), por exemplo, apontam como prática recorrente em equipes multiprofissionais a atribuição das tarefas de notificação a psicólogos e assistentes sociais. Ou seja, haveria ainda uma crença de que as notificações deveriam ser realizadas por profissões específicas, e não uma responsabilidade de qualquer cidadão.

Tais aspectos seriam dificultadores ainda presentes no que se refere a uma maior adesão à prática da notificação de suspeitas de maus tratos. Ou seja, o desconhecimento dos indicadores de risco de maus tratos, aliado à não notificação das suspeitas faz com que Day et al. (2003) situem o número de denúncias como sendo somente a “ponta do *iceberg*”. Os autores consideram, dessa forma, que os levantamentos realizados ainda são bastante precários, não refletindo a real dimensão do fenômeno. Desse modo, subestimar-se-ia a gravidade e, especialmente, a abrangência dessa forma de violência envolvendo crianças e adolescentes.

Entretanto, a não notificação também é justificada pela “ineficácia” de serviços, como foi apontado nas observações de um dos juízes acerca das práticas de revisões médicas (item D2). Embora seja recorrente o discurso acerca da ineficácia dos serviços de saúde e de proteção, a ausência de confiança na resolubilidade dos casos – aliada ao medo de envolver-se legalmente (Bannwart & Brino, 2011) – não isenta o profissional que tem a suspeita de fazer a notificação. Ou seja, não caberia ao profissional decidir sozinho se, por exemplo, a aparente negligência sofrida pela criança ou adolescente seria devido ao descaso por parte dos cuidadores ou de um sistema de saúde e/ou assistência que não consegue abarcar a demanda exigida.

Faz-se importante também ressaltar as limitações do estudo, uma vez que o *software* foi adaptado para a versão brasileira por profissionais que trabalham no contexto do estado do Rio Grande do Sul. Embora a legislação vigente seja a mesma, sabe-se que o Brasil, por sua

extensão, aliada às diferenças econômicas e culturais, apresenta uma grande diversidade cultural e social. Feitas essas observações, há a possibilidade de que talvez profissionais de outras cidades ou regiões do país avaliassem de forma diferente esses mesmos dados. Tal ressalva deve ser destacada especialmente no que se refere a situações de negligência, já que esta é mais comumente subnotificada (Marshall, 2012).

A negligência, embora considerada a mais frequente forma de maus tratos contra crianças e adolescentes (Barlett & Easterbrooks, 2012), é confundida diversas vezes devido a graves situações de vulnerabilidade social da família da criança e/ou adolescente em questão. Famílias essas que carecem de melhores políticas públicas de saúde, de educação, e assistência social, e que acabam sendo as únicas culpabilizadas pela situação. Gonçalves (2003) aponta

No Brasil, a dificuldade em diferenciar negligência e pobreza é particularmente aguda. O desamparo familiar e a privação econômica, associados ao baixo nível de informação de grande parcela da população, são características comuns num país marcado por profunda desigualdade social; são também traços usualmente relacionados ao comportamento negligente dos pais (p. 166).

Tal preocupação, também apontada durante o grupo de discussão, se faz de extrema relevância, uma vez que não há uma distinção óbvia entre o que é devido à negligência parental estrita do que se refere a uma falta de eficiência e/ou alcance de políticas públicas de assistência. Além da questão da negligência, outros trabalhos atentam para a preocupação de que tais tipos de violência estejam sendo silenciados em classes sociais mais favorecidas economicamente, que teriam mais facilidade em esconder seus comportamentos abusivos (Gallo & Williams, 2005), especialmente no que se refere a abusos sexuais, violência menos denunciada (Baptista et al., 2008). Para outros autores, as moradias nas classes mais favorecidas seriam mais isoladas e protegidas dos vizinhos, os principais denunciadores (Weber et al., 2002).

Uma preocupação deste estudo é, devido aos aspectos mencionados, de não servir como mais uma prática reprodutora de exclusão, que culpabilizaria progenitores e/ou cuidadores em situações socioeconômicas desfavorecidas por uma situação que em muitos casos eles também são vítimas. Pensa-se, assim, que os diversos serviços da rede de proteção podem atuar almejando a proteção da criança e/ou adolescente também através da facilitação do acesso destas famílias a políticas públicas de assistência. Ou seja, ressalta-se a importância de pensar na proteção da criança não necessariamente através de uma dicotomia que resulte na obrigatoriedade do afastamento desta de seus cuidadores e/ou responsáveis, considerados os únicos culpados de uma situação que é social.

A partir dessa ótica, também outros trabalhos tratam da importância de intervenções após a identificação da situação de maus tratos. Para Ungar (2013), embora ainda não seja claro qual a melhor combinação de fatores protetivos de intervenção, há relatos de que a qualidade do serviço de proteção acessado seria mais preditivo para a melhora da criança ou adolescente (como engajamento escolar e evitação de comportamentos delinquentes) que a quantidade de serviços acessados.

Pensa-se, portanto, que mais que punir um possível responsável, é importante traçar esforços em conjunto para que a criança ou o adolescente tenham o mínimo de prejuízo possível, contando com o apoio dos diversos serviços e profissionais envolvidos. Crê-se que, somente com a premissa do ECA (1990) de que “é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (Artigo 18), que se poderá fazer valer as demais diretrizes deste mesmo estatuto.

CAPÍTULO III

ESTUDO 2

Aplicação Piloto do *Software Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia*

O *software* *Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia* (MSGR) foi desenvolvido em parceria entre a Secretaria da Infância da Catalunha e o Institut de Recerca sobre Calidad de Vida (IRQV), da Universidad de Girona (UdG) (Montserrat et al., 2010). O *software* é composto por questões divididas em cinco blocos. Cada questão possui um intervalo de idades correspondentes, além de um valor de gravidade associado. Também há um filtro relativo ao campo profissional em questão, sendo que as questões são selecionadas a fim de que possam ser observadas nos diferentes contextos de atuação profissional.

Este estudo consiste em aplicações piloto da versão adaptada do *software* durante o Estudo 1. Esta etapa teve por finalidade investigar a compreensão semântica dos itens por potenciais usuários do *software*, assim como as suas opiniões acerca do manejo e utilidade deste.

Participantes

Participaram das aplicações piloto do *software* MSGR 16 adultos, selecionados por conveniência. Destes, oito eram do sexo masculino e oito eram do sexo feminino. Todos os participantes eram alfabetizados, tendo como escolaridade mínima o Ensino Médio completo. Cinco participantes possuíam também o Ensino Superior completo. Destes, três trabalhavam junto à educação e três em áreas da saúde. As idades dos participantes variaram entre 20 e 55 anos.

Instrumentos

Para esta etapa da pesquisa foi utilizada a versão traduzida e adaptada do *software* MSGR descrita no Estudo 1. A versão adaptada no Estudo 1, desenvolvida com o auxílio de um profissional da área da informática, possui 285 itens em seu total, cinco a menos que a versão original.

Procedimentos

Antes de cada aplicação piloto, foi realizada uma breve instrução acerca do projeto de dissertação, assim como do funcionamento e dos objetivos do *software*. Após, foi solicitado

que os participantes respondessem ao *software* utilizando três diferentes casos fictícios, para os quais haveria suspeita de maus tratos. Os três casos correspondiam a três diferentes faixas etárias: o primeiro era relativo a um bebê de três anos; o segundo, a uma criança de sete anos; e, o terceiro, a um adolescente de 14 anos (Anexo B).

Os participantes foram orientados a relatar ao pesquisador as dúvidas que tivessem durante a aplicação, acerca do significado de palavras e/ou frases, e do funcionamento do *software*. Todavia, estes não receberam auxílio no que se refere a dúvidas referentes à adequação da marcação do item em relação à observação apontada no caso fictício. Também foi orientado aos participantes que poderiam desistir de responder ao instrumento a qualquer momento, caso se sentissem mobilizados com a temática.

Uma vez que o *software* possui dois filtros para os itens (o primeiro, relativo à idade e, o segundo, âmbito de atuação profissional), optou-se por casos com diferentes idades, para que praticamente todos os itens pudessem ser avaliados quanto à compreensão de seu significado. Em relação ao segundo filtro, foi pedido para que os respondentes marcassem a opção “todos os âmbitos de atuação”, a fim de que não houvesse restrições no número de itens devido ao âmbito profissional do respondente. Tal opção se deu devido à possibilidade de uma pessoa que não se enquadre em um dos quatro âmbitos de atuação (ensino, saúde, polícia ou serviços sociais) também poder responder ao *software*, considerando-se, assim, importante o entendimento dos itens também pela população geral.

Análise dos dados

Para esta etapa da pesquisa, foi realizada uma análise de conteúdo temática (Bardin, 1977) das dúvidas e comentários feitos pelos participantes durante as aplicações piloto do *software*.

Procedimentos éticos

Assim como para o Estudo 1, foram respeitadas os procedimentos éticos, conforme os Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos, estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Seguindo essa normativa, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando objetivo da pesquisa e solicitando sua autorização. Os TCLE foram entregues aos participantes, que assinaram concordando com a participação no trabalho. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, e está inscrito na Plataforma Brasil através do número 14696513.7.0000.5334.

RESULTADOS

Compreensão dos Itens

Acerca da compreensão do significado das questões, pôde-se perceber que, predominantemente, os participantes não apresentaram dificuldade em compreendê-los. Quando houve dúvidas, estas tenderam a ser pontuais, com relação a algumas palavras específicas.

Dentre as dúvidas levantadas quanto ao significado das palavras, um dos participantes relatou ter dúvidas acerca do significado da palavra "cutâneas" ("A1.5 – Apresenta lesões cutâneas com vermelhidão da pele na zona da fralda"). Além disso, outro participante perguntou se "tabaco" apresentava o mesmo significado que "cigarro" ("B3.4 – Consome Tabaco"). Outro, por sua vez, perguntou o significado das palavras "autolesiona" ("B2.5 – Autolesiona-se").

Seis participantes disseram não saber o significado da palavra "esfíncteres" ("C3 – A criança ou o adolescente com frequência tem dificuldades no controle de esfíncteres"). Outros dois relataram desconhecer a palavra "tátil" ("D1.11 – Não permitem ao menino ou menina contato tátil com eles (carícias, mimos, ternura..."). Foi relatado o desconhecimento do significado da palavra "ócio" ("D5 – Os progenitores ou cuidadores despreocupam-se com as atividades escolares e de ócio da criança ou do adolescente") por outros dois dos respondentes dos estudos de caso.

Frente ao sub-bloco D13 ("Os progenitores/cuidadores podem estar maltratando fisicamente a criança ou o adolescente, ou abusando dela/e sexualmente"), um dos usuários considerou a linguagem muito ambígua. Segundo ele, a utilização da palavra "podem" legitimaria a marcação de seus itens, já que esta palavra traria para a frase um significado de possibilidade, e não de observação concreta.

Também foram apontadas dúvidas no entendimento das mensagens finais do *software*, relativas ao risco detectado e à proposta de intervenção para o caso (Figuras 4, 5 e 6). Um dos participantes, frente a uma avaliação de caso considerado de gravidade Leve, perguntou se o número "Disque100" era o telefone do Conselho Tutelar, quando, na realidade, tratam-se de serviços de proteção diferentes.

Funcionamento do *software*

Sobre o funcionamento do *software*, houve algumas dificuldades de compreensão e manejo, especialmente durante a aplicação do primeiro caso fictício. Na primeira aplicação, alguns participantes tenderam a demorar mais tempo (até 40 minutos), a não entender o funcionamento da ferramenta, e a ter mais dificuldade em encontrar os itens correspondentes

às descrições propostas nos casos fictícios. Na primeira página do *software*, na qual é solicitado o preenchimento de dados como idade e sexo, quatro usuários preencheram os campos com seus próprios dados, em vez de digitarem os dados da criança ou adolescente do caso fictício correspondente.

Embora tenha sido explicado inicialmente que deveriam ser selecionados apenas os itens referentes ao caso em questão, alguns dos participantes perguntaram se era necessário selecionar itens em todos os sub-blocos. Seguindo a mesma lógica, um dos participantes perguntou se era possível deixar um sub-bloco inteiro sem itens selecionados. Outro, por sua vez, relatou que acreditava que havia respondido errado ao *software*, uma vez que havia selecionado somente poucos itens, entre os tantos ali presentes.

Alguns itens foram identificados pelos participantes como ambíguos, fazendo com que estes não soubessem qual seria a opção mais adequada para a observação correspondente, ou se deveriam marcar ambas as opções. Um dos participantes, embora já tivesse marcado o item A4.1 (“Queixa-se frequentemente de dor (dor de estômago, dor de cabeça...)”), também considerou adequado o item A5.14 (“Apresenta dor em determinadas partes do corpo”) frente a um relato de dor de cabeça frequente.

Seguindo a mesma lógica, em algumas ocasiões o participante marcou mais de uma opção para a mesma observação, uma vez que considerou os itens redundantes. No caso fictício 1, para o qual foi relatado que, embora tivesse sido recomendado o uso de óculos, estes ainda não haviam sido providenciados por seus pais, um dos respondentes considerou coerente selecionar tanto o item D2.4 (“Não tomam cuidado com as deficiências visuais, auditivas, etc. da criança ou do adolescente”) quanto o item D2.5 (“Não seguem os tratamentos médicos e/ou higiênicos que lhes indicam”).

Além disso, foi observada uma dificuldade específica ao responder ao *software* pela primeira vez. Diversas vezes os participantes ficaram em dúvida se deveriam marcar um item semelhante à observação disponibilizada no caso, por não saberem que, após, haveria um outro item que melhor se encaixaria na descrição do mesmo. Por exemplo, frente a uma observação relativa aos pais levarem à criança remédios sem receita, um dos respondentes selecionou o item D2.5 (“Não seguem os tratamentos médicos e/ou higiênicos que lhes indicam”). Entretanto, após ler o item D3.1 (“Levam frequentemente medicamentos à escola sem justificativa médica”), considerou que este se adequava melhor à descrição do caso que o primeiro.

Outro aspecto percebido foi referente à utilização de inferências sobre alguns itens, a partir de observações acerca de outros itens. Por exemplo, frente ao caso fictício 3, um dos respondentes relatou: “Imagino que, se tem isso, então deve ter também ausência de

supervisão”, marcando também o item D6.9 (“Ocorre ausência de supervisão da criança ou do adolescente (risco de acidentes domésticos)”). Todavia, a última observação não constava no caso fictício correspondente. Também outra inferência foi levantada ao longo do preenchimento do *software*, através das falas “Se os pais deixam a criança nesse estado, é bem possível que usem drogas” (E1.2 - “Apresentam sintomas compatíveis com abuso de outras drogas (que não sejam o álcool)”).

Utilidade do *software*

Ao serem perguntados sobre a utilidade do *software* em sua vida profissional ou pessoal, três dos participantes relataram que considerava uma ferramenta importante, uma vez que encorajava o profissional envolvido com a criança a fazer a denúncia. Outro participante, além do argumento anterior, ressaltou sua importância uma vez que, segundo ele, a tendência nos serviços é de calarem-se frente a suspeitas de maus tratos. Também foi relatada uma experiência de suspeita de maus tratos contra o filho de um vizinho, e que o *software* poderia ter auxiliado naquela situação. O participante relatou não saber o que fazer diante da situação, uma vez que não tinha provas de que realmente estava ocorrendo a situação de violência.

Outros três participantes também relataram que aprenderam ao responder às questões, já que o *software* apresentou “sinais” que até então não eram considerados como de risco para eles. Dois dos participantes, por sua vez, relataram que consideravam uma ferramenta importante, já que poderia ser utilizado por qualquer pessoa.

Em relação aos serviços a serem acionados, dois respondentes relataram não conhecer o serviço Disque 100, considerando que a denúncia poderia ser feita, até então, somente junto ao Conselho Tutelar. Por sua vez, outros três participantes relataram acreditar que a denúncia ao Conselho Tutelar só deveria ser feita frente à certeza da ocorrência de maus tratos, e que consideravam importante essa nova informação (da possibilidade de notificação mesmo havendo somente a suspeita). Também foi alegado o desconhecimento do Artigo 13 do ECA, considerando importante o acréscimo dessa informação, uma vez que ampara legalmente a denúncia ao Conselho Tutelar.

DISCUSSÃO

Alguns pontos podem ser levantados a partir da aplicação piloto. Embora tenham sido levantadas poucas dúvidas quanto à compreensão das palavras e frases, faz-se pensar na variedade de público que poderá acessar o *software* quando este estiver disponível na internet. Ou seja, diferentes populações, com diferentes níveis de instrução, poderão ter acesso, sendo

o importante a compreensão dos itens para os diversos públicos potenciais usuários da ferramenta.

