

ORIENTAÇÕES PARA O INSTRUMENTO INTOVIAN: IDENTIFICAÇÃO DE FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RISCO OU QUE JÁ APRESENTEM PROBLEMAS DE MAU TRATO E NEGLIGÊNCIA COM CRIANÇAS DOS 0 AOS 3 ANOS

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA – ISCTE/IUL
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL – ISCTE/CIS-IUL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DAS ORGANIZAÇÕES**

Abril, 2015



European Commission Justice
With financial support from the
DAPHNE Programme of the European Union



O projeto "Proteger as crianças da violência doméstica: Desenvolvimento de um protocolo de diagnóstico do abuso e negligência de crianças, e sua implementação no sistema nacional de saúde" (JUST/2011/DAP/AG/3283) foi co-financiado pelo Programa Daphne (2011-2012), Comissão Europeia - DG Justiça (80%) e pelas Organizações Parceiras (20%).

Estas orientações são produto de um trabalho colectivo desenvolvido no contexto do projeto INTOVIAN. As orientações foram traduzidas e ajustadas às especificidades nacionais de cada país parceiro. Os responsáveis pela tradução e edição de cada país parceiro são os seguintes:

Tradução e Edição Grega: Department of Mental Health and Social Welfare, Institute of Child Health/ Authors team: Korina Hatzinikolaou, Vassiliki Karveli, Aggeliki Skoubourdi, George Nikolaidis

Edição Cipriota: Evita Katsimicha, Maria-Zoe Hadjicharalambous, Kostas Fanti

Edição Inglesa: Cecilia A. Essau

Tradução e Edição Italiana: Andrea Bollini, Giovanni Visci, Giuliana Fantini

Tradução e Edição Portuguesa: Maria Manuela Calheiros, Lúcia Monteiro, João Graça

Tradução e Edição Catalã: Lourdes Ezpeleta, Ruth Pérez

Consórcio do Projeto INTOVIAN:

Coordenador do Projeto

Instituto de Saúde Mental, Departamento de Saúde Mental e Serviços Sociais, Centro para o Estudo e Prevenção de Crianças Maltratadas e Negligenciadas (ICH-MHSW), Grécia

Parceiros

Universidade do Chipre, Departamento de Psicologia (UCY), Chipre

Associação Focolare Maria Regina Onlus (FMR), Itália

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Portugal

Universidade Autònoma de Barcelona (UAB), Espanha

Universidade de Roehampton, Inglaterra

Avaliação Externa

Professora Vasudevi Reddy, Universidade de Portsmouth

Esta publicação foi produzida com o suporte financeiro do Programa DAPHNE da Comissão Europeia. Os conteúdos desta publicação são da responsabilidade dos seus autores e não podem ser considerados como reflectindo a visão da Comissão Europeia.

Conteúdos

Nota Introdutória	5
O Projecto Intovian	5
Capítulo I. Apresentação do Instrumento Intovian	6
1. Para que serve o Instrumento Intovian?	6
2. Quem pode usar o Instrumento Intovian?	6
3. Qual a população-alvo do Instrumento Intovian?	6
4. Quando e onde deve ser utilizado o Instrumento Intovian?	6
Capítulo II. Instruções para o preenchimento do Instrumento Intovian	7
Capítulo III. Cotação	19
Capítulo IV. Quais as etapas seguintes no processo de avaliação?	20
Referências	21
Anexos	22
Anexo I. O Instrumento Intovian	23
Anexo II. Lista de indicadores de risco de mau trato e negligência	25
Anexo III. Leis relevantes a nível nacional	29
Anexo IV. Checklist de stressores psicossociais e ambientais	31
Anexo V. Lista das Organizações e Instituições que intervêm na área do mau trato e da negligência	34

O mau trato e negligência a crianças continuam a ser um grave e complexo problema de saúde pública (WHO, 1999). Em particular, crianças e bebés parecem ser uma população em risco acrescido de maus-tratos em comparação com crianças mais velhas (USDHHS, 2008). Estimativas globais sobre o homicídio de crianças (Organização Mundial da Saúde, 2002) sugerem que bebés e crianças muito pequenos estão em maior risco, com a faixa etária dos 0 aos 4 anos de idade apresentando taxas de homicídio mais de duas vezes superiores em comparação com o grupo etário dos 5 aos 14 anos. As crianças nestas idades são mais vulneráveis, por muitas razões, incluindo a sua dependência, a sua estatura, e a incapacidade de se defenderem (Child Welfare Information Gateway, 2014). No entanto, nem todos os casos de mau trato e negligência resultam em morte violenta. Pelo contrário, a maioria das crianças que foram vítimas de mau trato e negligência cresce lidando com os seus traumas de infância. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), as consequências da exposição a maus-tratos durante a infância podem incluir problemas de saúde física e mental ao longo da vida, mas também ao nível social, sendo que os impactos sociais e ocupacionais que advém destas situações podem em última análise retardar o desenvolvimento económico e social de um país.

Em geral, as evidências mostram que a identificação precoce e a intervenção no mau trato e na negligência a crianças pode prevenir ou reduzir os efeitos adversos a longo prazo para a criança vítima (Ethier, Lemelin & Lacharité, 2004; Chartier, Walker & Naimark, 2007; Felitti et al., 1998; Louwers et al, 2014). No entanto, a violência com esta população raramente é detectada ou prevenida antes da hospitalização, provavelmente porque esta população tem contato limitado com outros para além do grupo social da família, e porque os incidentes de violência ocorrem frequentemente dentro ou em torno da família, no que é chamado "um círculo de confiança" (Finkelhor, 1994; Nikolaidis, 2009). Mesmo nos serviços de emergência dos hospitais, o rastreio precoce de mau trato e negligência a crianças tem sido classificado como inadequado (Louwers et al, 2012).

O projecto Intovian

O objectivo do projecto "Intovian" consiste em aumentar a eficácia dos serviços de saúde para crianças, no contexto europeu, na prevenção e rastreio precoce do mau trato e negligência em bebés e crianças. Neste sentido, foi criada uma ferramenta de triagem para identificar famílias em risco (ou com problemas já estabelecidos) de mau trato e negligência, incluindo especificidades relativas ao grupo etário de bebés e crianças (0-3 anos de idade).