Além da clareza dos itens, pensa-se que a elaboração de um *rapport* escrito explicando detalhadamente as instruções, o funcionamento e a utilidade do *software* seja importante, a fim de que se possam diminuir as dúvidas mais frequentes. Isso se dá especialmente no que se refere às marcações de itens pelos participantes, que diversas vezes pautaram-se em inferências, e não a partir das observações em si. Uma vez que o *software* propõe-se a identificar situações de risco a partir de indicadores observáveis (Montserrat et al., 2010), valer-se de inferências pode fazer com que a avaliação final fique comprometida, atribuindo ao caso um risco que não corresponderia à real situação da criança ou do adolescente em questão. Entretanto, cabe ressaltar que as avaliações foram realizadas a partir de casos fictícios simples, nos quais foram descritas poucas características da criança ou adolescente e seu contexto.

Hipotetiza-se que a utilização de casos fictícios possa ter feito com que um maior número de inferências fossem feitas pelos usuários, uma vez que não permite uma maior investigação da suspeita junto à criança ou o adolescente. Talvez, frente a uma suspeita real de maus tratos, o usuário do *software* poderia valer-se mais das observações do que das induções feitas a partir destas. Entretanto, sabe-se que, tal como para um questionário, existe a impossibilidade de auxiliar o informante em relação a questões mal compreendidas (Marconi & Lakatos, 1999). De qualquer modo, parece relevante destacar em um *rapport* a importância de serem selecionados apenas os itens realmente observados, evitando inferências e juízos de valor.

Além disso, a reavaliação de itens que contenham palavras de difícil compreensão para um público leigo, significados ambíguos e/ou que propiciam falso-positivos pode fazer com que haja a diminuição de processos inferenciais por parte dos usuários. Todavia, sabe-se que, embora se trate das mesmas perguntas, não é possível assegurar que diferentes sujeitos irão respondê-las do mesmo modo (Cornejo, 1988). O mesmo autor atenta para os riscos dessa incerteza, já que a maneira do sujeito de compreender o tema da questão pode ser totalmente diferente do que se esperava com a mesma.

Outro aspecto que pode ter atrapalhado os participantes na resolução dos casos fictícios é o grande número de itens que compõem o *software*. Isso pode ter feito com que alguns usuários tivessem dificuldade em encontrar os itens correspondentes às observações, especialmente na primeira utilização. Além disso, tal aspecto pode ter gerado o fenômeno da fadiga dos participantes, devido à tarefa de responder muitas questões consecutivas (Robins et al., 2001; Marconi & Lakatos, 1999).

Embora tenha sido testada em um primeiro momento de forma piloto, cabe a continuação desse trabalho, através de um processo de validação que incluísse todos os profissionais envolvidos, nas respectivas subáreas que o *software* busca abarcar. Assim, o envolvimento de profissionais da saúde, educação, polícia e serviços sociais poderá melhorar ainda mais a usabilidade desta ferramenta, no que se refere tanto a uma maior adequação da linguagem utilizada quanto na clareza do funcionamento desta, seus propósitos, seu uso, suas funções e suas limitações.

Tal processo de validação também se faz importante para poder analisar qual o índice de precisão da ferramenta em suas análises, quanto aos diferentes riscos de maus tratos. Assim, a comparação de avaliações realizadas por profissionais especializados e por outras pessoas através do auxílio do *software* poderão precisar, com maior exatidão, a efetividade desta ferramenta. Através da comparação de diversas avaliações, poderá se ter uma estimativa melhor do quão válida é a avaliação do *software* para situações de suspeitas de maus tratos intrafamiliares contra crianças e adolescentes.

A partir dos resultados da aplicação piloto, a importância do desenvolvimento desse *software* é destacada especialmente quanto a cinco aspectos principais: o primeiro refere-se à proteção da criança ou adolescente, uma vez que permite ao profissional uma maior clareza e rapidez quanto à avaliação e a como proceder ante uma situação de possível violência ou negligência contra a criança ou o adolescente. Tal importância é dada uma vez que, apesar das exigências éticas e legais às quais os profissionais estão sujeitos, o número de notificações ainda é muito pequeno, sendo que diversas vezes a decisão do profissional fica mais atrelada ao relato da família que o da criança em si (Silva, Lunardi, Silva & Filho, 2009).

O segundo ponto refere-se ao caráter pedagógico desta ferramenta, pois se entende que o profissional, ao utilizá-la em sua prática, também se instrumentalizará melhor quanto aos indicadores de risco relativos às situações de maus tratos intrafamiliares. A importância dessa instrumentalização é ressaltada também pelo trabalho de Silva et al. (2009), que afirmam que todos os profissionais que lidam com crianças e adolescentes deveriam estar capacitados para identificar possíveis sinais de alerta.

O terceiro aspecto trata do alcance do *software*. Uma vez que o acesso à internet é cada vez maior no Brasil, com quase 105 milhões de internautas para o ano de 2013 (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística, 2013), acredita-se que a divulgação e disponibilização do *software online* permitirá seu acesso e uso por diversos profissionais de diferentes cidades e regiões, diferentemente de escalas e/ou apostilas, cujo acesso é limitado. Desse modo, pensa-se na internet enquanto espaço de interação e convergência, promovendo

a inserção de novos atores e uma maior utilização dos resultados das pesquisas científicas (Castro, 2006).

O quarto ponto trata da importância de um filtro inicial das possíveis situações de maus tratos. Assim, esta ferramenta contribui para que cheguem aos conselhos tutelares e outros sistemas de proteção cada vez mais casos em que haja indicadores confiáveis de maus tratos e, por outro lado, cada vez menos casos com suspeitas arbitrárias e/ou infundadas, permitindo assim maior abrangência e melhor funcionamento dos serviços de proteção. Acredita-se que esse filtro auxilia no sentido de poder facilitar o serviço e funcionamento dos conselhos tutelares, uma vez que ainda há nesses escassez de infraestrutura e sobrecarga de trabalho. Tais aspectos fazem com que os impactos da notificação e, conseqüentemente, da ação dos conselheiros tutelares sejam menores que o desejado, especialmente frente aos casos de menor gravidade e risco associado (Gonçalves & Ferreira, 2002).

Por fim, o quinto ponto refere-se ao encorajamento do profissional envolvido quanto à denúncia aos serviços responsáveis. Por apresentar mais uma evidência de que a criança ou adolescente possa estar em risco, acredita-se que um profissional receoso em fazer a denúncia possa encorajar-se a fazê-la. Tal importância é entendida devido à cultura brasileira, que tende a valorizar a privacidade da vida familiar e entende as intervenções que vão contra o discurso dos responsáveis enquanto intrusivas e ofensivas (Gonçalves & Ferreira, 2002). Além da questão cultural, a existente falta de confiança no aparato estatal, aliado à falta de capacitação dos profissionais, faz com que a notificação muitas vezes não seja efetivada (Silva et al., 2009).

Nessa direção, Bannwart e Brino (2011) atentam ainda para a deficitária formação profissional frente a esses aspectos, além da “reprodução de padrões culturais no não envolvimento em assuntos que seriam do âmbito familiar” (p.139). Além disso, ocorre a dificuldade do diagnóstico de maus tratos na infância, uma vez que buscam esconder – por medo ou afeto – a causa das lesões, cabendo aos profissionais de saúde uma maior atenção aos detalhes que possam induzir à confirmação de tal violência (Garbin et al., 2012).

Por outro lado, é relatado na literatura científica cada vez mais um movimento de conscientização acerca da importância da denúncia e notificação das suspeitas. O estudo de Apostólico et al. (2012), por exemplo, apresentou resultados que evidenciam um aumento constante no número de notificações entre os anos de 2004 (n=1813) e 2008 (n=3878). Ou seja, praticamente dobrou o número de notificações durante os quatro anos investigados em seu trabalho. Assim, destaca-se a importância de iniciativas voltadas à corresponsabilização da sociedade como um todo no que se refere à proteção de crianças e adolescentes brasileiros, tal qual preconizado nas diretrizes do ECA.

Por fim, embora o desenvolvimento e uso de *softwares* para apoiar o trabalho dos psicólogos ainda seja uma tradição ainda pouco frequente, “esta é uma realidade que aos poucos vai se modificando e espera-se que no futuro a psicologia possa estar tão bem desenvolvida tecnologicamente quanto as outras áreas da saúde no que diz respeito a produtos de informática e sistemas clínicos” (Prado, 2005, p.201). Pensa-se, portanto, que o desenvolvimento desse *software* possa estimular outros psicólogos pesquisadores a também se valerem deste tipo de ferramenta enquanto alternativa de operacionalização e divulgação do conhecimento.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como objetivo fazer a adaptação do *software* “*Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social en la Infancia y la Adolescencia*” (MSGR) para o contexto brasileiro. Acredita-se que a adaptação dessa ferramenta possa auxiliar profissionais de diversas áreas relacionadas ao trabalho com crianças e adolescentes a identificar e a como melhor proceder frente a situações de suspeitas de maus tratos intrafamiliares contra essa população.

Embora esta seja um temática cada vez mais consolidada no cenário de pesquisa científica nacional, a divulgação de tais conhecimentos produzidos na academia muitas vezes acaba restringindo-se somente ao próprio meio acadêmico. Nesse sentido, percebe-se um movimento de pesquisadores, em conjunto com os serviços e a própria mídia, no sentido de diminuir a distância entre o que é produzido na academia e o que chega à população geral. Desse modo, a divulgação da ciência é entendida enquanto um instrumento de consolidação democrática, evitando que o conhecimento se torne ferramenta de poder e dominação (Camargo et al., 2008).

Ressalta-se, assim, a importância da elaboração e divulgação de novas ferramentas e materiais didáticos (como vídeos, reportagens de jornal e televisão, apostilas, etc.) que visem tornar os conhecimentos construídos na literatura científica mais acessíveis. No que tange mais especificamente à problemática dos maus tratos contra crianças e adolescentes, dá-se importância não somente à literatura científica, mas também à divulgação das normativas da legislação que amparam legalmente os direitos de crianças e adolescentes. Acredita-se que dessa forma, possa-se melhor fazer valer as diretrizes do ECA, as quais responsabilizam a sociedade como um todo na proteção e garantia de direitos de crianças e adolescentes brasileiros.

Outros autores também afirmam a necessidade de dar maior visibilidade à violência, possibilitando assim um maior dimensionamento epidemiológico e a criação de políticas públicas voltadas à temática (Baptista et al., 2008). Do mesmo modo, Moura et al. (2008) ressaltam que “conforme crescem as evidências sobre o impacto negativo da violência familiar no bem-estar da criança, cresce também o reconhecimento do papel dos serviços de educação e saúde em sua abordagem” (p.2926). Os autores ainda destacam a relevância da sensibilização das equipes profissionais que lidam diretamente com essa temática.

Tais considerações são reforçadas pelos dados apresentados na revisão de literatura, especialmente os trabalhos nacionais, uma vez que relatam o aumento da incidência da violência intrafamiliar em nossa sociedade, assim como a gravidade associada a ela (Antoni et al., 2007). Violência essa que atinge “diretamente os processos desenvolvimentais em relação aos aspectos físicos, psicológicos e sociais dos seres humanos envolvidos, do sistema como um todo e da sociedade a qual esse sistema pertence” (p.125).

Dá-se destaque, assim, a iniciativas de divulgação e popularização dos avanços no conhecimento, a fim de que cada vez mais a população possa estar instrumentalizada frente à problemática da violência na infância e na adolescência. Violência essa que, no contexto brasileiro, é situada enquanto a principal causa de morte entre crianças e adolescentes com mais de 5 anos de idade (SBP et al., 2001). Também Martins e Jorge (2009) estimaram que, para o ano de 2005, a violência foi a primeira causa de óbito no Brasil entre crianças e adolescentes, ao eliminarem-se as causas naturais. Acredita-se, portanto, que através do acesso a esses conhecimentos pela população, conseqüentemente poderá haver uma maior garantia de que seus direitos, promulgados pelo ECA há 23 anos, sejam cada vez mais assegurados.

A proposta de adaptação desse *software* vai nessa direção, a fim trazer também para a população parte dos conhecimentos construídos sobre a avaliação dos diversos tipos de maus tratos na infância e na adolescência – especialmente no que se refere aos indicadores de risco. Espera-se que a adaptação dessa ferramenta possa representar um avanço no que se refere à produção de conhecimento na psicologia brasileira, no sentido de estimular o desenvolvimento e aprimoramento de novas tecnologias para avaliar situações de violência, pautadas em indicadores objetivos e cada vez mais ancorados em evidências sólidas, que possam garantir maior precisão e confiabilidade em suas avaliações.

Cabe ressaltar que essa ferramenta objetiva avaliar somente situações de maus tratos intrafamiliares, não abrangendo situações de violência para fora do espectro familiar. Essa ressalva se faz importante uma vez que a literatura aponta a existência de diversas formas de violência contra crianças e adolescentes em outros contextos, como escolas (Theoklitou, Kabitsis & Kabitsi, 2012) e creches (Santos & Ferriani, 2008). Desse modo, trabalhos futuros poderão dar maior destaque a situações de maus tratos fora do contexto familiar, assim como junto a populações mais específicas de crianças e adolescentes, como portadores de necessidades especiais e doenças crônicas, cujos trabalhos são ainda raros na literatura nacional, embora haja relatos de que abusos junto a essa população sejam fortemente presentes (Assis, 2006).

Por fim, o desenvolvimento desse trabalho avança no sentido de melhor instrumentalizar profissionais quanto aos indicadores que podem ser importantes na identificação de situações de maus tratos contra crianças e adolescentes brasileiros. Acredita-se que esse *software* – uma vez validado e disponibilizado na internet – possa ser uma ferramenta útil para a população, contribuindo para que suspeitas de maus tratos melhor sejam melhor avaliadas, além de mais rapidamente notificadas e acompanhadas pelos serviços de proteção correspondentes.

REFERÊNCIAS

- 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.
- Alexandre, N. M.C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061-3068.
- Algood, C. L., Hong, J. S., Gourdine, R. M., & Williams, A. B. (2011). Maltreatment of children with developmental disabilities: An ecological system analysis. *Children and Youth Services Review*, 33, 1142-1148.
- Antoni, C., Barone, L. R., & Koller, S. H. (2007). Indicadores de risco e de proteção em famílias fisicamente abusivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 125-132.
- 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.
- 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.
- Assis, S. G. (2006). Aspectos conceituais da violência na infância e adolescência. In Ministério da Saúde (Ed.), *Violência faz mal à saúde*. (pp. 39-46). Brasília: Editora MS.
- 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.
- Baptista, R. S., França, I. S. X., Costa, C. M. P., & Brito, V. R. S. (2008). Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 602-608.
- 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.

- Bazon, M. R. (2008). Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 323-332.
- Bazon, M. R., Mello, I. L. M. A., Bérghamo, L. P. D., & Faleiros, J. M. (2010). Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e apoio social. *Temas em Psicologia*, 18(1), 71-84.
- Ben-Arieh, A., & Frønes, I. (2011). Taxonomy for child well-being indicators: A framework for the analysis of the well-being of children. *Childhood*, 18(4), 460-476.
- Berzenski, S. R., & Yates, T. M. (2011). Classes and consequences of multiple maltreatment: a person-centered analysis. *Child Maltreatment*, 16(4), 250-261.
- Bezerra, K. C. V. A. (2004). *A experiência da criança com a droga: Características do uso e circunstâncias familiares*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Bispo Filho, D. O., Silva, C., Martinelli, F., Beloto, L. R., & Gavião, P. R. O. (2011). *Auxílio didático e pedagógico: o protótipo "SDAPNV" software de apoio a portadores de necessidades especiais*. Consultado em 15 de setembro de 2013, em http://www.unifia.edu.br/projetorevista/edicoesanteriores/Marco11/artigos/educacao/Artigo_I_Projeto_ADS_Deficientes_Visuais.pdf
- Borges, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2008). Abuso sexual infantil: indicadores de risco e consequências no desenvolvimento de crianças. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42(3), 528-536.
- Brino, R. F., & Williams, L. C. A. (2003). Concepções da professora acerca do abuso sexual infantil. *Cadernos de Pesquisa*, 119, 113-128.
- 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.
- Canales, M. & Peinado, A. (1994). Grupos de discusión. In J. M. Delgado & J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 288-316). Madrid: Síntesis.
- Casas, F. (1989). *Técnicas de investigación social: los indicadores sociales y psicosociales*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Casas, F. (1998). *Infancia: perspectivas psicosociales*. Barcelona: Paidós.
- Castro, R. C. F. (2006). Impacto da internet no fluxo de comunicação científica em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40 (Esp.), 57-63.

- Cecconello, A. M., Antoni, C., & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8, 45-54.
- Chan, K. L. (2011). Children exposed to child maltreatment and intimate partner violence: A study of co-occurrence among Hong Kong Chinese families. *Child Abuse & Neglect*, 35, 532-542.
- 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.
- Cornejo, J. M. (1988). *Técnicas de investigación social: el análisis de correspondencias (Teoría y Práctica)*. Barcelona: PPU.
- 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.
- Delfino, V., Biasoli-Alves, Z. M. M., Sagim, M. B., & Venturini, F. P. (2005). A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(Esp.), 38-46.
- 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.
- DiLillo, D., Hayes-Skelton, S. A., Fortier, M. A., Perry, A. R., Evans, S. E., Moore, T. L. M., et al. (2010). Development and initial psychometric properties of the Computer Assisted Maltreatment Inventory (CAMI): A comprehensive self-report measure of child maltreatment history. *Child Abuse & Neglect*, 34, 305-317.
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Maus tratos em crianças e adolescentes: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Consultado em 18 de janeiro de 2014, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>.
- Dobke, V. M., Santos, S. S., & Dell’Aglia, D. D. (2010). Abuso sexual intrafamiliar: da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. *Temas em Psicologia*, 18(1), 167-176.
- Donoso, M. T. V., & Ricas, J. (2009). Perspectiva dos pais sobre educação e castigo físico. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 78-84.

- Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *Lancet*, 369, 1891-1899.
- Duke, N. N., Pettingell, S. L., McMorris, B. J., & Borowsky, I. W. (2009). Adolescent violence perpetration: Associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics*, 125(4), 778-786.
- Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Diário Oficial da União. *Lei nº 8069*, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Palácio do Planalto.
- Frizzo, K. R., & Sarriera, J. C. (2006). Práticas sociais com crianças e adolescentes: o impacto dos Conselhos Tutelares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(2), 198-209.
- Fujiwara, T., Okuyama, M., & Izumi, M. (2011). The impact of childhood abuse history violence and mental health symptoms on parenting behavior among mothers in Japan. *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 530-537.
- Gallo, A. E., & Williams, L. C. A. (2005). Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 81-95.
- Garbin, C. A. S., Queiroz, P. D. G., Rovida, T. A. S., & Saliba, O. (2012). A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. *Psicologia em Revista*, 18(1), 107-118.
- 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.
- 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. F. P. S., Silva, C. O., & Junger, W. L. (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.
- Gonçalves, H. S. (2003). *Infância e violência no Brasil*. Nau Editora: Rio de Janeiro.
- 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.
- Granville-Garcia, A. F., Menezes, V. A., Torres Filho, B., Araújo, J. R., & Silva, P. F. R. (2006). Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 6(1), 65-70.

- 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.
- Habigzang, L. F., Corte, F. D., Hatzenberger, R., Stroehrer, F., & Koller, S. H. (2008). Avaliação Psicológica em Casos de Abuso Sexual na Infância e Adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 338-344.
- Hornor, G. (2012). Emotional Maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(6), 436-442.
- Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (2013, 3 de outubro). *Número de pessoas com acesso à internet no Brasil chega a 105 milhões*. Consultado em 15 de dezembro de 2013, em <http://www.ibope.com/pt-br/noticias/paginas/numero-de-pessoas-com-acesso-a-internet-no-brasil-chega-a-105-milhoes.aspx>.
- Jaffee, S. R., & Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 184-194.
- Jannuzzi, P. M. (2002). Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. *Revista de Administração Pública*, 36(1), 51-72.
- 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.
- Kwaadsteinet, L., Bartelink, C., Witteman, C., Berge, I., & Yperen, T. (2013). Improved decision making about suspect child maltreatment: Results of structuring the decision process. *Children and Youth Services Review*, 35, 347-352.
- Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., & Rath, W. (2010). Pregnancy complications in women in childhood sexual abuse experiences. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 503-510.
- Leventhal, J. M., Martin, K. D., & Gaither, J. R. (2012). Using US Data to Estimate the Incidence of Serious Physical Abuse in Children. *Pediatrics*, 129(3), 458-464.
- Ley 14/2010 de los derechos y las oportunidades en la infancia y adolescencia. Núm. 5641 (2010).
- 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.

- 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.
- Martins, C. B. G., & Jorge, M. H. P. M. (2009). Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12, 325-337.
- 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.
- Medeiros, D. C., Silva, W. A., Ribeiro, M. W. S., Bogen, M., Fortes, N. C. O. A., Andrade, S. O., Lamounier Jr., E. A., Cardoso, A., Zorzal, E. R. (2008). O uso da Realidade Virtual não-imersiva para o auxílio ao tratamento da aviofobia pelos profissionais da psicologia. *X Symposium of Virtual and Augmented Reality*, João Pessoa.
- 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.
- Min, M. O., Minnes, S., Kim, H., & Singer, L. T. (2012). Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse & Neglect*, 37(6), 361-373.
- Ministério da Saúde (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (s.d. a). *Centro de Referência de Assistência Social*. Consultado em 20 de janeiro de 2014, em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/cras>.
- Ministério da Saúde (s.d. b). *Centro de Referência Especializado de Assistência Social*. Consultado em 20 de janeiro de 2014, em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/creas>.
- Ministério da Saúde (s.d. c). *Sistema Único de Assistência Social (SUAS)*. Consultado em 20 de janeiro de 2014, em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/suas>.
- Ministério Público do Estado de São Paulo (s.d.). *Infância e Juventude*. Consultado em 15 de dezembro de 2013, em http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/home/interna/infancia_juventude.
- Montserrat, C., Casas, F., & Bertran, I. (2010). *Criterios para la valoración de las situaciones de riesgo o desprotección de los/las niño/as y adolescentes. Una propuesta a partir de la LDOIA*. Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida (UdG). Disponível em <http://www.udg.edu/eridivq>.

- Moreira, G. A. R. (2012). *Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da estratégia saúde da família*. Dissertação de Mestrado, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade de Fortaleza, Fortaleza.
- Moura, A. T. M. S., & Reichenheim, M. E. (2005). Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1124-1133.
- Moura, A. T. M. S., Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (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.
- Nascimento, M. L., Cunha, F. L., & Vicente, L. M. D. (2008). A Desqualificação da Família Pobre como Prática de Criminalização da Pobreza. *Psicologia Política*, 14(7).
- Neves, A. S., Castro, G. B., Hayeck, C. M., & Cury, D. G. (2010). Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares. *Temas em Psicologia*, 18(1), 99-111.
- Newman, M. G., Clayton, L., Zuellig, A., Cashman, L., Arnow, B., Dea, R., et al. (2000). The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychological Medicine*, 30, 1063-1077.
- 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.
- 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.
- Pelicoli, C., Pires, J. P. M., Almeida, M. E., & Dell’Aglia, D. D. (2010). Violência sexual contra crianças e adolescentes? Dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia*, 18(1), 85-97.
- Peltonen, K., Ellonen, N., Larsen, H. B., & Helweg-Larsen, K. (2010). Parental violence and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 813-822.
- Perez, J. R. R., & Passone, E. F. (2010). Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, 40(140), 649-673.
- 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.

- 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. M., Goldani, M. Z., Nava, T. R., Feldens, L., Castilhos, K., Simas, V., et al. (2005). Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(1), 103-108.
- Prado, O. Z. (2005). Softwares para Psicologia: Regulamentação, produção nacional e pesquisas em psicologia clínica. *Boletim de Psicologia*, 4(123), 189-204.
- Prizskulnik, L. (2009). Violência contra crianças: desafios só para médicos? *O mundo da Saúde*, 33(1), 58-63.
- 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, P. C. X., & Moraes, C. L. (2011). Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3285-3296.
- 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.
- Santos, L. E. S., & Ferriani, M. G. C. (2008). A violência institucional em creches e pré-escolas sob a ótica das mães. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 45-50.
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.
- Secretaria de Assistência à Saúde (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf.
- Secretaria de Direitos Humanos (s.d.). *Ouvidoria - Disque 100*. Consultado em 15 de dezembro de 2013, em <http://www.sdh.gov.br/disque100>.
- 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.
- Silva, E. (2006). Papel da Mídia no Enfrentamento da Violência Contra Crianças e Adolescentes. In Ministério da Saúde. *Violência Faz Mal à Saúde*. (pp. 233-240). Brasília: Editora MS.

- Silva, P. A., Lunardi, V. L., Silva, M. R. S., & Filho, W. D. L. (2009). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(1), 56-62.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Secretaria do Estado dos Direitos Humanos (SEDH), Ministério da Justiça (MJ). (2001). *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência*. (2ª ed). Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Sousa, C., Herrenkohl, T. I., Moylan, C. A., Tajima, E. A., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., et al. (2011). Longitudinal Study on the Effects of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence, Parent-Child Attachments, and Antisocial Behavior in Adolescence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(1), 111-136.
- Straus, M. A., & Kantor, G. K. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, 29, 19-29.
- Svensson, B., Bornehag, C. G., & Janson, S. (2010). Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse – but vary with socio-economic circumstances. *Foudation Acta Pædiatrica*, 100, 407-412.
- Tanaka, O. Y., & Melo, C. (2001). *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: EDUSP.
- Taylor, C. A., Lee, S. J., Guterman, N. B., & Rice, J. C. (2010). Use of Spanking for 3-Year-Old Children and Associates Intimate Partner Aggression or Violence. *Pediatrics*, 126(3), 415-424.
- Theoklitou, D., Kabitsis, N., & Kabitsi, A. (2012). Physical and emotional abuse of primary school children by teachers. *Child Abuse & Neglect*, 36, 64-70.
- Turla, A., Dündar, C., & Özkanlı, Ç. (2009). Prevalence of childhood physical abuse in a representative sample of college students in Samsun, Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(7), 1298-1308.
- Ungar, M. (2013). Resilience after maltreatment: the importance of social services as facilitators of positive adaptation. *Child Abuse Neglect*, 37(2-3), 110-115.
- Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación em organizaciones, mercado y sociedad: epistemologia y técnicas*. Buenos Aires: De las ciências.
- Wauke, A. P. T., Carvalho, L. A. V. C., & Costa, R. M. E. M. (2005). Tratamento de fobias urbanas por meio de ambientes virtuais. *Arquivo Brasileiro De Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 99(4), 5-11.

- Weber, L. N. D., Viezzer, A. P., & Brandenburg, O. J. (2004). O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estudos de Psicologia, 9*(2), 227-237.
- Weber, L. N. D., Viezzer, A. P., Brandenburg, O. J., & Zocche, C.R.E. (2002). Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *Psico-USF, 7*(2), 163-173.
- Ximenes, L. F., Oliveira, R. V. C., & Assis, S. G. (2009). Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(2), 417-433.
- Young, M. E. D., Deardorff, J. D., Ozer, E., & Lahiff, M. (2011). Sexual abuse in childhood and adolescence and the risk of early pregnancy among women ages 18-22. *Journal of Adolescent Health, 49*, 287-293.
- 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.
- Zavaschi, M. L. S. (2003). *Associação entre depressão na vida adulta e trauma psicológico na infância*. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Zweig, J. M., Phillips, S. D., & Lindberg, L. D. (2002). Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. *Journal of Adolescent Health, 31*, 343-353.

ANEXO A

Tabela Referente aos Itens Originais, Traduzidos e Modificados do *Software*

Abaixo, a tabela com todos os itens do software, dividida por itens individualmente. Cada item apresentará a versão original (1ª linha), a tradução (2ª linha) e a versão final (3ª linha). Também serão apresentadas as respectivas idades (originais e finais), assim como as gravidades (L = Leve; M = Moderada; G = Grave).

A	ASPECTO FÍSICO Y SITUACIÓN PERSONAL DEL NIÑO/A		
	ASPECTO FÍSICO E SITUAÇÃO PESSOAL DO/A MENINO/A		
	ASPECTO FÍSICO E SITUAÇÃO PESSOAL DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE		
A1	La higiene del niño/a es deficiente		
	A higiene do/a menino/a é deficiente		
	A higiene da criança ou do adolescente é deficiente		
1	Acude con la ropa sucia	0 a 17	L
	Utiliza roupa suja		
	Utiliza roupa suja	0 a 17	L
2	Presenta olores desagradables	3 a 17	L
	Apresenta odores desagradáveis		
	Apresenta odores desagradáveis	3 a 17	L
3	Acude con ropa y/o calzado inadecuados	0 a 17	L
	Utiliza roupa e/ou calçado inadequados		
	Utiliza roupa e/ou calçado inadequados	0 a 17	L
4	Presenta una higiene corporal deficiente	0 a 17	L
	Apresenta uma higiene corporal deficiente		
	Apresenta uma higiene corporal deficiente	0 a 17	L
5	Presenta lesiones cutáneas con enrojecimiento de la piel en la zona de los pañales	0 a 3	L
	Apresenta lesões cutâneas com vermelhidão da pele na zona da fralda		
	Apresenta lesões cutâneas com vermelhidão da pele na zona da fralda	0 a 3	L
A2	La alimentación del niño o niña es descuidada o insuficiente		
	A alimentação do menino ou menina é descuidada ou insuficiente		
	A alimentação da criança ou do adolescente é descuidada ou insuficiente		
1	Asiste a la escuela sin desayunar y no trae desayuno	1 a 12	L
	Vai à escola sem ter comido e não traz comida		
	Vai à escola sem ter comido e não traz comida	1 a 12	M
2	Pide o roba comida, dice que pasa hambre, que en casa no le dan de comer	3 a 17	L
	Pede ou rouba comida, diz que passa fome, que em casa não lhe dão de comer		
	Pede ou rouba comida, diz que passa fome, que em casa não lhe dão de comer	3 a 12	M

3	Hay indicios de una alimentación muy deficiente e inadecuada Há indícios de uma alimentação muito deficiente e inadequada	0 a 17	L
	Há indícios de uma alimentação muito deficiente e inadequada	0 a 12	M
A3	El niño o niña muestra cansancio habitual O menino ou menina mostra cansaço habitual A criança ou o adolescente mostra cansaço ou fadiga habitual		
1	Se muestra cansado sin justificación Mostra-se cansado sem justificativa	1 a 17	L
	Mostra-se cansado sem justificativa	1 a 17	L
2	Se duerme en clase Dorme na aula	6 a 17	L
	Dorme na aula	6 a 17	L
3	Não tem energia para brincar/jogar	3 a 17	L
A4	Manifestaciones de dolencias físicas por parte del niño o niña Manifestações de doenças físicas por parte do menino ou menina Manifestações de doenças físicas por parte da criança ou do adolescente		
1	Se queja a menudo de dolor (dolor de estómago, dolor de cabeza...) Queixa-se frequentemente de dor (dor de estômago, dor de cabeça...)	2 a 17	M
	Queixa-se frequentemente de dor (dor de estômago, dor de cabeça...)	2 a 17	M
2	Está constantemente enfermo Está constantemente doente	1 a 17	M
	Está constantemente doente	0 a 17	M
3	Presenta heridas, golpes, etc., que parecen producidas accidentalmente Apresenta feridas, batidas, etc., que parecem ser produzidas accidentalmente	0 a 17	M
	Apresenta feridas, batidas, etc., que parecem ser produzidas accidentalmente	0 a 17	M
A5	El niño o niña es receptor de violencia física O menino ou menina é receptor de violência física A criança ou o adolescente é vítima de violência física		
1	Presenta heridas o rozaduras Apresenta feridas ou roçaduras	0 a 17	G
	Apresenta lesões ou machucados	0 a 17	G
2	Presenta señales de mordeduras Apresenta sinais de mordidas	0 a 17	G
	Apresenta sinais de mordidas	0 a 17	G
3	Presenta golpes en el cuerpo Apresenta pancadas no corpo	0 a 17	G
	Apresenta pancadas no corpo	0 a 17	G
4	Presenta hematomas Apresenta hematomas	0 a 17	G
	Apresenta hematomas	0 a 17	G
5	Presenta quemaduras Apresenta queimaduras	0 a 17	G