Esta ferramenta foi construída para ser aplicável em qualquer país da UE (seis países da UE participaram no projeto INTOVIAN: Chipre, Grécia, Itália, Espanha, Portugal, Reino Unido). Adicionalmente, um dos objetivos do projecto consistia em assegurar que pode ser implementada por profissionais de saúde de primeira linha durante os exames de saúde de rotina. A maioria das famílias com crianças e/ou bebés nos países da UE seguem programas de saúde específicos durante os primeiros anos de vida da criança e, assim, o acesso à avaliação de bebés e crianças é mais viável no contexto dos serviços de saúde, em comparação com profissionais de outras áreas.

A construção desta ferramenta de rastreio foi informada por: i) instrumentos de rastreio previamente publicados, como o "Escape" (Louwers et al., 2014), ii) as características descritivas de diagnóstico da qualidade da relação pais-criança sugeridas pelo Eixo II, DC: 0-3 Classificação da Relação) (Zero to Three, 2005), que foram testados com uma amostra de 115 díades cuidador-criança da população em geral e clínica em seis países da UE (Chipre, Grécia, Itália, Espanha, Portugal, Reino Unido), e iii) o feedback de profissionais de saúde depois de testar duas versões preliminares da ferramenta em hospitais pediátricos, outros serviços de saúde, e serviços de apoio à família e bem-estar social; os profissionais avaliaram a **viabilidade funcional** da ferramenta.

Capítulo I. Apresentação do Instrumento Intovian

O “Instrumento para a identificação de famílias em situação de risco ou que já apresentem problemas de mau trato e negligência com crianças dos 0 aos 3 anos”, denominado Instrumento “Intovian”, é uma checklist com cinco (5) itens que avaliam indicadores de risco para o mau trato físico e/ou psicológico, negligência, e padrões de relação abusiva/desorganizada entre a criança e o seu/sua cuidador/a (ver Anexo 1).

1. Para que serve o Instrumento Intovian?

O objectivo do instrumento “Intovian” é detectar indicadores de risco de mau trato e negligência de crianças com idade compreendida entre os 0 os 3 anos de idade, ou padrões de relacionamento abusivo em **qualquer** diade cuidador(a)-criança, no contexto de assistência à saúde (cuidados primários ou terciários). Em geral, o rastreio é definido como o primeiro passo de um processo de avaliação de risco de mau trato e negligência em qualquer criança dos 0 aos 3 anos da população geral. O objectivo global do instrumento "Intovian" é ser usado como um instrumento suplementar durante a observação da criança por um profissional de saúde durante a (primeira) visita da família aos serviços de saúde. Note-se que o instrumento "Intovian" **não substitui qualquer outra ferramenta ou exame** que um profissional já utilize na sua actividade diária, mas recomenda-se que seja utilizado como ferramenta adicional para avaliar o risco de mau trato e negligência em relações de prestação de cuidados. Destina-se a uma "triagem" simples do mau trato e negligência e de problemas de relacionamento abusivo de qualquer família com uma criança, discriminando duas grandes categorias: 1) a suspeita de mau trato e negligência ou padrões de relacionamento abusivo, o que indica a necessidade de uma intervenção ou recolha de mais evidências, e 2) a exclusão da existência de mau trato ou/e negligência.

2. Quem pode usar o Instrumento Intovian?

O instrumento "Intovian" foi desenhado para profissionais de saúde e sociais, que trabalham na prestação de serviços primários (ou seja, centros de saúde) ou terciários (ou seja, hospitais, clínicas pediátricas) com crianças de 0-3 anos de idade e suas famílias. Especificamente, consiste numa checklist que pode ser preenchida pelos seguintes profissionais: enfermeiros, pediatras, assistentes sociais, psicólogos e pedopsiquiatras.

3. Qual a população-alvo do Instrumento Intovian?

A população-alvo do instrumento "Intovian" consiste em bebés e crianças com idade compreendida entre os 0 e os 3 anos, que são acompanhadas nos serviços de saúde ou de intervenção social pelo seu/sua cuidador/a. O acompanhante pode ser qualquer pessoa de quem o bebé/criança depende. Devido à sua utilização como meio de triagem para detectar famílias em situação de risco de mau trato ou negligência, este instrumento pode ser aplicado a qualquer criança que o profissional observe durante a sua prática.

4. Quando e onde deve ser utilizado o Instrumento Intovian?

De preferência, o instrumento deve ser aplicado durante a primeira consulta de qualquer bebé/criança, embora a sua aplicação seja possível em consultas de rotina ou acompanhamento posterior, bem como com famílias que utilizam os serviços com regularidade. Por exemplo, o instrumento pode ser preenchido depois da observação das interações cuidador-criança no consultório e/ou na sala de espera do respectivo serviço/instituição.

Capítulo II. Instruções para o preenchimento do Instrumento Intovian

Esta é uma pequena checklist que demora 5 minutos a ser completada. Pode preencher TODAS as perguntas desta ferramenta com base nas suas observações e/ou na sua opinião clínica. Com base nas orientações para a descrição da qualidade da interação cuidador-criança (Zero to Three, 2005; p.46), sugere-se que a observação seja focada nos seguintes aspectos:

- 1) as características comportamentais da interacção cuidador-criança,
- 2) o tom afectivo da interacção cuidador-criança,
- 3) o envolvimento psicológico de ambas as partes, e
- 4) a informação que lhe é prestada pela família e/ou outros profissionais.

Se a família com quem está a trabalhar tem mais de uma criança, por favor faça **um preenchimento para cada criança**. No caso de a criança ser acompanhada por mais do que um cuidador, complete o instrumento com referência ao cuidador que é responsável pela criança durante mais horas durante o dia. No entanto, se observar quaisquer indicadores de risco relacionados com o outro cuidador que também acompanha a criança, por favor assinale essa informação no espaço em aberto da "pergunta 5". No caso de a criança estar acompanhada por vários cuidadores, sugere-se que o preenchimento do instrumento "Intovian" seja feito dando prioridade à interacção com a mãe, seguido do preenchimento para o pai.

Nota: O símbolo ☐ indica que apenas uma resposta é aplicável. O símbolo ☐ indica que pode aplicar-se mais do que uma resposta.

Os itens

Os primeiros quatro (4) itens visam a recolha de informações relacionadas com as características demográficas da criança, tais como a idade e o sexo, e também a identificação da(s) pessoa(s) que acompanha(m) a criança. O instrumento "Intovian" foi desenvolvido e testado no contexto de investigação, pelo que foi importante manter o anonimato da criança, do cuidador e do profissional. No entanto, o uso deste instrumento é recomendado também no contexto clínico, devendo ser incluído nos registos pessoais de saúde da criança. Assim, pode dar-se o caso de que as informações demográficas sobre a família da criança já tenham sido obtidas numa consulta prévia. Em baixo encontra-se uma descrição mais detalhada de cada item do instrumento.

Campo a. Data da observação da família (dd/mm/aaaa):

Aqui pode escrever-se a data de preenchimento do instrumento. Importa notar que a ferramenta "Intovian" não deve ser preenchida numa data diferente do exame/observação da criança, mas durante ou no final da reunião com a família.

Campo b. Idade da criança (em meses):

Sugere-se que indique a idade da criança em meses já completados.

Campo c. Sexo da criança:

O sexo é a distinção biológica entre masculino e feminino. Sempre que há uma incoerência entre as características anatómicas e cromossómicas, o sexo baseia-se nas características anatómicas (National Health Data Dictionary, versão 12, p. 365). Por outras palavras, este item tem como objectivo recolher informações sobre o sexo biológico e não o

género, que se refere a construções sociais. No entanto, se a resposta mais adequada é "indeterminado", que se refere a uma pessoa nascida com órgãos reprodutivos ou cromossomas sexuais que não são exclusivamente do sexo masculino ou feminino, devido a uma condição genética, ou cujo sexo ainda não foi determinado por qualquer razão, pode escrever esta informação no instrumento.

Campo d. Quem acompanha a criança:

Neste item podem assinalar-se todas as respostas que se aplicam. Este item foi sugerido pelos profissionais de saúde que testaram o instrumento "Intovian", assumindo que a pessoa que acompanha a criança também é responsável por ela. No entanto, considerando que quem acompanha a criança pode ser ou não ser o principal cuidador, pode complementar a informação perguntando: "Quem é a pessoa adulta que normalmente cuida do(a) <nome da criança>?". Com base na resposta, deverá proceder-se ao preenchimento dos seguintes cinco itens.

Quem acompanha a criança (grau de parentesco em relação à criança)? [por favor assinale todas as que se aplicam]]

Feminino:

- ☐ Mãe/Madrasta
- ☐ Mãe adoptiva
- ☐ Irmã
- ☐ Avó
- ☐ Outro familiar (F) (e.g. tia): _____
- ☐ Outra pessoa (F): _____

Masculino:

- ☐ Pai/Padrasto
- ☐ Pai adoptivo
- ☐ Irmão
- ☐ Avô
- ☐ Outro familiar (M) (e.g. tio): _____
- ☐ Outra pessoa (M): _____

Pergunta 1a: No caso de observar um traumatismo/marca física ou de ter sido informado sobre um acidente, a história do cuidador é consistente?

Esta pergunta visa observar um indicador de risco para eventuais maus tratos físicos ou de negligência da criança. Se a resposta à questão 1a é "Não", o risco de possíveis maus tratos é maior e recomenda-se uma avaliação mais aprofundada. Em qualquer caso, a presença deste indicador de risco não constitui evidência de maus tratos ou negligência da criança. Além disso, é possível que o cuidador informe sobre um acidente que aconteceu com a criança, sem que consigam observar-se marcas físicas no seu corpo. Nesse caso, recomenda-se que sejam pedidas mais informações sobre as circunstâncias do acidente, a fim de verificar se a história do cuidador é consistente. Podem colocar-se perguntas abertas, como "como é que este acidente aconteceu?", assegurando-se que a postura enquanto profissional não manifesta juízos de valor. Adicionalmente, é importante verificar se existem outros sinais de trauma físico no corpo da criança que denotam cronicidade, como traumas anteriores do mesmo tipo (por exemplo, contusões de diferentes tonalidades: azul/verde/amarelo). Para avaliar a consistência da história, podem considerar-se os dois aspectos seguintes:

1. Descrição da história

Deve avaliar-se se a história é sempre contada da mesma forma pelo cuidador(a), que descreve de forma consistente o mesmo espaço, tempo e circunstâncias do incidente (por exemplo, onde ocorreu, quem estava presente, o que estavam a fazer, o que aconteceu). Deve verificar-se se a informação faz sentido, e se inclui detalhes (por exemplo, descrições específicas do lugar, tempo, pessoas, objectos e ocorrências). Com efeito, os detalhes permitem contextualizar o acontecimento. Adicionalmente, para avaliar a coerência da história, pode ser útil verificar se o local e a hora do incidente estão associados a uma rotina regular/diária da criança ou da díade (cuidador(a)-criança). Podem também considerar-se os relatos do cuidador(a) em relação aos pensamentos e sentimentos experienciados durante o incidente. Os indicadores de veracidade da história podem ser reforçados se o cuidador(a) for capaz de partilhar verbalizações específicas feitas no momento do acontecimento (por exemplo, "Eu disse-lhe: «Fica parado(a)!»"), pensamentos específicos (por exemplo, "Quando aconteceu eu pensei imediatamente «Porque é que o(a) deixei sozinho(a)!?»"), ou sentimentos (por exemplo, "Eu estava preocupado(a)").

Exemplo: *Inicialmente, o cuidador(a) disse que a irmã da criança estava presente, mas mais tarde afirmou que estava sozinho(a) com a criança.*

2. Explicação dos traumatismos/marcas físicas

Deve avaliar-se se a explicação do cuidador(a) sobre a ocorrência de um trauma físico é consistente e explica suficientemente bem os sintomas da criança, ou se há outras explicações possíveis. Por exemplo, deve avaliar-se a existência de sinais que indicam violência física em relação à criança que não são consistentes com a história, ou que constituem um sinal claro de mau trato como empurrar ou abanar a criança (e.g., puxões de cabelo e de orelhas), bater com a mão ou com um objecto, queimaduras (e.g., cigarro, água a ferver, aparelhos eléctricos), ou sufocar, etc. Adicionalmente, o profissional deve avaliar se o traumatismo reportado é compatível com o desenvolvimento motor da criança e/ou irmãos. Por exemplo, hematomas que poderiam ser compatíveis com o cair ao andar ou correr, ou quedas de altura, devem ser investigados se o cuidador se refere a uma criança que ainda não anda.