	Apresenta queimaduras	0 a 17	G
6	Presenta falta de mechones de cabello	0 a 17	G
	Apresenta falta de mechas de cabelo		
	Apresenta falta de mechas de cabelo	0 a 17	G
7	Presenta plagiocefalia / alopecia localizada	0 a 17	G
	Apresenta plagiocefalia / alopecia localizada		
	Apresenta distorções no formato do crânio ou ausência de cabelo localizada	0 a 17	G
8	Presenta derrames oculares	0 a 17	G
	Apresenta derrames oculares		
	Apresenta derrames no olho	0 a 17	G
9	Presenta hemorragias retinales	0 a 17	G
	Apresenta hemorragias retinianas		
	Apresenta hemorragias no olho	0 a 17	G
10	Presenta cortes o pinchazos	0 a 17	G
	Apresenta cortes ou picadas		
	Apresenta cortes ou picadas	0 a 17	G
11	Presenta fracturas óseas	0 a 17	G
	Apresenta fraturas ósseas		
	Apresenta fraturas ósseas	0 a 17	G
12	Presenta el síndrome del niño sacudido	0 a 3	G
	Apresenta síndrome da criança sacudida		
	Apresenta síndrome da criança sacudida	0 a 3	G
13	Presenta hemorragias internas	0 a 17	G
	Apresenta hemorragias internas		
	Apresenta hemorragias internas	0 a 17	G
14	Presenta dolor en determinadas partes del cuerpo	0 a 17	G
	Apresenta dor em determinadas partes do corpo		
	Apresenta dor em determinadas partes do corpo	0 a 17	G
15	Manifiesta o señala con gestos que sus progenitores son los causantes de las lesiones	1 a 17	G
	Manifesta ou assinala com gestos que seus progenitores são os causadores das lesões		
	Chora, resiste ou agita-se na presença do(s) cuidador(es)	1 a 17	G
16	Manifiesta que está siendo receptor de violencia física por parte de alguien de su entorno	1 a 17	G
	Manifesta que está sendo receptor de violência física por parte de alguém de seu entorno		
	Manifesta que está sendo vítima de violência física por parte de alguém de seu entorno	1 a 17	G
17	Da explicaciones extrañas o poco convincentes con respecto a las lesiones que presenta	3 a 17	G
	Dá explicações estranhas ou pouco convincentes a respeito das lesões que apresenta		

	Dá explicações estranhas ou pouco convincentes a respeito das lesões que apresenta	3 a 17	G
A6	El niño o niña puede estar sufriendo actualmente abusos sexuales O menino ou menina pode estar sofrendo atualmente abusos sexuais A criança ou o adolescente pode estar sofrendo atualmente abusos sexuais		
1	Presenta dolor / picor en la zona anal / genital	0 a 17	G
	Apresenta dor / coceira na zona anal / genital		
	Apresenta dor / coceira na zona anal / genital	0 a 17	G
2	Tiene molestias cuando camina o se sienta	3 a 17	G
	Sente desconfortos quando caminha ou senta		
	Sente desconfortos quando caminha ou senta	3 a 17	G
3	Presenta ropa interior rasgada, manchada o con sangre	0 a 17	G
	Apresenta roupa íntima rasgada, manchada ou com sangue		
	Apresenta roupa íntima rasgada, manchada ou com sangue	0 a 17	G
4	Es una niña o adolescente embarazada, especialmente si se niega a identificar al padre	12 a 17	G
	É uma menina ou adolescente grávida, especialmente se nega identificar o pai		
	É uma menina ou adolescente grávida, especialmente se nega identificar a paternidade	12 a 17	G
5	Presenta contusiones o sangrado en los genitales externos, la zona vaginal o anal	0 a 17	G
	Apresenta contusões ou sangramento nos genitais externos, na zona vaginal ou anal		
	Apresenta contusões ou sangramento nos genitais externos, na zona vaginal ou anal	0 a 17	G
6	Presenta una enfermedad de transmisión sexual	0 a 17	G
	Apresenta uma doença de transmissão sexual		
	Apresenta uma doença de transmissão sexual	0 a 17	G
7	Presenta eritema y/o edema en la zona vulvar o anal	0 a 17	G
	Apresenta eritema e/ou edema na zona vulvar ou anal		
	Apresenta vermelhidão e/ou inchaço na zona da vagina ou do ânus	0 a 17	G
8	Se detecta semen en la boca, los genitales o en la ropa	0 a 17	G
	Detecta-se sêmen na boca, nos genitais ou na roupa		
	Detecta-se sêmen na boca, nos genitais ou na roupa	0 a 17	G
9	Presenta alteraciones en el esfínter anal (apertura signo de la O, grietas o hematomas)	0 a 17	G
	Apresenta alterações no esfíncter anal (rachaduras, hematomas)		
	Apresenta alterações no esfíncter anal (rachaduras, hematomas)	0 a 17	G
10	Presenta alteraciones de la membrana himenal	0 a 17	G
	Apresenta alterações da membrana himenal		
	Apresenta alterações da membrana do hímen	0 a 17	G
11	Hay indicios de que la están forzando en actividades sexuales (abuso sexual)	0 a 17	G
	Há indícios de que a estão forçando a atividades sexuais (abuso sexual)		

	Há indícios de que a estão forçando a atividades sexuais (abuso sexual)	0 a 17	G
12	Explica que está sufriendo abusos sexuales por parte de alguien de su entorno	3 a 17	G
	Explica que está sofrendo abusos sexuais por parte de alguém de seu entorno		
	Explica que está sofrendo abusos sexuais por parte de alguém de seu entorno	3 a 17	G
13	Manifiesta o señala con gestos que sus progenitores son los causantes del abuso sexual	3 a 17	G
	Manifesta ou assinala com gestos que seus progenitores são os causadores do abuso sexual		
	Manifesta ou assinala com gestos que seus progenitores são os causadores do abuso sexual	3 a 17	G
14	Da explicaciones extrañas o poco convincentes con respecto a las lesiones que presenta	3 a 17	G
	Dá explicações estranhas ou pouco convincentes a respeito das lesões que apresenta		
	Dá explicações estranhas ou pouco convincentes a respeito das lesões que apresenta	3 a 17	G
A7	El niño o niña sufrió, en el pasado, maltrato O menino ou menina sofreu, no passado, maus tratos A criança ou o adolescente sofreu, no passado, maus tratos		
1	Sufrió, en el pasado, algún tipo de abuso sexual	1 a 17	L
	Sofreu, no passado, algum tipo de abuso sexual		
	É sabido que sofreu, no passado, algum tipo de abuso sexual	1 a 17	L
2	Sufrió, en el pasado, agresiones físicas	1 a 17	L
	Sofreu, no passado, agressões físicas		
	É sabido que sofreu, no passado, agressões físicas	1 a 17	L
3	Sufrió, en el pasado, maltrato prenatal	1 a 17	L
	Sofreu, no passado, maus tratos pré-natais		
	É sabido que sofreu, no passado, maus tratos pré-natais	1 a 17	L
A8	El niño o niña presenta síntomas compatibles con haber sufrido o estar en riesgo de sufrir mutilación genital femenina O menino ou menina apresenta sintomas compatíveis com haver sofrido ou estar em risco de sofrer mutilação genital feminina SUB-BLOCO EXCLUÍDO		
1	Ha sufrido una mutilación genital femenina	0 a 17	G
	Sofreu mutilação genital feminina		
	ITEM EXCLUÍDO		
2	Hay indicios de haber sufrido una mutilación: viene triste del viaje a su país, no quiere hablar	0 a 17	G
	Há indícios de haver sofrido mutilação: vem triste de viagem a seu país, não quer falar		
	ITEM EXCLUÍDO		

3	Hay indicios que hacen pensar que puede estar en riesgo de sufrir una mutilación genital femenina	0 a 17	G
	Há indícios que fazem pensar que pode estar em risco de sofrer mutilação genital feminina		
	ITEM EXCLUÍDO		
A9	Manifestaciones de otras personas, profesionales o miembros de la familia		
	Manifestações de outras pessoas, profissionais ou membros da família		
	Manifestações de outras pessoas, profissionais ou membros da família		
1	Han observado situaciones que hacen pensar en un abuso sexual	0 a 17	M
	Têm observado situações que fazem pensar em abuso sexual		
	Têm observado situações que fazem pensar em abuso sexual	0 a 17	M
2	Dicen que los progenitores/guardadores golpean al niños o niña	0 a 17	M
	Dizem que os progenitores / cuidadores batem no menino ou menina		
	Dizem que os progenitores / cuidadores batem na criança ou no adolescente	0 a 17	M
3	Sienten que el niño o niña recibe agresiones verbales y/o físicas (golpes, llantos, gritos, etc.)	0 a 17	M
	Sentem que o menino ou menina recebe agressões verbais e / ou físicas (golpes, choros, gritos, etc.)		
	Sentem que a criança ou o adolescente recebe agressões verbais e / ou físicas (golpes, choros, gritos, etc.)	0 a 17	M
4	Han observado que desatienden al niño o niña	0 a 3	M
	Têm observado que negligenciam o menino ou menina		
	Têm observado que deixam de prover os cuidados/necessidades básicos	0 a 3	M
A10	Situaciones que hacen que el niño o niña se encuentre gravemente desprotegido		
	Situações que fazem que o menino ou menina se encontra gravemente desprotegido		
	Situações que fazem que a criança ou o adolescente se encontra gravemente desprotegido		
1	Está en una situación sobrevenida en la que nadie se hace cargo	0 a 17	G
	Está em uma situação inesperada em que ninguém assume sua responsabilidade		
	Está em uma situação inesperada em que ninguém assume sua responsabilidade	0 a 17	G
2	Sufre una desatención alimenticia que por edad o condiciones especiales supone un riesgo de muerte	0 a 17	G
	Sofre negligência alimentícia que por sua idade ou condições especiais supõem risco de morte		
	Sofre negligência alimentícia que por sua idade ou condições especiais supõem risco de morte	0 a 17	G
3	Ha sido abandonado intencionadamente	0 a 17	G
	Foi abandonado intencionalmente		
	Foi abandonado intencionalmente	0 a 17	G

4	No recibe el tratamiento por una enfermedad grave, poniendo en riesgo su vida	0 a 17	G
	Não recebe tratamento uma doença grave, pondo em risco sua vida		
	Não recebe tratamento uma doença grave, pondo em risco sua vida	0 a 17	G
5	La madre y/o el padre quiere dar el niño o la niña en adopción	0 a 17	G
	A mãe e / ou o pai quer dar o menino ou menina para adoção		
	A mãe e / ou o pai quer dar a criança ou o adolescente para adoção	0 a 17	G
6	No tiene ningún referente familiar en el país	0 a 17	G
	Não tem nenhuma referência familiar no país		
	Não tem nenhuma referência familiar no país	0 a 17	G
7	Es una niña o adolescente embarazada (o madre) con graves dificultades personales y sociales	9 a 17	G
	É uma menina ou adolescente grávida (ou mãe) com graves dificuldades pessoais e sociais		
	É uma menina ou adolescente grávida (ou mãe) com graves dificuldades pessoais e sociais	9 a 17	G
8	Sufre una situación de peligro grave por la que solicita protección inmediata	6 a 17	G
	Sofre uma situação de perigo grave e por isso solicita proteção imediata		
	Sofre uma situação de perigo grave e por isso solicita proteção imediata	6 a 17	G
9	Sufre amenazas de muerte o abandono de los progenitores o guardadores	0 a 17	G
	Sofre ameaças de morte ou abandono dos progenitores ou cuidadores		
	Sofre ameaças de morte ou abandono dos progenitores ou cuidadores	0 a 17	G
A11	El niño o niña ha sufrido desatenciones graves y/o agresiones antes de su nacimiento		
	O menino ou menina sofreu negligências graves e / ou agressões antes de seu nascimento		
	A criança ou o adolescente sofreu negligências graves e / ou agressões antes de seu nascimento		
1	Presenta el síndrome de abstinencia neonatal	0 a 3	M
	Apresenta síndrome de abstinência neonatal		
	Apresenta síndrome de abstinência neonatal	0 a 3	M
2	Presenta enfermedades o trastornos asociados a consumo de tóxicos de la madre durante el embarazo	0 a 3	M
	Apresenta doenças ou transtornos associados ao consumo de tóxicos da mãe durante a gravidez		
	Apresenta doenças ou transtornos associados ao consumo de tóxicos da mãe durante a gravidez	0 a 3	M
3	Tiene lesiones físicas o neurológicas por inadecuado control médico de la madre durante el embarazo	0 a 3	M
	Tem lesões físicas ou neurológicas por controle médico inadequado da mãe durante a gravidez		
	Tem lesões físicas ou neurológicas por controle médico inadequado da mãe durante a gravidez	0 a 3	M

B	ÁREA EMOCIONAL Y COMPORTAMENTAL DEL NIÑO O NIÑA		
	ÁREA EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL DO MENINO OU MENINA		
	ÁREA EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE		
B1	Conductas disociales y/o agresivas del niño o niña		
	Condutas antissociais e / ou agressivas do menino ou menina		
	Condutas antissociais e / ou agressivas da criança ou do adolescente		
1	Comete pequeños hurtos fuera o dentro de la escuela	6 a 17	L
	Comete pequenos furtos fora ou dentro da escola		
	Comete pequenos furtos fora ou dentro da escola	6 a 11	L
2	Manifiesta una conducta agresiva ante la presencia de la policía	6 a 17	L
	Manifesta uma conduta agressiva ante a presença da polícia		
	Manifesta uma conduta agressiva ante a presença da polícia e/ou Conselho Tutelar	6 a 11	L
3	Presenta una conducta agresiva física contra terceras personas	6 a 17	L
	Apresenta uma conduta física agressiva contra terceiros		
	Apresenta uma conduta física agressiva contra terceiros	6 a 11	L
4	Presenta una conducta agresiva verbal contra terceras personas	6 a 17	L
	Apresenta uma conduta verbal agressiva contra terceiros		
	Apresenta uma conduta verbal agressiva contra terceiros	6 a 11	L
5	Presenta una conducta destructiva con objetos	6 a 17	L
	Apresenta uma conduta destrutiva com objetos		
	Apresenta uma conduta destrutiva com objetos	6 a 11	L
6	Se relaciona con un grupo de amigos conflictivos	6 a 17	L
	Relaciona-se com um grupo de amigos conflitivos		
	Relaciona-se com um grupo de amigos conflitivos	6 a 11	L
7	Mantiene a menudo conductas de provocación (desafiante...)	6 a 17	L
	Mantém frequentemente condutas de provocação (desafiante...)		
	Mantém frequentemente condutas de provocação (desafiante...)	6 a 11	L
8	Comete actos de vandalismo, racismo o xenofobia	10 a 17	L
	Comete atos de vandalismo, racismo ou xenofobia		
	Comete atos de vandalismo, racismo, bullying ou homofobia	6 a 11	L
9	Transgrede las normas sistemáticamente	6 a 17	L
	Transgride as normas sistematicamente		
	Transgride as normas sistematicamente	6 a 11	L
B1	Conductas disociales y/o agresivas del niño o niña		
	Condutas antissociais e / ou agressivas do menino ou menina		
	Condutas antissociais e / ou agressivas da criança ou do adolescente		
1	Comete pequeños hurtos fuera o dentro de la escuela	6 a 17	L
	Comete pequenos furtos fora ou dentro da escola		
	Comete pequenos furtos fora ou dentro da escola	12 a 17	M
2	Manifiesta una conducta agresiva ante la presencia de la policía	6 a 17	L
	Manifesta uma conduta agressiva ante a presença da polícia		
	Manifesta uma conduta agressiva ante a presença da polícia e/ou Conselho Tutelar	12 a 17	M