Exemplos de histórias inconsistentes: *O cuidador(a) sugere que o trauma/marca física se deve a uma queda accidental, mas a marca física encontra-se numa parte do corpo não consistente com uma queda dessa natureza; O cuidador(a) afirma que a criança caiu, mas apresenta uma marca na parte interior do braço, ou em ambos os lados do pescoço.*

Pergunta 1b: No caso de observar um traumatismo/marca física ou de ter sido informado sobre um acidente, o acidente/traumatismo físico poderia ter sido evitado ou prevenido com supervisão apropriada à idade?

Este item tem como objectivo avaliar um indicador de risco de negligência. Se a resposta for "sim", recomenda-se uma avaliação mais aprofundada. Sugere-se avaliar se o incidente poderia ter sido evitado, explorando: i) se o cuidador ou outro adulto estava presente, supervisionando a criança, ii) se a supervisão fornecida pelo adulto era apropriada à idade da criança (por exemplo, estava suficientemente perto de uma criança de 12 meses de idade, que começou recentemente a caminhar? A criança estava a brincar com brinquedos ou objectos adequados à idade?), e iii) se o lugar era seguro para uma criança (por exemplo, objectos tóxicos e nocivos fora de alcance da criança, tais como baterias, telemóveis). Adicionalmente, pode avaliar-se se a supervisão era apropriada não só à idade da criança, mas também à sua fase de desenvolvimento. Por exemplo, pode esperar-se que uma criança de 3 anos de idade consiga caminhar com estabilidade e de forma independente; no entanto, esta criança em particular pode apresentar um atraso no desenvolvimento motor e ainda não ter atingido o nível esperado em crianças com a sua idade. Nesse caso, espera-se que o cuidador preste uma supervisão ajustada às necessidades específicas da criança.

Ao avaliar a falta de supervisão é essencial tomar em consideração as dimensões de tempo e contexto. Diferentes contextos exigem supervisão diferenciada. Adicionalmente, a falta de supervisão por um curto período de tempo enquanto a criança está deitada na sua cama, ou a brincar no seu quarto, é qualitativamente diferente da falta de supervisão por um curto período de tempo enquanto a criança explora o parque do bairro.

Exemplo: *A criança caiu na banheira e o cuidador não estava presente. Ou, a criança tem um corte na mão porque a faca estava ao alcance da criança. Ou, a criança teve um acidente porque o cuidador estava a ler um livro sentado no banco de um parque e a criança estava sozinha a brincar, sem supervisão.*

Pergunta 2a: A interacção cuidador-bebé/criança é caracterizada por raiva e/ou hostilidade?

Este item tem por objectivo avaliar indicadores de risco de padrões de relacionamento cuidador-criança emocionalmente abusivos. Deve assinalar-se este item como positivo quando as emoções de raiva e/ou hostilidade são manifestadas quer por ambos os parceiros da interacção, pelo cuidador, ou pela criança. Raiva e/ou hostilidade devem ser as emoções predominantes da interacção cuidador-criança.

Em geral, quando a raiva e hostilidade são as emoções predominantes na relação cuidador-criança, as interações são "rígidas e abruptas, muitas vezes com ausência de reciprocidade emocional" (Zero to Three, 2005, p.49). Para avaliar se a raiva e hostilidade são as emoções predominantes, podem observar-se as características comportamentais da interação (por exemplo, os comportamentos do cuidador e da criança), o tom afetivo da interação (por exemplo, as emoções mais frequentemente partilhadas entre ambas as partes), e a qualidade e grau de envolvimento psicológico entre o cuidador e a criança (Zero to Three, 2005). Em baixo encontram-se características descritivas para cada um dos componentes da interação cuidador-criança, com base nos critérios sugeridos no Zero to Three (2005).

A. Características comportamentais da interação

1. O cuidador e/ou a criança pode expressar raiva através da sua expressão facial das emoções. A criança pode acompanhar as expressões faciais de raiva com movimentos que comunicam a sua vontade de evitar e/ou afastar o cuidador.
2. O cuidador pode expressar raiva e hostilidade através de afirmações verbais, descrever a criança como exigente e "difícil de cuidar", e/ou provocar a criança.
3. O cuidador pode pegar/tocar na criança abruptamente e de forma insensível (ver em baixo Q.3).
4. O cuidador pode ser insensível aos sinais da criança, não percepcionando as suas necessidades e intenções.
5. A criança pode parecer assustada, ansiosa, inibida ou difusamente agressiva.
6. A criança pode manifestar comportamentos desafiantes ou de resistência com o cuidador.
7. A criança pode manifestar comportamentos de medo, vigilância e evitamento.

B. Tom afectivo

1. A raiva e hostilidade são as emoções predominantes da interação cuidador-criança.
2. Pode observar-se uma tensão moderada a considerável entre o cuidador e a criança e uma notável falta de satisfação ou entusiasmo.
3. A criança pode expressar uma gama limitada de emoções, em comparação com o que seria esperado para a idade.

C. Envolvimento psicológico

1. O cuidador pode interpretar a dependência da criança como exigente e desgastante, e ressentir-se da carência da criança. A criança pode parecer psicologicamente distanciada, ou com uma interação caracterizada por tensão e irritação/hostilidade.

Questão 2b: A interação cuidador-bebé/criança é caracterizada por frieza e/ou distanciamento?

Esta questão visa avaliar os indicadores de risco para padrões de relacionamento emocionalmente abusivos entre cuidador e criança. Este item é cotado como positivo quando as emoções de frieza e/ou distanciamento são expressas por ambos os parceiros da interação, pelo cuidador ou pela criança. A frieza e/ou distanciamento deverão ser as emoções predominantes da interação cuidador/criança.

No geral, o cuidador e o bebé/criança poderão demonstrar apenas envolvimento ou conexão de modo esporádico ou infrequente. A falta de conexão reflete-se, frequentemente, na baixa qualidade dos cuidados diretos por parte da figura parental, ou nos adquiridos sob a forma de cuidados não-parentais (prestados por outros/pagos). De modo a decidir se a frieza e/ou distanciamento são as emoções predominantes na relação bebé/criança e cuidador, poderá observar-se a qualidade dos comportamentos de ambos durante a interação, a tonalidade afectiva da interação (e.g., as emoções mais comuns e mais frequentemente partilhadas entre os parceiros) e o grau e a qualidade do envolvimento psicológico entre o cuidador e o bebé/criança (Zero to Three, 2005). De seguida, irá encontrar os aspectos descritivos destas interações e relações, baseados nos critérios descritivos sugeridos pelo "Zero aos três" (2005).