3	Presenta una conducta agresiva física contra terceras personas	6 a 17	L
	Apresenta uma conduta física agressiva contra terceiros	12 a 17	M
4	Presenta una conducta agresiva verbal contra terceras personas	6 a 17	L
	Apresenta uma conduta verbal agressiva contra terceiros	12 a 17	M
5	Presenta una conducta destructiva con objetos	6 a 17	L
	Apresenta uma conduta destrutiva com objetos	12 a 17	M
6	Se relaciona con un grupo de amigos conflictivos	6 a 17	L
	Relaciona-se com um grupo de amigos conflitivos	12 a 17	M
7	Mantiene a menudo conductas de provocación (desafiante...)	6 a 17	L
	Mantém frequentemente condutas de provocação (desafiante...)	12 a 17	M
8	Comete actos de vandalismo, racismo o xenofobia	10 a 17	L
	Comete atos de vandalismo, racismo ou xenofobia	12 a 17	M
9	Transgrede las normas sistemáticamente	6 a 17	L
	Transgride as normas sistematicamente	12 a 17	M
B2	Conductas de riesgo hacia sí mismo Condutas de risco contra si mesmo Condutas de risco contra si mesmo		
1	Deambula menudo por las calles en horario escolar y/o de noche	3 a 16	M
	Vagueia frequentemente pelas ruas em horário escolar e / ou à noite	3 a 16	G
2	Se ha escapado de casa	6 a 17	M
	Fugiu de casa	6 a 17	G
3	Se expone a situaciones de riesgo (conducción temeraria, <i>metring</i> , mal uso de las tecnologías)	6 a 17	M
	Expõe-se a situações de risco (condução imprudente, mau uso das tecnologias)	6 a 17	G
4	Dice cosas que indican que piensa a menudo en el suicidio o ha hecho un intento de suicidio	6 a 17	M
	Disse coisas que indicam que pensa frequentemente em suicídio ou já fez uma tentativa de suicídio	6 a 17	G
5	Se autolesiona	6 a 17	M
	Autolesiona-se	6 a 17	G

6	Se provoca el vómito, toma laxantes, se niega a comer...	6 a 17	M
	Provoca vômito, toma laxantes, nega-se a comer...	6 a 17	G
7	Presenta falta de autocontrol	6 a 17	M
	Apresenta falta de autocontrolo	6 a 17	G
B3	El niño o niña consume sustancias tóxicas O menino ou menina consome substâncias tóxicas A criança ou o adolescente consome substâncias tóxicas		
1	Consume alcohol	6 a 17	M
	Consome álcool	6 a 11	G
2	Consume otras drogas	6 a 17	M
	Consome outras drogas	6 a 11	G
3	Consume otras sustancias estupefacientes	6 a 17	M
	Consome outras substâncias entorpecentes	6 a 11	M
4	Consume tabaco	6 a 12	M
	Consome tabaco	6 a 11	M
5	Se observan estados que sugieren que ha consumido (ojos enrojecidos, olor a alcohol, euforia...)	6 a 17	M
	Observam-se estados que sugerem que tenha consumido (olhos avermelhados, odor de álcool, euforia)	6 a 11	G
6	Presenta síntomas compatibles con el síndrome de abstinencia	1 a 17	M
	Apresenta sintomas compatíveis com a síndrome de abstinência	1 a 11	M
B3	El niño o niña consume sustancias tóxicas O menino ou menina consome substâncias tóxicas A criança ou o adolescente consome substâncias tóxicas		
1	Consume alcohol	6 a 17	M
	Consome álcool	12 a 17	G
2	Consume otras drogas	6 a 17	M
	Consome outras drogas	12 a 17	G
3	Consume otras sustancias estupefacientes	6 a 17	M
	Consome outras substâncias entorpecentes	12 a 17	M
4	Consume tabaco	6 a 12	M
	Consome tabaco	12 a 17	L

5	Se observan estados que sugieren que ha consumido (ojos enrojecidos, olor a alcohol, euforia...)	6 a 17	M
	Observam-se estados que sugerem que tenha consumido (olhos avermelhados, odor de álcool, euforia)		
	Observam-se estados que sugerem que tenha consumido (olhos avermelhados, odor de álcool, euforia)	12 a 17	M
6	Presenta síntomas compatibles con el síndrome de abstinencia	1 a 17	M
	Apresenta sintomas compatíveis com a síndrome de abstinência		
	Apresenta sintomas compatíveis com a síndrome de abstinência	12 a 17	M
B4	Manifestaciones de miedo y/o angustias Manifestações de medo e / ou angústias Manifestações de medo e / ou angústias		
1	Manifiesta acciones defensivas ante cualquier aproximación física	3 a 17	L
	Manifesta ações defensivas ante qualquer aproximação física		
	Manifesta ações defensivas ante qualquer aproximação física	3 a 17	L
2	No quiere hacer actividades que requieran mostrar partes del cuerpo (para esconder golpes...)	6 a 17	L
	Não quer fazer atividades que requeiram mostrar partes do corpo (para esconder pancadas...)		
	Não quer fazer atividades que requeiram mostrar partes do corpo (para esconder pancadas...)	6 a 17	L
3	Parece tener miedo de sus progenitores o manifestarles rechazo	3 a 17	L
	Parece ter medo de seus progenitores ou manifesta-lhes rechaço		
	Parece ter medo de seus progenitores ou manifesta-lhes rechaço	3 a 17	L
4	No quiere irse a casa	3 a 12	L
	Não quer ir para casa		
	Não quer ir para casa	3 a 12	L
5	Muestra un alto nivel de ansiedad ante actividades normales como el cambio de pañales	0 a 3	L
	Mostra um alto nível de ansiedade ante atividades normais como a mudança de fraldas		
	Mostra um alto nível de ansiedade ante atividades normais como a mudança de fraldas	0 a 3	L
6	Presenta dificultades graves para calmarse en brazos de quien lo cuida	0 a 3	L
	Apresenta dificuldades graves para acalmar-se nos braços de quem o cuida		
	Apresenta dificuldades graves para acalmar-se nos braços de quem o cuida	0 a 3	L
7	Se preocupa mucho de estar a la altura de las expectativas de los progenitores o para ser aceptado	4 a 17	L
	Preocupa-se muito em estar à altura das expectativas dos progenitores ou para ser aceito		
	Preocupa-se muito em estar à altura das expectativas dos progenitores ou para ser aceito	4 a 17	L
8	Muestra sentimientos de culpabilidad de la situación vivida Mostra sentimentos de culpabilidade da situação vivida	4 a 17	L

ITEM EXCLUÍDO			
9	Manifiesta que no le dejan entrar en casa o que lo han echado o que quiere ingresar en un centro	6 a 17	L
	Manifesta que não lhe deixam entrar em casa ou que foi expulso ou que quer ingresar em um centro		
	Manifesta que não lhe deixam entrar em casa ou que foi expulso ou que quer ingresar em um abrigo	6 a 17	G
10	Muestra señales de ansiedad	3 a 17	L
	Mostra sinais de ansiedade		
	Mostra sinais de ansiedade	3 a 17	L
11	Manifiesta que quiere ingresar en un centro	6 a 17	L
	Manifesta que quer ingresar em um centro		
	Manifesta que quer ingresar em um abrigo	6 a 17	L
B5	Alteraciones en la relación con los demás Alterações na relação com os demais Alterações na relação com os demais		
1	Manifiesta una familiaridad excesiva con extraños (marcha fácilmente con desconocidos)	3 a 12	L
	Manifesta uma familiaridade excessiva com estranhos (anda facilmente com desconhecidos)		
	Manifesta uma familiaridade excessiva com estranhos (anda facilmente com desconhecidos)	3 a 12	L
2	Llama continuamente la atención	3 a 17	L
	Chama continuamente a atenção		
	Chama continuamente a atenção	3 a 17	L
3	Realiza demandas continuadas de afectividad	3 a 17	L
	Realiza demandas contínuas de afetividade		
	Realiza demandas contínuas de afetividade	3 a 17	L
4	No interacciona, no fija la mirada, a menudo parece ausente	1 a 12	L
	Não interage, não fixa o olhar, frequentemente parece ausente		
	Não interage, não fixa o olhar, frequentemente parece ausente	1 a 12	L
5	Parece tener dificultad para formar vínculos afectivos estables	3 a 17	L
	Parece ter dificuldades para formar vínculos afetivos estáveis		
	Parece ter dificuldades para formar vínculos afetivos estáveis	3 a 17	L
6	Presenta problemas de relación con el grupo de iguales	3 a 17	L
	Apresenta problemas de relação com o grupo de iguais		
	Apresenta problemas de relação com o grupo de iguais	3 a 17	L
B6	Otras manifestaciones de alteración del estado de ánimo Outras manifestações de alteração de estado de ânimo Outras manifestações de alteração de estado de ânimo		
1	Muestra un aspecto triste y/o llora a menudo sin causa aparente	1 a 17	L
	Mostra um aspecto triste e / ou chora frequentemente sem causa aparente		
	Mostra um aspecto triste e / ou chora frequentemente sem causa aparente	1 a 17	L
2	Se muestra pasivo y retraído y/o se aísla	3 a 17	L
	Mostra-se passivo e retraído e / ou isola-se		
	Mostra-se passivo e retraído e / ou isola-se	3 a 17	L

3	Hace comentarios que parecen indicar que tiene una autoestima baja	4 a 17	L
	Faz comentários que parecem indicar que tem uma baixa autoestima	4 a 17	L
4	Manifiesta a menudo conductas que corresponden a una edad inferior (conductas regresivas)	3 a 17	L
	Manifesta frequentemente condutas que correspondem a uma idade inferior (condutas regressivas)	3 a 17	L
5	Falta de llanto y ausencia de queja ante el dolor	0 a 12	L
	Falta de choro e ausência de queixa ante a dor	0 a 12	L
6	Se muestra inquieto, nervioso	0 a 17	L
	Mostra-se inquieto, nervoso	0 a 17	L
7	Presenta trastornos de alimentación (vómitos, diarreas, anorexia del lactante)	0 a 17	L
	Apresenta transtornos de alimentação (vômitos, diarreias, anorexia de lactante)	0 a 17	L
8	Presenta desórdenes graves asociados con el dormir	0 a 17	L
	Apresenta desordens graves associadas com o dormir	0 a 17	L
B7	El niño o niña presenta comportamientos de autoestimulación compulsiva O menino ou menina apresenta comportamentos de autoestimulação compulsiva A criança ou o adolescente apresenta comportamentos de autoestimulação compulsiva		
1	Realiza balanceos compulsivos	3 a 17	L
	Realiza movimentos compulsivos	3 a 17	L
2	Presenta masturbación compulsiva	3 a 17	L
	Apresenta masturbação compulsiva	3 a 17	L
3	Se da cabezazos de forma voluntaria y repetida	1 a 17	L
	Dá cabeçadas de forma voluntária e repetida	1 a 17	L
B8	Es niño o niña presenta comportamientos sexualizados inadecuados para la edad É menino ou menina apresenta comportamentos sexualizados inadeguados para a idade A criança ou o adolescente apresenta comportamentos sexualizados inadeguados para a idade		
1	Manifiesta conductas y preocupaciones sexuales o utiliza términos inadecuados para su edad	3 a 17	M

	Manifiesta conductas e preocupações sexuais ou utiliza termos inadequados para sua idade		
	Manifiesta conductas e preocupações sexuais ou utiliza termos inadequados para sua idade	3 a 17	M
2	Acosa o agrede sexualmente a otros niños o adolescentes	4 a 17	M
	Molesta ou agride sexualmente outras crianças ou adolescentes		
	Molesta ou agride sexualmente outras crianças ou adolescentes	4 a 17	M
3	Manifiesta, de forma recorrente, tener miedo a un embarazo o el sida	6 a 17	M
	Manifiesta, de forma recorrente, ter medo de uma gravidez ou da AIDS		
	Manifiesta, de forma recorrente, ter medo de uma gravidez ou de DST/AIDS	6 a 17	M
4	Muestra promiscuidad sexual	12 a 17	M
	Mostra promiscuidade sexual		
	Mostra promiscuidade sexual	12 a 17	M
B9	El niño o niña está adoptando roles que no le corresponden por edad O menino ou menina está adotando papéis que não correspondem à sua idade A criança ou o adolescente está adotando papéis que não correspondem à sua idade		
1	Asume responsabilidades impropias de la edad con miembros de la familia o tareas de casa	4 a 17	L
	Assume responsabilidades impróprias da idade com membros da família ou tarefas de casa		
	Assume responsabilidades impróprias da idade com membros da família ou tarefas de casa	4 a 17	L
2	Adopta un rol cuidador respecto a los progenitores (inversión de roles)	4 a 17	L
	Adota um papel cuidador em relação aos progenitores (inversão de papeis)		
	Adota um papel cuidador em relação aos progenitores (inversão de papeis)	4 a 17	L
C	DESARROLLO Y APRENDIZAJE DEL NIÑO O NIÑA DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM DO MENINO OU MENINA DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE		
C1	El niño o niña presenta dificultades destacables en los aprendizajes escolares O menino ou menina apresenta dificuldades notáveis nas aprendizagens escolares A criança ou o adolescente apresenta dificuldades notáveis nas aprendizagens escolares		
1	Manifiesta problemas de atención y concentración	3 a 17	L
	Manifiesta problemas de atenção e concentração		
	Manifiesta problemas de atenção e concentração	3 a 17	L
2	No es constante en las actividades escolares y no hace los deberes con frecuencia	6 a 16	L
	Não é constante nas atividades escolares e não faz os deveres com frequência		

	Não é constante nas atividades escolares e não faz os deveres com frequência	6 a 16	L
3	Está matriculado en un nivel inferior al que le corresponde por edad	6 a 16	L
	Está matriculado em um nível inferior ao que corresponde à sua idade	6 a 16	L
4	Presenta dificultades de aprendizaje	3 a 17	L
	Apresenta dificuldades de aprendizagem	3 a 17	L
5	Presenta cambios repentinos en su rendimiento escolar	3 a 17	L
	Apresenta mudanças repentinas em seu rendimento escolar	3 a 17	M
6	Presenta repetidos cambios de centro escolar a lo largo de su escolaridad	3 a 17	L
	Apresenta repetidas mudanças de escola ao longo de sua escolarização	3 a 17	L
C2	El niño o niña presenta un retraso en el desarrollo O menino ou menina apresenta um atraso no desenvolvimento A criança ou o adolescente apresenta um atraso no desenvolvimento		
1	Presenta retraso en la adquisición de capacidades verbales, cognitivas o sociales propias de la edad	0 a 17	M
	Apresenta atraso na aquisição de capacidades verbais, cognitivas ou sociais próprias da idade	0 a 17	M
2	No responde a los estímulos como sería de esperar por la edad	0 a 12	M
	Não responde aos estímulos como seria de esperar para a idade	0 a 12	M
3	No se le observan habilidades y/o el tono motriz propios de la edad	0 a 17	M
	Não se observam habilidades e / ou tônus motor próprios para a idade	0 a 17	M
4	Presenta peso y talla muy inferiores por la edad	0 a 17	M
	Apresenta peso e altura muito inferiores para a idade	0 a 17	M
5	No realiza juego imitativo o manipula los objetos de forma estereotipada sin deseo de explorar	0 a 6	M
	Não realiza jogo imitativo ou manipula os objetos de forma estereotipada sem desejo de explorar	0 a 6	M
C3	El niño o niña a menudo tiene dificultades en el control de esfínteres O menino ou menina com frequência tem dificuldades no controle de esfínteres A criança ou o adolescente com frequência tem dificuldades no controle de esfínteres		
1	Presenta problemas de enuresis, con relativa frecuencia	6 a 17	L
	Apresenta problemas de enurese, com relativa frequência	6 a 17	L

2	Presenta problemas de encopresis, con relativa frecuencia Apresenta problemas de encoprese, com relativa frequência	6 a 17	L
	Apresenta problemas no controle das fezes, com relativa frequência	6 a 17	L
C4	El niño o niña presenta problemas con la asistencia escolar O menino ou menina apresenta problemas com o comparecimento escolar A criança ou o adolescente apresenta problemas com o comparecimento escolar		
1	Marcha de clase o de la escuela ante cualquier contrariedad Evade de turma ou de escola ante qualquer contrariedade	3 a 17	M
	Evade de turma ou de escola ante qualquer contrariedade	3 a 17	M
2	Realiza faltas de asistencia injustificadas y/o absentismo escolar o laboral Realiza faltas de comparecimento injustificadas e/ou absentismo escolar ou laboral	3 a 17	M
	Realiza faltas de comparecimento injustificadas e/ou absentismo escolar ou laboral	3 a 17	M
3	Ha abandonado la escolaridad en la etapa obligatoria Abandonou a escolarização em etapa obrigatória	3 a 16	M
	Abandonou a escolarização em etapa obrigatória	3 a 16	M
D	RELACIÓN DE PROGENITORES/ GUARDADORES CON EL NIÑO O NIÑA RELAÇÃO DOS PROGENITORES / CUIDADORES COM O MENINO OU MENINA RELAÇÃO DOS PROGENITORES / CUIDADORES COM A CRIANÇA OU O ADOLESCENTE		
D1	Los progenitores o guardadores manifiestan rechazo hacia el niño o niña Os progenitores ou cuidadores manifestam rejeição com o menino ou menina Os progenitores ou cuidadores manifestam rejeição com a criança ou o adolescente		
1	Manifiestan una imagen negativa del niño o niña y no le reconocen valores positivos Manifestam uma imagem negativa do menino ou menina e não lhe reconhecem valores positivos	0 a 17	M
	Manifestam uma imagem negativa do menino ou menina e não lhe reconhecem valores positivos	0 a 17	M
2	Le repiten que no le quieren Repetem que não lhe querem	1 a 17	M
	Repetem que não lhe querem	1 a 17	M
3	Se ríen de sus dificultades Riem de suas dificuldades	1 a 17	M
	Riem de suas dificuldades	1 a 17	M
4	Lo critican, avergüenzan, descalifican, insultan, ridiculizan o amenazan Critican-no, envergonham-no, desqualificam-no, insultam-no, ridicularizam-no ou ameaçam-no	1 a 17	M

	Criticam-no, envergonham-no, desqualificam-no, insultam-no, ridicularizam-no ou ameaçam-no	1 a 17	M
5	Minimizan los episodios de pena, enfermedad o daño físico del niño	0 a 17	M
	Minimizam os episódios de dor, doença ou danos físicos da criança	0 a 17	M
6	Manifiestan enojo cuando el niño o niña se hace daño	0 a 17	M
	Manifestam raiva quando o menino ou menina se machuca	0 a 17	M
7	No se observa ningún expresión física de afecto del progenitor hacia el niño o niña	0 a 17	M
	Não se observa nenhuma expressão física de afeto do progenitor com o menino ou menina	0 a 17	M
8	Muestran una relación de celos con el niño o niña, rivalizando por la atención de la pareja	0 a 17	M
	Mostram uma relação de ciúmes com o menino ou menina, rivalizando pela atenção do casal	0 a 17	M
9	Son conocedores de la situación de malos tratos que sufre y no lo protegen	0 a 17	M
	São conhecedores da situação de maus tratos que sofre e não o protegem	0 a 17	M
10	Son conocedores de la situación de abuso sexual que sufre y no lo protegen	0 a 17	M
	São conhecedores da situação de abuso sexual que sofre e não o protegem	0 a 17	M
11	No permiten al niño o niña contacto táctil con ellos (caricias, mimos, ternura...)	0 a 17	M
	Não permitem ao menino ou menina contato tátil com eles (carícias, mimos, ternura...)	0 a 17	M
12	Lo echan de casa o dicen que no quieren saber nada más de él o ella	0 a 17	M
	Expulsaram-no de casa ou dizem que não querem saber nada mais dele ou dela	0 a 17	M
13	Tratan de manera muy desigual a los hermanos	0 a 17	M
	Tratam de maneira muito desigual aos irmãos	0 a 17	M
D2	El seguimiento y control de la salud del niño o niña no parece el adecuado O seguimento e controle da saúde do menino ou menina não parece o adequado O seguimento e controle da saúde da criança ou do adolescente não parece o adequado		

1	Lo traen enfermo a la escuela	0 a 17	M
	Levam-no à escola doente	0 a 17	M
2	No atienden las enfermedades o daños físicos del niño o niña	0 a 17	M
	Não atendem às doenças ou danos físicos do menino ou menina	0 a 17	M
3	No llevan a cabo las revisiones médicas	0 a 17	M
	Não levam a cabo as revisões médicas	0 a 17	M
4	No tienen cuidado de las deficiencias visuales, auditivas, etc. del niño o niña	0 a 17	M
	Não tomam cuidado com as deficiências visuais, auditivas, etc. do menino ou menina	0 a 17	M
5	No siguen los tratamientos médicos y/o higiénicos que les indican	0 a 17	M
	Não seguem os tratamentos médicos e / ou higiênicos que lhes indicam	0 a 17	M
6	No asisten a los servicios especializados indicados o derivados (atención precoz, salud mental)	0 a 17	M
	Não comparecem aos serviços especializados indicados ou derivados (atenção precoce, saúde mental)	0 a 17	M
7	No aceptan la enfermedad del niño y por tanto no le proporcionan la asistencia que necesita	0 a 17	M
	Não aceitam a doença da criança e portanto não proporcionam-lhe a assistência que necessita	0 a 17	M
D3	Hay sospechas de manipulación de la salud del niño o niña por parte de los progenitores Há suspeitas de manipulação da saúde do menino ou menina por parte dos progenitores Há suspeitas de manipulação da saúde da criança ou do adolescente por parte dos progenitores		
1	Llevan a menudo medicamentos a la escuela sin justificante medico	0 a 16	M
	Levam frequentemente medicamentos à escola sem justificativa médica	0 a 16	M
2	Le atribuyen a menudo enfermedades dudosas o síntomas no observados en la escuela o por el personal sanitario	0 a 17	M
	Atribuem-lhe frequentemente doenças duvidosas ou sintomas não observados na escola ou pela equipe de saúde	0 a 17	M

3	Le atribuyen a menudo enfermedades dudosas o síntomas no observados en la escuela o por el personal médico	0 a 17	M
	Atribuem-lhe frequentemente enfermidades duvidosas ou sintomas não observados pela equipe médica	0 a 17	M
4	Realiza faltas de asistencia reiteradas por enfermedades sin justificación médica	3 a 17	M
	Realiza ausências reiteradas por doenças sem justificativa médica	3 a 17	M
5	Presenta síntomas recurrentes que desaparecen cuando lo separan de la familia y vuelven cuando está con ella	0 a 17	M
	Apresenta sintomas recorrentes que desaparecem quando o separam da família e voltam quando está com ela	0 a 17	M
6	Se observan múltiples ingresos hospitalarios	0 a 17	M
	Observam-se múltiplos ingressos hospitalares	0 a 17	M
7	Se observan síntomas compatibles con una intoxicación por fármacos, drogas o alcohol	0 a 17	M
	Observam-se sintomas compatíveis com intoxicação por fármacos, drogas ou álcool	0 a 17	M
8	Promueven excesivos requerimientos médicos (pruebas, medicación, tratamientos) en el niño o niña	0 a 17	M
	Promovem excessivos requerimentos médicos (testes, medicação, tratamentos) com o menino ou menina	0 a 17	M
D4			
Los progenitores o guardadores aíslan al niño o niña del entorno social			
Os progenitores ou cuidadores isolam o menino ou menina do entorno social			
Os progenitores ou cuidadores isolam a criança ou o adolescente do entorno social			
1	Se muestran extremadamente protectores o controladores	0 a 17	M
	Mostram-se extremamente protetores ou controladores	0 a 17	M
2	No le dejan estar con amigos	3 a 17	M
	Não o deixam estar com os amigos	3 a 17	M
3	Evitan que se relacione con otros adultos que no sean ellos	3 a 17	M
	Evitam que se relacionem com outros adultos que não sejam eles	3 a 17	M

4	Le repiten que no hay nadie más en el mundo en quien confiar aparte de ellos	3 a 17	M
	Repetem que não há mais ninguém no mundo em quem possa confiar que não sejam eles		
	Repetem que não há mais ninguém no mundo em quem possa confiar que não sejam eles	3 a 17	M
5	Se muestran muy posesivos con respecto al niño o niña	0 a 17	M
	Mostram-se muito possessivos a respeito do menino ou menina		
	Mostram-se muito possessivos a respeito da criança ou do adolescente	0 a 17	M
6	Le mantienen retenida la documentación (pasaporte, DNI)	6 a 17	M
	Mantêm retida sua documentação (passaporte, Carteira de Identidade)		
	Mantêm retida sua documentação (passaporte, Carteira de Identidade)	6 a 17	M
7	Limitam contato com recursos de lazer	3 a 17	M
D5	Los progenitores o guardadores se despreocupan de las actividades escolares y de ocio del niño o niña Os progenitores ou cuidadores despreocupam-se com as atividades escolares e de ócio do menino ou menina Os progenitores ou cuidadores despreocupam-se com as atividades escolares e de ócio da criança ou do adolescente		
1	Se olvidan de recogerlo de la escuela o lo recogen o acompañan muy tarde	0 a 17	M
	Esquecem-se de buscá-lo na escola ou buscaram-no ou acompanham-no muito tarde		
	Esquecem-se de buscá-lo na escola ou buscaram-no ou acompanham-no muito tarde	0 a 17	M
2	Se despreocupan por el ocio del niño o niña	3 a 17	M
	Não se preocupam pelo ócio do menino ou menina		
	Não se preocupam pelo ócio da criança ou do adolescente	3 a 17	M
3	No se preocupan por los contenidos de las actividades que realiza el niño o niña (violencia, pornografía)	3 a 17	M
	Não se preocupam pelos conteúdos das atividades que o menino ou menina realiza (violência, pornografia)		
	Não se preocupam pelos conteúdos das atividades que a criança ou o adolescente realiza (violência, pornografia)	3 a 17	M
4	No lo han escolarizado	3 a 16	M
	Não o escolarizaram		
	Não o escolarizaram	3 a 16	M
5	Hay un abandonado escolar consentido y/o favorecido	3 a 16	M
	Houve um abandono escolar consentido e / ou favorecido		
	Houve um abandono escolar consentido e / ou favorecido	3 a 16	M
6	No asisten a las reuniones ni entrevistas con la escuela cuando se les cita	0 a 17	M
	Não assistem às reuniões nem entrevistas com a escola quando convocados		
	Não assistem às reuniões nem entrevistas com a escola quando convocados	0 a 17	M

7	Son causantes o consentidores de las faltas de asistencia y/o absentismo escolar del niño/a	3 a 16	M
	São causadores ou consentidores das faltas e / ou absentismo escolar do menino/a		
	São causadores ou consentidores das faltas e / ou absentismo escolar da criança ou do adolescente	3 a 16	M
8	Desconocen el curso donde acude, el profesor, sus amigos, qué actividades realiza...	3 a 16	M
	Desconhecem o curso onde vai, o professor, seus amigos, que atividades realiza...		
	Desconhecem o curso onde vai, o professor, seus amigos, que atividades realiza...	3 a 16	M
9	No es preocupan de que lleve el material escolar (chándal...)	3 a 12	M
	Não se preocupam que leve o material escolar (uniforme,...)		
	Não se preocupam que leve o material escolar (uniforme,...)	3 a 12	M
D6	Los progenitores o guardadores no atienden las necesidades básicas del niño o niña Os progenitores ou cuidadores não atendem às necessidades básicas do menino ou menina Os progenitores ou cuidadores não atendem às necessidades básicas da criança ou do adolescente		
1	Desatienden sus necesidades básicas (alimentación, higiene...)	0 a 17	M
	Não atendem suas necessidades básicas (alimentação, higiene...)		
	Não atendem suas necessidades básicas (alimentação, higiene...)	0 a 17	M
2	No respetan los hábitos o rutinas que necesita (horas de sueño y descanso, las comidas...)	0 16	M
	Não respeitam os hábitos ou rotinas que necessita (horas de sono e descanso, refeições...)		
	Não respeitam os hábitos ou rotinas que necessita (horas de sono e descanso, refeições...)	0 16	M
3	El niño o niña pasa muchas horas solo o encerrado en casa	0 a 12	M
	O menino ou menina passa muitas horas sozinho ou trancado em casa		
	A criança passa muitas horas sozinho ou trancado em casa	0 a 12	M
4	El niño o niña pasa la mayor parte del día solo en casa y/o fuera del domicilio	0 a 12	M
	O menino ou menina passa a maior parte do dia sozinho em casa e / ou fora do domicílio		
	A criança passa a maior parte do dia sozinho em casa e / ou fora do domicílio	0 a 12	M
5	Muestran un desconocimiento de las necesidades emocionales y de estimulación del niño o niña	0 a 17	M
	Mostram um desconhecimento das necessidades emocionais e de estimulação do menino ou menina		
	Mostram um desconhecimento das necessidades emocionais e de estimulação da criança ou do adolescente	0 a 17	M
6	No le facilitan la ayuda u orientación que necesita o no colaboran con los servicios que le atienden	0 a 17	M

	Não lhe facilitam a ajuda ou orientação que necessita ou não colaboram com os serviços que lhe atendem		
	Não lhe facilitam a ajuda ou orientação que necessita ou não colaboram com os serviços que lhe atendem	0 a 17	M
7	Se encargan del niño o niña otros familiares, amigos o vecinos no adecuados	0 a 17	M
	Responsabilizam-se pelo menino ou menina outros familiares, amigos ou vizinhos não adequados		
	Responsabilizam-se pela criança ou adolescente outros familiares, amigos ou vizinhos não adequados	0 a 17	M
8	Se encargan del niño o niña otros familiares, amigos o vecinos por despreocupación de los progenitores	0 a 17	M
	Responsabilizam-se pelo menino ou menina outros familiares, amigos ou vizinhos por despreocupação dos progenitores		
	Responsabilizam-se pela criança ou adolescente outros familiares, amigos ou vizinhos por despreocupação dos progenitores	0 a 17	M
9	Se da una ausencia de supervisión del niño o niña (riesgo de accidentes domésticos)	0 a 17	M
	Ocorre ausência de supervisão do menino ou menina (risco de acidentes domésticos)		
	Ocorre ausência de supervisão da criança ou do adolescente (risco de acidentes domésticos)	0 a 17	M
10	Priorizan asuntos propios, en detrimento de la atención al niño o niña, pudiendo evitarlo	0 a 17	M
	Priorizam assuntos próprios, em detrimento da atenção do menino ou menina, podendo evitá-lo		
	Priorizam assuntos próprios, em detrimento da atenção da criança ou do adolescente, podendo evitá-lo	0 a 17	M
11	Lo dejan muchas horas solo en un piso donde vienen a menudo personas ajenas a la familia	0 a 17	M
	Deixam-no muitas horas sozinho em um ambiente onde há muitas pessoas de fora da família		
	Deixam-no muitas horas sozinho em um ambiente onde há muitas pessoas de fora da família	0 a 17	M
12	Frecuentan con el niño o niña ambientes o locales no adecuados para éste (bares, discotecas...)	0 a 12	M
	Frequentam com o menino ou menina ambientes ou locais inadequados para este (bares, discotecas...)		
	Frequentam com a criança ou o adolescente ambientes ou locais inadequados para este (bares, discotecas...)	0 a 12	M
13	Casi no lo visitan cuando está hospitalizado	0 a 17	M
	Quase não o visitam quando está hospitalizado		
	Quase não o visitam quando está hospitalizado	0 a 17	M
D7	Los progenitores o guardadores aterrorizan o intimidan al niño o niña Os progenitores ou cuidadores aterrorizam ou intimidam o menino ou menina		

Os progenitores ou cuidadores aterrorizam ou intimidam a criança ou o adolescente			
1	Lo aterrorizan (lo amenazan con mutilar-lo, matarlo, venderlo, rompen sus cosas)	0 a 17	G
	Aterrorizam-no (ameaçam-no de mutilá-lo, matá-lo, vendê-lo, quebram suas coisas)	0 a 17	G
2	Utilizan sistemáticamente el miedo como forma de disciplina	1 a 17	G
	Utilizam sistematicamente o medo como forma de disciplina	1 a 17	G
3	Muestran violencia manifiesta contra las personas delante del niño o niña	0 a 17	G
	Manifestam violência contra pessoas diante da criança ou do adolescente	0 a 17	G
4	Han hecho intentos o han consumado un suicidio u homicidio ante el niño o niña	0 a 17	G
	Têm feito tentativas ou consumaram suicídio ou homicídio diante da criança ou do adolescente	0 a 17	G
5	Lo amenazan en hacerle daño, dicen que no responden de sus actos	0 a 17	G
	Ameaçam-no de fazer-lhe dano, dizem que não se responsabilizam por seus atos	0 a 17	G
6	Utilizan un trato colérico y explosivo con el niño o niña	0 a 17	G
	Utilizam tratamento colérico e explosivo com a criança ou o adolescente	0 a 17	G
7	Muestran violencia manifiesta contra animales o cosas delante el niño o niña	0 a 17	G
	Manifestam violência contra animais ou coisas diante da criança ou do adolescente	0 a 17	G
D8	Los progenitores o guardadores pueden estar explotando o corrompiendo al niño o niña Os progenitores ou cuidadores podem estar explorando ou corrompendo o menino ou menina Os progenitores ou cuidadores podem estar explorando ou corrompendo a criança ou o adolescente		
1	Hay indicios de que podrían estar forzando o consintiendo una situación de explotación laboral	4 a 15	G
	Há indícios de que poderiam estar forçando ou consentindo uma situação de exploração laboral	4 a 15	G