A. Qualidade Comportamental da Interação

1. O cuidador é insensível e/ou não responsivo às pistas do bebé/criança, mantendo uma atitude não envolvida e distante em relação ao bebé/criança.
2. O cuidador poderá fazer afirmações verbais de envolvimento sobre o bebé/criança, descrever experiências diárias da díade, fornecendo informação detalhada. No entanto, a qualidade da interação observada entre cuidador e o bebé/criança é marcada pela falta de afectividade, previsibilidade, reciprocidade.
3. O cuidador ignora, rejeita ou não é capaz de reconfortar o bebé/criança.
4. O cuidador parece não ser capaz de espelhar de modo adequado o comportamento do bebé/criança, através de uma reflexão adequada dos estados internos emocionais da criança.
5. O cuidador não percebe/detecta quando é necessário proteger o bebé/criança de perigos físico ou emocional, ou do abuso por parte dos outros, devido ao seu distanciamento e frieza em relação ao bebé/criança.
6. O cuidador e a criança parecem estar, frequentemente, desinvestidos, sendo o contacto visual ou proximidade física muito reduzidas.
7. O bebé/criança poderá parecer ter um atraso ao nível das competências linguísticas e motoras, devido à falta de estimulação adequada.

B. Tom Afetivo

1. A tristeza poderá ser, frequentemente, a emoção predominante da interação.
2. A neutralidade, a inibição ou o leque limitado de emoções expressas poderá caracterizar o tom afectivo deste tipo de interação cuidador-bebé/criança.

C. Envolvimento Psicológico

1. O cuidador poderá não demonstrar consciência dos sinais ou necessidades do bebé/criança durante as interações com esta, ou enquanto fala com outras pessoas sobre a criança.
2. Para o observador, a interação cuidador-bebé/criança sugere ausência de prazer e vivacidade.

Questão 2c: A interação entre o cuidador e o bebé/criança é caracterizada por tensão e/ou ansiedade excessiva?

Esta questão visa avaliar os indicadores de risco para padrões de relacionamento emocionalmente abusivos entre cuidador e criança. Este item é cotado como positivo quando as interações entre cuidador e bebé/criança são tensas e contraídas, como reduzido sentimento de prazer e mutualidade. A tensão e/ou ansiedade excessiva deverão ser as emoções predominantes na interação cuidador/criança.

De modo a decidir se a tensão e/ou ansiedade excessiva são as emoções predominantes na interação cuidador-bebé/criança, poderá observar a qualidade dos comportamentos durante a interação (e.g., os comportamentos de ambos, do cuidador e do bebé/criança), o tom afectivo da interação (e.g. as emoções mais comuns e mais frequentemente partilhadas entre os parceiros) e o grau e a qualidade do envolvimento psicológico entre o cuidador e o bebé/criança (Zero to Three, 2005). De seguida, irá encontrar os aspectos descritivos destas interações e relação, baseados nos critérios descritivos sugeridos pelo “Zero aos três” (2005).

A. Qualidade Comportamental da Interação

1. O cuidador poderá ter uma hipersensibilidade aos sinais do bebé/criança podendo, antecipadamente, oferecer ao bebé/criança o que necessita, antes mesmo de ser solicitado.
2. Frequentemente o cuidador expressa preocupação e poderá parecer, particularmente, ansioso no que se refere ao comportamento, desenvolvimento e bem-estar da criança. Para um observador, o cuidador parecerá “híper-protetor”.
3. O tratamento físico da criança, por parte do cuidador, poderá ser estranho ou tenso, marcado pela ausência de fluência e sensibilidade.

4. O cuidador poderá ter expectativas irrealistas sobre a criança, ou as suas expectativas poderão ser incongruentes com o temperamento ou as capacidades típicas da fase de desenvolvimento do bebé/criança.
5. O bebé/criança poderá ser invulgarmente complacente ou ansioso perto do cuidador.

B. Tom afectivo

1. A ansiedade é a emoção predominante na interação. Poderá ser expressa através da: tensão motora, apreensão, agitação, expressões emocionais que comunicam ansiedade e tensão; e um tom de voz com picos elevados e um discurso acelerado.
2. A interação é caracterizada por comportamentos exagerados por parte de cuidador e criança.
3. A desregulação comportamental e emocional também caracterizam esta interação, e frequentemente coexistem com dificuldades subjacentes de regulação da criança.

C. Envolvimento Psicológico

O cuidador que é ansioso ou tenso, frequentemente, “não consegue, verdadeiramente, ver o bebé/criança”; como tal não interpreta adequadamente os comportamentos e/ou afectos da criança, respondendo, por isso, de modo inadequado.

Questão 3: O cuidador lida com o bebé/criança de um modo fisicamente rude e/ou perigoso?

Esta questão visa avaliar indicadores de risco para o abuso físico do bebé/criança. Este item é cotado como positivo quando é detectado **QUALQUER UM** dos seguintes comportamentos, não só durante uma consulta médica (no consultório médico) mas, também, no Centro médico (incluindo a sala de espera, ou após a consulta médica). Se outro profissional de saúde (e.g., enfermeira, assistente social, etc.) indica alguma destas situações, mesmo que você não o tenha observado, essa informação deve ser tida EM CONSIDERAÇÃO aquando do preenchimento desta questão.

O clínico (médico, enfermeira, outros profissionais de saúde) detecta ou observa que o adulto cuidado:

1) Segura a criança de modo abrupto:

- De modo sistemático agarra a criança pelo pulso e puxa-a de modo abrupto, em vez de segurar a sua mão.
- Agarra o bebé/criança de modo abrupto pelas suas roupas ou outras partes do corpo.
- Agarra o bebé/criança de modo abrupto, sem cuidado, quando o veste ou despe durante a consulta.
- Impõe ou força o bebé/criança a ficar numa posição que é dolorosa, enquanto fala com o médico.
- Ignora e/ou subestima o estado de urgência do sofrimento psicológico ou dor física da criança (continuando a sua rotina normal).

2) Segura a criança de um modo que a magoa (lhe causa dano):

- Segura na criança de tal modo que a magoa (aperta fortemente o seu braço, mão, pescoço, ombro, etc.; poderá ser observado que a pele da criança muda de cor, devido à pressão feita pelo adulto).
- Agarra a criança pelo cabelo, segura a sua orelha torcendo-a, belisca a criança, pica o cotovelo, ou segura a criança pisando-lhe o pé.
- Os movimentos bruscos ou abruptos do adulto fazem com que a criança choque com mobília, paredes ou outros objetos causando-lhe dor ou dano.
- O clínico detecta ferimentos causados pelos movimentos abruptos do adulto, como por e.g., contusões, nódoas negras, feridas, fracturas, malformações da região ou trauma.

As lesões, que normalmente são múltiplas, devem ser distinguidas das provocadas/explicadas por um acidente, dado que são frequentemente observadas em regiões pouco usuais do corpo. É, também, provável que o profissional observe que mais do que uma lesão deste tipo, tenha sido causada em diferentes momentos temporais. O cuidador parece não ser capaz de explicar adequadamente como é que estas lesões ocorreram, o as explicações não correspondem à avaliação clínica realizada. Alguns e.g., destas lesões são marcas em torno dos pulsos, beliscões nos braços ou coxas, múltiplas contusões resultado de pancadas em várias partes do corpo, dentes partidos, etc.

Estas estratégias de contenção (descritas acima) não devem ser justificadas pelos profissionais como sendo necessárias quando a criança se encontra fora de controle (e.g., quando a criança tem uma birra exagerada e excessiva). Os profissionais deverão ter presente que os cuidadores devem conter e colocar limites às crianças sem lhes causar danos, ou as magoar neste processo.

3) Movimenta a criança de um modo abrupto ou forçado: Moves the child forcibly or abruptly:

- Faz com que o bebé/criança se sente utilizando uma força exagerada ou atira-o(a) para a cadeira/sofá.
- Obriga a criança a prosseguir empurrando-a abruptamente e com força exagerada.
- Levanta a criança à força, por baixo do braço, e leva-a de um modo que a magoa.
- Abana a criança (e.g., o adulto segura na criança pelos ombros ou pelo peito, abanando-a fazendo com que a cabeça abane fortemente para a frente e para trás. A criança não é capaz de controlar os movimentos da sua cabeça).



ATENÇÃO nos bebés! Há que ter atenção ao “Síndrome do bebé sacudido” (*Shaken baby syndrome*).

Síndrome do Bebé Sacudido (Shaken Baby Syndrome) (SBS) é uma forma de abuso físico da criança. É uma condição que ocorre em bebés com menos de um ano de idade, provocado por um abanar violento pelos braços e ombros que faz com que o cérebro balance para trás e para a frente no crânio, provocando hematomas subdurais e sangramento nos olhos (Random House Kernerman Webster's College Dictionary, 2010). Resulta em hematomas e sangramentos intracranianos, e subsequentes sintomas como: letargia, convulsões, perda de consciência e frequentemente, danos cerebrais permanentes ou a morte (American Heritage® Dictionary of the English Language, 2011). Este conjunto de alterações clínicas e patológicas tornaram-no um síndrome reconhecido per se (American Academy of Pediatrics, 2001).

Os sinais e sintomas do SBS poderão variar entre o mediano e o severo, e entre o não-específico e o óbvio. O médico deverá suspeitar de abuso na presença dos seguintes sinais associados com a incapacidade de os explicar através de feridas acidentais ou como sendo resultado de outras condições médicas (Campos, 2006; Generalitat de Catalunya, 2008): hemorragias na retina (o ferimento mais característico associado com este síndrome), hemorragias subaracnoídeas, surtos de contusões, derrame isquémico, hemorragias intracranianas, atrofia progressiva do cérebro com degeneração cística e dilatação secundária do sistema ventricular; privação de oxigénio e edema cerebral, que conduz a deficiências neurológicas significativas na criança, devido aos danos provocados no tecido cerebral. Para uma criança com menos de 2 anos que teve uma convulsão, um episódio aparentemente letal ou ataques de tosse convulsa, é necessário que seja investigada a presença de hemorragias na retina de modo a excluir abuso físico (Pou, 2009). Se as hemorragias na retina estiverem presentes pode ser necessário prosseguir a investigação no sentido de excluir o abuso da criança.

Leituras adicionais:

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2015, January 8). *Shaken Baby Syndrome Information Page*[Web page]. Retrieved from <http://www.ninds.nih.gov/disorders/shakenbaby/shakenbaby.htm>

Zuccoli, G., Panigrahy, A., Haldipur, A., Willaman, D., Squires, J., Wolford, J., Berger, R.P. (2013). Susceptibility weighted imaging depicts retinal hemorrhages in abusive head trauma. *Neuroradiology*, 55(7),889-893. doi: 10.1007/s00234-013-1180-7.

Questão 4a. Será que existem outros sinais que o fazem duvidar da segurança física do bebé/criança?

Para lembrar:

Reconhecer a negligência e o mau trato a crianças pode ser difícil, e deverá implicar uma observação e avaliação cuidadosa. De modo a obter uma visão global da criança e do seu ambiente, deverá recolher informação de diversas fontes, incluindo: (1) história médica e de desenvolvimento, (2) relatórios anteriores ou atuais de negligência e mau trato, de terceiros, (3) aparência e comportamento da criança, (4) sintomas ou sinais físicos e, (5) interação entre o cuidador e o bebé/criança.

Como parte normal do dia-a-dia, as crianças terão feridas e contusões no corpo, que decorrem das suas brincadeiras ou de se movimentarem de um lado para o outro. São ferimentos que tem uma explicação razoável e aceitável. Assim, é importante que os ferimentos (lesões) sejam interpretados no contexto da história médica da criança, da sua fase de desenvolvimento, e da explicação dada pelo cuidador (figura parental) da criança. Esteja, pois, atento a ferimentos sem uma justificação plausível ou sustentável, que parecem desadequados ou inconsistentes com a aparência da criança, das atividades normais do dia-a-dia, com a sua condição médica e fase de desenvolvimento. Esteja, também, atento a explicações divergentes entre os pais ou cuidadores, e entre diferentes relatos ao longo do tempo. Note que explicar um ferimento com base em costumes e práticas culturais, também não é considerado adequado uma vez que especificidades culturais não deverão justificar o magoar uma criança. No contexto desta questão, o profissional deverá, ainda, avaliar se o cuidador, de modo deliberado, adiou a procura de tratamento médico para a criança, quando este era necessário.