2	Fuerzan o consienten una situación de explotación laboral	4 a 15	G
	Forçam ou consentem uma situação de exploração laboral	4 a 15	G
3	Hay indicios de que podrían estar forzando al niño o niña en actividades sexuales	0 a 17	G
	Há indícios de que poderiam estar forçando o menino ou menina em atividades sexuais	0 a 17	G
4	Lo utilizan en actividades sexuales (prostitución, pornografía, etc.)	0 a 17	G
	Utilizam-no em atividades sexuais (prostituição, pornografia, etc.)	0 a 17	G
5	Lo utilizan para la mendicidad	0 a 17	G
	Utilizam-no para a mendicância	0 a 17	G
6	Lo utilizan en actividades disociales o delictivas (vandalismo, robos...)	0 a 17	G
	Utilizam-no em atividades antissociais ou delitos (vandalismo, roubos...)	0 a 17	G
7	Hacen actos sexuales ante la presencia del niño o niña	0 a 17	G
	Praticam atos sexuais na presença do menino ou menina	0 a 17	G
8	Le suministran sustancias tóxicas (alcohol, cannabis, taba, etc.)	0 a 6	G
	Fornecem-lhe substâncias tóxicas (álcool, maconha, tabaco, etc)	0 a 6	G
D9	Los progenitores o guardadores manifiestan a menudo incapacidad de control del niño e niña Os progenitores ou cuidadores manifestam frequentemente incapacidade de controle do menino ou menina D9. Os progenitores ou cuidadores manifestam frequentemente incapacidade de controle da criança ou do adolescente		
1	Se quejan a menudo que “no pueden” con el niño o niña, que es demasiado difícil	0 a 17	M
	Queixam-se frequentemente que “não podem” com o menino ou menina, que é muito difícil	0 a 17	M
2	Manifiestan que quieren ingresarlo en un centro debido a su conducta	0 a 17	M
	Manifestam que querem ingressá-lo em um centro de acolhida devido a sua conduta	0 a 17	M
3	Manifiestan que le tienen miedo y/o que han recibido amenazas o les ha agredido	6 a 17	M
	Manifestam que têm medo dele e / ou receberam ameaças ou sofreram agressões		

	Manifestam que têm medo dele e / ou receberam ameaças ou sofreram agressões	6 a 17	M
4	Manifiestan que tiene ataques de violencia incontrollable	3 a 17	M
	Manifestam que tem ataques de violência incontrollável		
	Manifestam que tem ataques de violência incontrollável	3 a 17	M
D10	Los progenitores / guardadores muestran pautas educativas no adecuadas con el niño o niña		
	Os progenitores / cuidadores utilizam pautas educativas inadequadas com o menino ou menina		
	Os progenitores / cuidadores utilizam pautas educativas inadequadas com a criança ou o adolescente		
1	Utilizan el castigo físico como método habitual de disciplina	0 a 17	M
	Utilizam o castigo físico como método habitual de disciplina		
	Utilizam o castigo físico como método habitual de disciplina	0 a 17	M
2	Utilizan habitualmente métodos o pautas educativas extremadamente rígidos y poco flexibles	0 a 17	M
	Utilizam habitualmente métodos ou pautas educativas extremamente rígidos e pouco flexíveis		
	Utilizam habitualmente métodos ou pautas educativas extremamente rígidos e pouco flexíveis	0 a 17	M
3	No tienen en cuenta su opinión en ninguna de las decisiones que le afectan directamente	4 a 17	M
	Não levam em conta sua opinião em nenhuma das decisões que lhe afetam diretamente		
	Não levam em conta sua opinião em nenhuma das decisões que lhe afetam diretamente	4 a 17	M
4	Lo presionan de forma desmedida par que saque buenas notas o destaque en alguna actividad	4 a 17	M
	Pressionam-no de forma desmedida para que tire boas notas ou destaque-se em alguma atividade		
	Pressionam-no de forma desmedida para que tire boas notas ou destaque-se em alguma atividade	4 a 17	M
5	Le inculcan odio o prejuicios religiosos, étnicos o de otro tipo	3 a 17	M
	Induzem-lhe ódio ou preconceitos religiosos, étnicos ou de outro tipo		
	Induzem-lhe ódio ou preconceitos religiosos, étnicos ou de outro tipo	3 a 17	M
6	El culpabilizan de los problemas familiares (no hace lo suficiente por ellos, se presentan como mártires)	1 a 17	M
	Culpabilizam-no dos problemas familiares (não faz o suficiente por eles, apresentam-se como mártires)		
	Culpabilizam-no dos problemas familiares (não faz o suficiente por eles, apresentam-se como mártires)	1 a 17	M
7	Lo utilizan en el conflicto conyugal/de pareja	0 a 17	M
	Utilizam-no no conflito conjugal / de casal		
	Utilizam-no no conflito conjugal / de casal	0 a 17	M
8	Inducen al niño o niña al consumo de tóxicos (cannabis, alcohol...)	7 a 17	M
	Induzem ao menino ou menina o consumo de tóxicos (maconha, álcool...)		

	Induzem à criança ou ao adolescente o consumo de tóxicos (maconha, álcool...)	7 a 17	M
9	Le toleran absolutamente todos los comportamientos sin ponerle ningún límite	1 a 17	M
	Toleram absolutamente todos os comportamentos sem impor-lhe nenhum limite		
	Toleram absolutamente todos os comportamentos sem impor-lhe nenhum limite	1 a 17	M
10	Utilizan pautas educativas incoherentes	1 a 17	M
	Utilizam pautas educativas incoerentes		
	Utilizam pautas educativas incoerentes	1 a 17	M
D11	Los progenitores han desatendido gravemente y/o han agredido al niño o niña antes de nacer		
	Os progenitores negligenciaram gravemente e / ou agrediram o menino ou menina antes de nascer		
	Os progenitores negligenciaram gravemente e / ou agrediram a criança ou o adolescente antes de nascer		
1	La madre presenta abuso de alcohol u otras drogas durante el embarazo	<0 a 3	M
	A mãe apresenta abuso de álcool ou outras drogas durante a gravidez		
	A mãe apresenta abuso de álcool ou outras drogas durante a gravidez	<0 a 3	M
2	La madre realiza un inadecuado control médico del embarazo que puede suponer un riesgo para el feto	<0 a 3	M
	A mãe realiza inadequado controle médico da gravidez que pode acarretar em um risco para o feto		
	A mãe realiza inadequado controle médico da gravidez que pode acarretar em um risco para o feto	<0 a 3	M
3	Se da violencia contra la madre y el feto	<0 a 3	M
	Ocorre violência contra a mãe e o feto		
	Ocorre violência contra a mãe e o feto	<0 a 3	M
4	La madre realiza conductas de riesgo para el feto (vive en la calle, no acepta ayuda)	<0 a 3	M
	A mãe realiza condutas de risco para o feto (vive na rua, não aceita ajuda)		
	A mãe realiza condutas de risco para o feto (vive na rua, não aceita ajuda)	<0 a 3	M
5	La madre hace intentos de perder el niño o niña o lo rechaza durante la gestación	<0 a 3	M
	A mãe faz tentativas de perder o menino ou menina ou o rejeita durante a gestação		
	A mãe faz tentativas de perder o menino ou menina ou o rejeita durante a gestação	<0 a 3	M
D12	Situaciones que hacen que el niño o niña se encuentra gravemente desprotegido		
	Situações que fazem que o menino ou menina encontre-se gravemente desprotegido		
	Situações que fazem que a criança ou o adolescente encontre-se gravemente desprotegido		

1	Han detenido a los progenitores o guardadores y no hay nadie que pueda hacerse cargo	0 a 17	G
	Os progenitores ou cuidadores foram presos e não há ninguém que possa se encarregar		
	Os progenitores ou cuidadores foram presos e não há ninguém que possa se encarregar	0 a 17	G
2	Se le ha encontrado solo por la calle o en un domicilio y no se localiza nadie de la familia	0 a 16	G
	Foi encontrado sozinho na rua ou em um domicílio onde não se localiza ninguém da família		
	Foi encontrado sozinho na rua ou em um domicílio onde não se localiza ninguém da família	0 a 16	G
3	No lo han recogido del colegio y la policía no localiza a nadie que pueda hacerse cargo	0 a 12	G
	Não foi buscado no colégio e a polícia não localiza ninguém que possa se encarregar		
	Não foi buscado no colégio e a polícia não localiza ninguém que possa se encarregar	0 a 12	G
4	No lo han recogido del colegio y no se localiza a nadie que pueda hacerse cargo	0 a 12	G
	Não foi buscado no colégio e a não se localiza ninguém que possa se encarregar		
	Não foi buscado no colégio e a não se localiza ninguém que possa se encarregar	0 a 12	G
5	Hay un ingreso hospitalario de los progenitores y no hay nadie que pueda hacerse cargo	0 a 16	G
	Houve um ingresso hospitalar dos progenitores e não há ninguém que possa se encarregar		
	Houve um ingresso hospitalar dos progenitores e não há ninguém que possa se encarregar	0 a 16	G
6	Desatienden la alimentación que, por edad o condiciones especiales, le supone un riesgo de muerte	0 a 17	G
	Negligenciam a alimentação que, por sua idade ou condições especiais, representa risco de morte		
	Negligenciam a alimentação que, por sua idade ou condições especiais, representa risco de morte	0 a 17	G
7	Ha sido abandonado intencionadamente	0 a 17	G
	Foi abandonado intencionalmente		
	Foi abandonado intencionalmente	0 a 17	G
8	No siguen los tratamientos por enfermedades graves con alto riesgo para su vida	0 a 17	G
	Não seguem os tratamentos para doenças graves com alto risco para sua vida		
	Não seguem os tratamentos para doenças graves com alto risco para sua vida	0 a 17	G
9	La madre y/o el padre quiere dar el niño en adopción	0 a 17	G

	A mãe e / ou o pai quer dar a criança para adoção		
	A mãe e / ou o pai quer dar a criança ou o adolescente para adoção	0 a 17	G
10	Menores sin referentes familiares en el territorio	0 a 17	G
	Menores sem referentes familiares no território		
	Menores sem referentes familiares no território	0 a 17	G
11	Amenazan con matar al niño o niña	0 a 17	G
	Ameaçam matar o menino ou menina		
	Ameaçam matar a criança ou o adolescente	0 a 17	G
12	Amenazan con dar al niño o niña	0 a 17	G
	Ameaçam dar o menino ou menina		
	Ameaçam dar a criança ou o adolescente	0 a 17	G
13	Manifiestan un miedo angustioso a agredirle	0 a 17	G
	Manifestam um medo angustiante de agredir-lhe		
	Manifestam um medo angustiante de agredir-lhe	0 a 17	G
D13	Los progenitores / guardadores pueden estar maltratando físicamente al niño o niña o abusando de él sexualmente		
	Os progenitores / cuidadores podem estar maltratando fisicamente o menino ou menina ou abusando dele sexualmente		
	Os progenitores / cuidadores podem estar maltratando fisicamente a criança ou o adolescente ou abusando dela/e sexualmente		
1	Pueden ser los causantes de las lesiones físicas que presenta	0 a 17	G
	Podem ser os causadores das lesões físicas que apresenta		
	Podem ser os causadores das lesões físicas que apresenta	0 a 17	G
2	Pueden estar abusando sexualmente de el niño o niña	0 a 17	G
	Podem estar abusando sexualmente do menino ou menina		
	Podem estar abusando sexualmente da criança ou do adolescente	0 a 17	G
3	Pueden haber favorecido una mutilación genital femenina o están en riesgo de hacerlo	0 a 17	G
	Podem ter favorecido uma mutilação genital feminina ou estão em risco de fazê-lo		
	ITEM EXCLUÍDO		
D14	El niño o niña está viviendo en un entorno familiar violento		
	O menino ou menina está vivendo em um entorno familiar violento		
	A criança ou o adolescente está vivendo em um entorno familiar violento		
1	Se dan relaciones violentas entre la pareja	0 a 17	G
	Ocorrem relações violentas entre o casal		
	Ocorrem relações violentas entre o casal	0 a 17	G
2	Se da violencia física/ psíquica manifiesta contra otros miembros de la familia	0 a 17	G
	Ocorre violência física / psíquica manifesta contra outros membros da família		
	Ocorre violência física / psíquica manifesta contra outros membros da família	0 a 17	G
3	Hay agresiones mutuas entre progenitores e hijos	6 a 17	M
	Há agressões mútuas entre progenitores e filhos		
	Há agressões mútuas entre progenitores e filhos	6 a 17	M

4	Se dan múltiples o cruzadas denuncias entre los miembros de la familia	0 a 17	G
	Ocorrem denúncias múltiplas ou cruzadas entre os membros da família		
	Ocorrem denúncias múltiplas ou cruzadas entre os membros da família	0 a 17	G
5	Uno de los progenitores ha matado al otro	0 a 17	G
	Um dos progenitores matou o outro		
	Um dos progenitores matou o outro	0 a 17	G
E	CONTEXT SOCIAL, FAMILIAR Y PERSONAL DEL NIÑO/A		
	CONTEXTO SOCIAL, FAMILIAR E PESSOAL DO MENINO / A		
	CONTEXTO SOCIAL, FAMILIAR E PESSOAL DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE		
E1	Los guardadores o progenitores pueden tener una adicción al alcohol u otras drogas		
	Os cuidadores ou progenitores podem ter uma adição a álcool ou outras drogas		
	Os cuidadores ou progenitores podem ter uma adição a álcool ou outras drogas		
1	Presentan síntomas compatibles con un abuso de alcohol	0 a 17	M
	Apresentam sintomas compatíveis com abuso de álcool		
	Apresentam sintomas compatíveis com abuso de álcool	0 a 17	M
2	Presentan síntomas compatibles con un abuso de otras drogas (que no sean el alcohol)	0 a 17	M
	Apresentam sintomas compatíveis com abuso de outras drogas (que não sejam o álcool)		
	Apresentam sintomas compatíveis com abuso de outras drogas (que não sejam o álcool)	0 a 17	M
3	Presentan síntomas compatibles con consumo de otras sustancias estupefacientes diferentes del alcohol	0 a 17	M
	Apresentam sintomas compatíveis com consumo de outras substâncias entorpecentes diferentes do álcool		
	Apresentam sintomas compatíveis com consumo de outras substâncias entorpecentes diferentes do álcool	0 a 17	M
4	Se observa la existencia de sustancias estupefacientes o tóxicas al alcance de los niños	0 a 17	M
	Observa-se a existência de substâncias entorpecentes ou tóxicas ao alcance das crianças		
	Observa-se a existência de substâncias entorpecentes ou tóxicas ao alcance das crianças ou adolescentes	0 a 17	M
E2	Los guardadores o progenitores pueden estar sufriendo algún trastorno mental		
	Os cuidadores ou progenitores podem estar sofrendo algum transtorno mental		
	Os cuidadores ou progenitores podem estar sofrendo algum transtorno mental		
1	Presentan síntomas compatibles con algún trastorno mental	0 a 17	M
	Apresentam sintomas compatíveis com algum transtorno mental		
	Apresentam sintomas compatíveis com algum transtorno mental	0 a 17	M
E3	Los guardadores presentan una discapacidad intelectual		

	Os cuidadores apresentam uma incapacidade intelectual		
	Os cuidadores apresentam uma incapacidade intelectual		
1	Presentan dificultades compatibles con alguna discapacidad intelectual	0 a 17	M
	Apresentam dificuldades compatíveis com alguma incapacidade intelectual		
	Apresentam dificuldades compatíveis com alguma incapacidade intelectual	0 a 17	M
E4	Los guardadores presentan una enfermedad física		
	Os cuidadores apresentam uma enfermidade física		
	Os cuidadores apresentam uma enfermidade física		
1	Los progenitores sufren alguna enfermedad física grave	0 a 17	M
	Os progenitores sofrem alguma enfermidade física grave		
	Os progenitores sofrem alguma enfermidade física grave	0 a 17	M
E5	La vivienda no presenta unas condiciones mínimas de habitabilidad e higiene para el niño o niña		
	A habitação não apresenta condições mínimas de habitabilidade e higiene para o menino ou menina		
	A habitação não apresenta condições mínimas de habitabilidade e higiene para a criança ou o adolescente		
1	Las condiciones de vivienda son insalubres o peligrosas	0 a 17	M
	As condições de habitação são insalubres ou perigosas		
	As condições de habitação são insalubres ou perigosas	0 a 17	M
2	La vivienda se encuentra en condiciones precarias de mantenimiento, equipamiento y orden	0 a 17	M
	A habitação encontra-se em condições precárias de manutenção, equipamento e ordem		
	A habitação encontra-se em condições precárias de manutenção, equipamento e ordem	0 a 17	M
3	Hay hacinamiento (conviven muchas personas en una misma casa)	0 a 17	M
	Há superlotação (muitas pessoas convivem em uma mesma casa)		
	Há superlotação (muitas pessoas convivem em uma mesma casa)	0 a 17	M
4	Han sido desahuciados o no tienen domicilio	0 a 17	M
	Foram despejados ou não têm domicílio		
	Foram despejados ou não têm domicílio	0 a 17	M
E6	Antecedentes de violencia o de abuso sexual en la historia familiar		
	Antecedentes de violência ou de abuso sexual na história familiar		
1	Alguno de los progenitores ha fallecido por causas violentas (asesinato, suicidio...)	0 a 17	M
	Algum dos progenitores faleceu por causas violentas (assassinato, suicídio...)		
	Algum dos progenitores faleceu por causas violentas (assassinato, suicídio...)	0 a 17	M
2	Uno de los progenitores agredió al otro	0 a 17	M
	Um dos progenitores agrediu o outro		
	Um dos progenitores agrediu o outro	0 a 17	M