De seguida, encontrará descritos **possíveis indicadores de abuso físico**, que poderão ser considerados no contexto desta questão:

1. Contusões (hematomas)

- Contusões numa criança que ainda não se desloca de modo independente, ou se encontra numa fase de pré-gatinhar ou pré-andar.
- Contusões em qualquer parte do corpo ou face (e.g., olhos, orelhas, nádegas, bochechas, palmas, braços, pés, costas, barriga, ancas, parte de trás das pernas).
- Contusões no pescoço, o que normalmente é indicador de tentativa de estrangulamento.
- Contusões na, ou à volta da boca, o que é um bom indicador de alimentação forçada.
- Contusões nos olhos, sem contusões na testa.
- Contusões múltiplas na cabeça, ou em locais onde é pouco provável que ocorram ferimentos de modo acidental.
- Contusões múltiplas, em clusters, que podem ser observadas na parte superior dos braços ou na parte exterior das coxas.
- Contusões que mostram os contornos de um objecto utilizado, e.g., marcas de cinto, marcas de mãos.
- Contusões em torno de, atrás ou no(s) lóbulo(s), as quais são indicativas de ferimento devido a puxão ou ao torcer.
- Contusões nos braços, nádegas ou coxas poderão ser indicadores de abuso sexual

2. Lesões térmicas (i.e., queimaduras ou escaldões)

- Queimaduras com um formato claro de um objecto, e.g., cigarros (queimaduras pequenas e com formato redondo), ferro quente, varas de metal, elementos elétricos (caracterizadas por queimaduras lineares).
- Queimaduras numa área que não será expectável que venha a estar em contacto com um objecto quente num acidente (e.g., costas das mãos, solas dos pés, pernas, genitais, ou nádegas).

- Escaldões nas nádegas, períneo, ou nos membros inferiores.
- Escaldões nos membros numa distribuição em luva ou tipo “meia”, ou com distribuição assimétrica.
- Escaldões com fronteiras delimitadas.
- Cicatrizes antigas que sugerem que a criança não recebeu tratamento médico.

3. **Fracturas**

- Uma ou mais fracturas sem que exista qualquer condição médica que predisponha para fragilidade óssea (e.g., (e.g., osteogénese imperfeitas).
- Inchaço e falta de utilização dos membros.
- Fracturas alegadamente não detectadas: As fracturas causam muita dor durante o período da lesão; é difícil para o cuidador não estar consciente da dor da criança. No entanto, as fracturas saram com relativa rapidez nas crianças, o que lhes permite, em poucos dias, utilizar o membro fracturado sem dor, mascarando deste modo uma fractura curada.

4. **Lesões na coluna**

- Sinais de lesões na coluna, como lesões nas vértebras sem trauma accidental confirmado.
- Lesão cervical que está associada com lesões infligidas na cabeça.
- Lesão toracolombar que está associada com cifose inexplicável ou neurologia focal.

5. **Lesões de Frio**

- Lesões sem uma explicação médica óbvia como pés ou mãos avermelhadas e inchadas.
- Hipotermia sem que haja uma justificação adequada.

6. **Mordidas**

- A marca de uma mordida humana que não foi causada por outra criança pequena.
- A marca de uma mordida de animal, o que sugere que a criança não está a ser adequadamente supervisionada.

7. **Lacerações, cortes e escoriações**

- Arranhões ou lacerações numa criança que ainda não se movimenta de modo independente.
- Lacerações múltiplas ou escoriações que estão simetricamente distribuídas em áreas que, normalmente, se encontram cobertas por roupa, como as costas, o peito ou o abdómen.
- Lacerações ou escoriações observadas nos olhos, orelhas ou face.
- Lacerações ou escoriações observadas no pescoço, tornozelos ou pulsos e que aparentam ser marcas de ligaduras.

8. **Trauma ocular**

- Hemorragias na retina.
- Ferimento no olho sem confirmação de traumatismo accidental ou uma explicação médica conhecida.

9. **Sintomas e sinais anais-genitais**

Existe suspeita de uma criança ter sido sexualmente abusada se os seguintes sintomas estiverem presentes, e não existir, para os mesmos, uma explicação ou esta for inadequada:

- Ferimentos genitais, anais ou perianais (evidenciados pelos hematomas, escoriações, lacerações, ou inchaços)

- Sintomas persistentes ou recorrentes na área genital ou anal.
- Disúria (i.e., desconforto ao urinar) ou desconforto anal-genital
- Presença de um ou mais corpos estranhos na vagina ou no ânus.

Questão 4b. Será que existem outros sinais que o fazem duvidar da segurança emocional do bebé/criança?

O abuso emocional é, normalmente, difícil de medir devido à ausência de sinais físicos claros e explícitos. A seguir, encontrará descritos **possíveis indicadores de negligência e abuso emocional**, que poderão ser considerados no contexto desta questão (e não são considerados nas questões 2a, 2b, e 2c)

1. Interações cuidador - criança

- Interações nocivas entre a figura parental/cuidador-criança, observadas através de padrões de relacionamento negativos, de rejeição ou utilização da criança como bode expiatório. *Bode expiatório*: de um modo sistemático, o cuidador culpa o bebé/criança pelo que corre mal na sua vida e por qualquer dificuldade existente.
- Expectativas inapropriadas do ponto de vista do desenvolvimento da criança, como pedidos desadequados e punições pelo facto desta não ter correspondido às expectativas, incluindo métodos inapropriados de a disciplinar.
- Fracasso na promoção de uma socialização adequada da criança, tendo como consequência o isolamento.
- Falta de responsividade e disponibilidade emocional das figuras parentais face à criança.

Outros indicadores possíveis de abuso emocional relacionados com a interação cuidador-criança incluem:

- Vinculação anormal (caracterizada por uma vinculação ansiosa, indiscriminada ou não existente) entre a criança e a figura parental/cuidador. Devido a estes tipos de vinculação, as crianças não respondem à presença ou ausência da figura parental/cuidador porque aprenderam que estes não respondem aos seus sinais de aflição.
- Vinculação indiscriminada ou falha em estabelecer vinculação.
- Atraso no atingir das metas de desenvolvimento ao nível emocional ou da aquisição da linguagem.

2. Negligência Emocional

A negligência emocional é a falha consistente no responder adequadamente às necessidades psicológicas básicas da criança, o que é provável conduzir a graves consequências negativas para o seu desenvolvimento ou saúde.