3	Algún hermano ha sufrido malos tratos físicos y / o abuso sexual	0 a 17	M
	Algum irmão sofreu maus tratos físicos e / ou abuso sexual	0 a 17	M
4	Uno de los progenitores tiene antecedentes de haber maltratado física o sexualmente a terceras personas	0 a 17	M
	Um dos progenitores tem antecedentes de ter maltratado física ou sexualmente terceiros	0 a 17	M
E7	Los progenitores o guardadores tienen una historia personal de desprotección Os progenitores ou cuidadores têm uma história pessoal de desproteção Os progenitores ou cuidadores têm uma história pessoal de desproteção		
1	Hay una historia personal de maltrato físico o de abuso sexual en los progenitores	0 a 17	L
	Há história pessoal de maus tratos físicos ou de abuso sexual nos progenitores	0 a 17	L
2	Hay una historia personal de negligencia en los progenitores	0 a 17	L
	Há história pessoal de negligência nos progenitores	0 a 17	L
3	De pequeños estuvieron institucionalizados en el sistema de protección	0 a 17	L
	Quando pequenos estiveram institucionalizados pelo sistema de proteção	0 a 17	L
E8	Situación familiar de especial consideración Situação familiar de especial consideração Situação familiar de especial consideração		
1	Alguno de los progenitores está en prisión	0 a 17	L
	Algum dos progenitores está na prisão	0 a 17	L
2	Ambos progenitores están en prisión	0 a 17	L
	Ambos os progenitores estão na prisão	0 a 17	L
3	Los ingresos económicos familiares provienen de actividades presuntamente delictivas o no legales	0 a 17	L
	Os recursos econômicos familiares provêm alegadamente de atividades delitivas ou ilegais	0 a 17	L
4	Algunos de los progenitores ejerce la prostitución	0 a 17	L
	Algum dos progenitores exerce prostituição	0 a 17	L
E9	El núcleo familiar tiene dificultades sociales, económicas y/o de organización		

O núcleo familiar tem dificuldades sociais, econômicas e / ou de organização			
O núcleo familiar tem dificuldades sociais, econômicas e / ou de organização			
1	No tiene apoyo social y/o familiar	0 a 17	L
	Não há apoio social e/ou familiar		
	Não há apoio social e/ou familiar	0 a 17	L
2	Tiene insuficiencia de ingresos económicos para garantizar el cuidado básico del niño o niña	0 a 17	L
	Há insuficiência de recursos econômicos para garantir o cuidado básico do menino ou menina		
	Há insuficiência de recursos econômicos para garantir o cuidado básico da criança ou do adolescente	0 a 17	L
3	Los progenitores son adolescentes con graves dificultades económicas o falta de apoyo	0 a 17	L
	Os progenitores são adolescentes com graves dificuldades econômicas ou falta de apoio		
	Os progenitores são adolescentes com graves dificuldades econômicas ou falta de apoio	0 a 17	L
4	Es un núcleo monoparental con graves dificultades económicas o con falta de apoyo	0 a 17	L
	É um núcleo monoparental com graves dificuldades econômicas ou com falta de apoio		
	É um núcleo monoparental com graves dificuldades econômicas ou com falta de apoio	0 a 17	L
5	Hay graves deficiencias en las habilidades de organización y economía doméstica	0 a 17	L
	Há graves deficiências nas habilidades de organização e economia doméstica		
	Há graves deficiências nas habilidades de organização e economia doméstica	0 a 17	L
6	Es un núcleo en situación de inmigración con graves dificultades económicas o legales o falta de apoyo	0 a 17	L
	É um núcleo em situação de imigração com graves dificuldades econômicas ou legais ou falta de apoio		
	É um núcleo em situação de imigração com graves dificuldades econômicas ou legais ou falta de apoio	0 a 17	L
7	Se dan cambios constantes de domicilio	0 a 17	L
	Ocorrem constantes mudanças de domicílio		
	Ocorrem constantes mudanças de domicílio	0 a 17	L
8	Hay cambios frecuentes de pareja y/o de los referentes adultos del niño o niña (cambios de cuidadores)	0 a 17	L
	Há mudanças frequentes de casal e / ou das referências adultas do menino ou menina (mudanças de cuidadores)		
	Há mudanças frequentes de casal e / ou das referências adultas da criança ou do adolescente (mudanças de cuidadores)	0 a 17	L
E10	El núcleo familiar vive en un contexto social de especial consideración		
	O núcleo familiar vive em um contexto social de especial consideração		

O núcleo familiar vive em um contexto social de especial consideração			
1	Viven en una situación de aislamiento en zona rural	0 a 17	L
	Vivem em uma situação de isolamento na zona rural		
	Vivem em uma situação de isolamento na zona rural	0 a 17	L
2	Viven en un acampamento provisional de caravanas	0 a 17	L
	Vivem em um acampamento provisório de caravanas		
	Vivem em um acampamento provisório de caravanas	0 a 17	L
3	Habitam en una zona con concentración de población en situación de dificultad social	0 a 17	L
	Habitam em uma zona com concentração de população em situação de dificuldade social		
	Habitam em uma zona com concentração de população em situação de vulnerabilidade social	0 a 17	L
4	El contexto familiar, cultural o religioso es poco favorecedor de los derechos del niño o de la mujer	0 a 17	L
	O contexto familiar, cultural ou religioso é pouco favorecedor dos direitos da criança ou da mulher		
	O contexto familiar, cultural ou religioso é pouco favorecedor dos direitos da criança ou da mulher	0 a 17	L
E11	Los guardadores o progenitores presentan un aspecto físico muy desfavorable Os cuidadores ou progenitores apresentam um aspecto físico muito desfavorável Os cuidadores ou progenitores apresentam um aspecto físico muito desfavorável		
1	Su higiene corporal es muy deficiente	0 a 17	L
	Sua higiene corporal é muito deficiente		
	Sua higiene corporal é muito deficiente	0 a 17	L
2	Presentan a menudo lesiones físicas	0 a 17	L
	Apresentam frequentemente lesões físicas		
	Apresentam frequentemente lesões físicas	0 a 17	L
3	Presentan un estado muy somnoliento	0 a 17	L
	Apresentam um estado muito sonolento		
	Apresentam um estado muito sonolento	0 a 17	L
E12	Las condiciones personales del niño o niña le pueden hacer más vulnerable As condições pessoais do menino ou menina podem fazer-lhe mais vulnerável As condições pessoais da criança ou do adolescente podem fazer-lhe mais vulnerável		
1	Padece una enfermedad crónica	0 a 17	L
	Padece de uma enfermidade crônica		
	Padece de uma enfermidade crônica	0 a 17	L
2	Tiene alguna discapacidad física, intelectual o sensorial	0 a 17	L
	Tem alguma incapacidade física, intelectual ou sensorial		
	Tem alguma incapacidade física, intelectual ou sensorial	0 a 17	L
3	Presenta algún trastorno mental	0 a 17	L
	Apresenta algum transtorno mental		

	Apresenta algum transtorno mental	0 a 17	L
4	Período postnatal difícil (irritabilidad / dificultad para calmarlo / largas hospitalizaciones)	0 a 1	L
	Período pós-natal difícil (irritabilidade / dificuldade para acalmá-lo / extensas hospitalizações)		
	Período pós-natal difícil (irritabilidade / dificuldade para acalmá-lo / extensas hospitalizações)	0 a 1	L

ANEXO B

Descrição dos Caso Fictícios

Caso Fictício 1

Carolina é uma menina de sete anos de idade. Nos últimos tempos, percebe-se que tem ido à escola somente usando camiseta e chinelo, mesmo nos dias frios e com chuva. Com frequência relata dores de cabeça, e parece estar muito magra em relação às outras meninas de sua idade. Embora já tenha sido recomendado o uso de óculos, estes ainda não foram providenciados por seus pais.

Quando indagada sobre sua vida pessoal, mostra-se agressiva, xingando e insultando através de palavrões. Nas poucas vezes que fala, conta que seus pais ameaçam abandoná-la ou mandá-la para um abrigo.

Ao conversar com seus pais, estes não se mostraram muito conscientes dos problemas em relação à criança, não estando dispostos a resolver essas questões referentes a ela.

Caso Fictício 2

Maicon é um menino de 14 anos. Percebe-se que tem dormido na aula, além de estar frequentemente cansado. Além disso, foi visto fumando cigarro e bebendo cerveja sozinho em uma praça.

Ainda não foi realizado contato com seus cuidadores.

Caso Fictício 3

Sofia é um bebê nascido em 2010. Um de seus vizinhos relata que apresenta um aspecto desfavorável, uma vez que sua higiene é inadequada. Em decorrência disso, apresenta vermelhidão na pele no contato com a fralda. Seus pais frequentemente levam-lhe medicamentos sem prescrição médica, além de a levarem seguidamente ao hospital.

Ao conversar com seus pais, estes reconhecem dificuldades no manejo da saúde da filha, pedindo auxílio. Disseram estar bastante preocupados, e que passaram a dar mais atenção à higiene da criança.

ANEXO C

Layout da Versão Espanhola do Software

Cerca ràpida:

A.- ASPECTE FÍSIC I SITUACIÓ DE L'INFANT

- A01. La higiene de l'infant és deficient
- A02. L'alimentació de l'infant és descuidada o insuficient
- A03. L'infant mostra cansament habitual
- A04. Manifestacions de dolences físiques per part de l'infant
- A05. L'infant és receptor de violència física de forma intencionada
- A06. L'infant pot estar patint actualment abusos sexuals
- A07. L'infant va patir, en el passat, maltractament
- A08. L'infant té símptomes compatibles amb haver patit o estar en risc de patir una MGF
- A09. Manifestacions d'altres persones, professionals o membres de la família
- A10. Situacions que fan que l'infant es trobi greument desprotegit

B.- ÀREA EMOCIONAL I COMPORTAMENTAL DE L'INFANT

C.- DESENVOLUPAMENT I APRENENTATGE DE L'INFANT

D.- RELACIÓ DELS PROGENITORS O GUARDADORS AMB L'INFANT

E.- CONTEXT SOCIAL, FAMILIAR I PERSONAL DE L'INFANT

A.- ASPECTE FÍSIC I SITUACIÓ DE L'INFANT

A01. La higiene de l'infant és deficient

- A01.01. Porta la roba bruta
- A01.02. Presenta olors desagradables
- A01.03. Porta roba i/o calçat inadequats
- A01.04. Presenta una higiene corporal deficient

↓

Observacions seleccionades



L'infant o adolescent es pot trobar en una situació de risc moderat o lleu de maltractament. Les situacions de risc poden ser més o menys delicades depenent de la presència d'altres factors que les potenciïn o, per contra, les continguin. Cal iniciar un treball en xarxa i coordinar el cas amb els Serveis Socials Bàsics per tal que facin un estudi de la situació i, si s'escau, derivin el cas al servei especialitzat que correspongui. En cas que sigueu de l'àmbit de serveis socials es tracta de què continueu amb el cas des del vostre servei i, si s'escau, deriveu el cas als serveis socials especialitzats.

ANEXO D

Layout da Versão Piloto do Software

<p>A.ASPECTO FÍSICO E SITUAÇÃO PESSOAL DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE</p> <p><u>A1.A higiene da criança ou do adolescente é muito deficiente</u></p> <p>A2.A alimentação da criança ou do adolescente é descuidada ou insuficiente</p> <p>A4.Manifestações de doenças físicas por parte da criança ou do adolescente</p> <p>A5.A criança ou o adolescente é vítima de violência física</p> <p>A6.A criança ou o adolescente pode estar sofrendo atualmente abusos sexuais</p> <p>A7.A criança ou o adolescente sofreu, no passado, maus tratos</p> <p>A8.Manifestações de outras pessoas, profissionais ou membros da família</p> <p>A9.Situações que fazem que a criança ou o adolescente se encontre gravemente desprotegido</p> <p>B.ÁREA EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE</p> <p>B1.Condutas antissociais e / ou agressivas da criança ou do adolescente</p> <p>B2.Condutas de risco contra si mesmo</p> <p>B3.A criança ou o adolescente consome substâncias tóxicas</p> <p>B4.Manifestações de medo e / ou angústias</p> <p>B5.Alterações na relação com os demais</p> <p>B6.Outras manifestações de alteração de estado de ânimo</p> <p>B7.A criança ou o adolescente apresenta comportamentos de autoestimulação compulsiva</p> <p>B8.A criança ou o adolescente apresenta comportamentos sexualizados inadequados para a idade</p> <p>B9.A criança ou o adolescente está adotando papéis que não correspondem à sua idade</p> <p>C.DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE</p> <p>C2.A criança ou o adolescente apresenta um atraso no desenvolvimento</p> <p>C3.A criança ou o adolescente com frequência tem dificuldades no controle de esfínteres</p> <p>D.RELAÇÃO DOS PROGENITORES / CUIDADORES COM A CRIANÇA OU O ADOLESCENTE</p> <p>D1.Os progenitores ou cuidadores manifestam rejeição com a criança ou o adolescente</p> <p>D10.Os progenitores / cuidadores utilizam pautas educativas inadequadas com a criança ou com o adolescente</p> <p>D12.Situações que fazem que a criança ou o adolescente encontre-se gravemente desprotegido</p> <p>D13.Os progenitores / cuidadores podem estar maltratando fisicamente da criança ou do adolescente ou abusando sexualmente</p> <p>D14.A criança ou o adolescente está vivendo em um entorno familiar violento</p> <p>D2.O seguimento e controle da saúde da criança ou do adolescente não parece o adequado</p> <p>D3.Há suspeitas de manipulação da saúde da criança ou do adolescente por parte dos progenitores</p> <p>D6.Os progenitores ou cuidadores não atendem às necessidades básicas da criança ou do adolescente</p> <p>D8.Os progenitores ou cuidadores podem estar explorando ou corrompendo a criança ou o adolescente</p> <p>D9.Os progenitores ou cuidadores manifestam frequentemente incapacidade de controle da criança ou do adolescente</p> <p>E.CONTEXTO SOCIAL, FAMILIAR E PESSOAL DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE</p> <p>E1.Os cuidadores ou progenitores podem ter uma adição a álcool ou outras drogas</p> <p>E11.Os cuidadores ou progenitores apresentam um aspecto físico muito desfavorável</p> <p>E12.As condições pessoais da criança ou do adolescente podem fazer-lhe mais vulnerável</p>	<p>A1.A higiene da criança ou do adolescente é muito deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Utiliza roupa suja</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Apresenta odores desagradáveis</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Utiliza roupa e/ou calçado inadequados</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Apresenta uma higiene corporal deficiente</p> <p>Selecione a gravidade ▾</p>
--	--

ANEXO E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante:

Sou aluno de Mestrado 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, que tem como objetivo a tradução e adaptação de um *software* (programa de computador) para o auxílio a profissionais na detecção, prevenção e comunicação de situações de risco ou de maus tratos intrafamiliares contra crianças e adolescentes.

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.

As discussões serão gravadas e arquivadas na sala 122 do Instituto de Psicologia da UFRGS. Os arquivos de voz serão destruídos após o período de cinco anos. Na publicação dos resultados desta pesquisa a 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 através dos telefones: (51) 3308-5239 ou pelo e-mail: tiagocalza@yahoo.com.br.

Atenciosamente,

Orientador: Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera

Mestrando: Tiago Zanatta Calza

Nome e assinatura do participante

Local e data

ANEXO F

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)**