Alguns potenciais indicadores de negligência emocional incluem:

- A criança é deixada com adultos que se encontram sob o efeito de drogas ou álcool ou são violentos.
- A criança é deixada sozinha durante períodos demasiado longos.
- A criança não é levada ao médico quando se encontra doente ou se feriu.
- A criança apresenta desvios significativos ao nível do desenvolvimento emocional ou comportamental, face ao que seria expectável para a sua idade ou fase de desenvolvimento, não podendo estes ser explicados por causas médicas. *Exemplos são: medo, retirada social, balançar habitual do corpo, procura indiscriminada de contacto e de afectos, ser demasiado amistosa com estranhos, excessivamente carente.*

Questão 5. Existirá outro factor de risco que o(a) faça duvidar da segurança e/ou adequação do cuidados para este bebé/criança?

Cota-se este item de modo positivo quando tiverem sido identificadas mais pistas emocionais, comportamentais e físicas na criança, ou outros indicadores de risco no contexto das interações/relação cuidador/criança que o levem a duvidar da segurança e/ou adequação dos cuidados do bebé/criança. Para responder “sim” a esta questão, a informação agora recolhida não poderá estar incluída nas questões anteriores. Relativamente às questões mencionadas anteriormente, estes indicadores deverão ser observados durante uma visita a casa da criança, ou durante um exame ou consulta médica, ou na sala de espera da organização onde você trabalha.

De modo a decidir se o bebé ou a criança **“está ou não segura”**, poderá e deverá utilizar o seu conhecimento clínico e experiência profissional. A segurança é definida como a manutenção da integridade física e mental do bebé/criança e a ausência de qualquer perigo da criança se vir a magoar física ou mentalmente.

Para decidir **se existe alguma razão para “duvidar da adequação dos cuidados ao bebé/criança”** poderá e deverá utilizar o seu conhecimento clínico e experiência profissional para avaliar se o cuidado prestado à criança é apropriado para esse bebé/criança específica e se esta vive num ambiente apropriado. Apropriado pode ser definido como um ambiente que é seguro para o bebé/criança, tanto mental como fisicamente, e lhe fornece todos os meios necessários para que se desenvolva saudavelmente.

Questão 5: *Se sim, por favor especifique:*

Mais especificamente, nesta questão é-lhe pedido para escrever quaisquer outros sinais que tenha observado, e que possam colocar a criança em risco de negligência ou mau trato; estes sinais são diferentes dos que avaliou em questões anteriores.

Por exemplo, informação resultante da observação na sala de espera ou durante a consulta médica:

Observe a interação da criança com o cuidador, a interação entre as figuras parentais ou cuidadores e a interação entre a figura parental/cuidador e outra criança. Se detectar quaisquer sinais que o façam duvidar da segurança e/ou adequação do cuidado prestado ao bebé/criança, é importante que o relate nesta questão.

I. Interação entre figura parental/cuidador e a criança

A interação avaliada na questão 2 refere-se a raiva e/ou hostilidade, frieza e/ou distanciamento, e tensão e/ou ansiedade excessiva. Durante a consulta com a família, ou na sala de espera, poderá ser possível observar indicações que se enquadram ou não nestas categorias. Se as indicações que observou não se enquadram nestas categorias, mas no entanto, existe algo que o faz sentir preocupado com o bebé/criança, é importante que avalie mais aprofundadamente esta família.

Exemplos:

- Se observar uma intimidade excessiva entre o cuidador e a criança, e.g., o cuidador beija a criança na boca várias vezes ou vice-versa, ou se ocorre algum toque inapropriado, poderá ser algo que o leve a suspeitar sobre a adequação dos comportamentos parentais em relação à criança, e será importante o seu registo.

! ATENÇÃO, CUIDADO: a intimidade pode estar sujeita a diferenças culturais

- A figura parental/cuidador age com base em expectativas desadequadas do ponto de vista desenvolvimental. Por exemplo, a figura parental/cuidador poderá esperar que o bebé/criança faça, diga ou pense de modo que não está adequado para a sua fase de desenvolvimento. Uma figura parental que espera que o seu filho(a) de 12 meses fale fluentemente, deverá ser considerado como tendo expectativas desadequadas para o seu filho, do ponto de vista do desenvolvimento. Nesta idade as crianças são apenas capazes de utilizar um número reduzido de palavras.

- Compreensão distorcida da criança. Por exemplo, a figura parental/cuidador poderá ter uma compreensão distorcida das necessidades, intensões, comportamentos ou pensamentos da criança. A criança poderá estar a chorar porque está com dores e a figura parental explica o choro da criança como sendo de fome, ou raiva face ao cuidador.
- Respostas parentais inadequadas às necessidades, intensões, desejos ou comportamentos da criança. Por exemplo, a criança poderá estar a chorar porque se sente insegura num ambiente desconhecido, e o cuidador goza ou ri-se da criança, ou fica zangada com a criança.
- O cuidador parece desconfiado quando a criança estabelece contacto com outras pessoas; ou o cuidador fala pela criança, embora esta possa fazê-lo por si própria.
- A criança não segue os limites ou regras definidas pela sua figura parental/cuidador.
- O cuidador não permite que a criança fale com o profissional de saúde sozinha, mesmo quando tal é necessário para a avaliação da criança (se aplicável, considerar a idade da criança).
- Negligência das necessidades físicas da criança: Uma forma comum de negligência é a falta de provisão das necessidades básicas da criança, como a alimentação, a higiene, as roupas e cuidados médicos adequados.

Outros possíveis indicadores de negligência física poderão incluir:

- Presença de infestações graves e persistentes (e.g., piolhos na cabeça).
- Utilização consistente de roupa e calçado inadequados (e.g., ao tamanho da criança ou ao tempo).
- A criança encontra-se, frequentemente, suja e a cheirar mal.
- Presença frequente de assaduras não tratadas por causa das fraldas.
- A criança não cresce dentro dos padrões normativos expectáveis e/ou apresenta perdas de peso devido à ausência de uma dieta alimentar adequada.

II. Observação da interação entre bebé/criança e as figuras parentais/cuidadores

Neste caso, poderá reportar sinais que o façam questionar a segurança e/ou a adequação dos cuidados para o bebé/criança em causa, ao observar a interação entre as figuras parentais/cuidadores. Raiva e/ou hostilidade, frieza e/ou distanciamento, tensão e/ou ansiedade excessiva poderá caracterizar a interação entre os parceiros (e.g., as figuras parentais ou os cuidadores do bebé/criança). Por exemplo, deverá notar se as figuras parentais/cuidadores parecem ter uma relação conflituosa, i.e., gritam e insultam-se, culpam-se um ao outro pelas dificuldades relacionadas com a criança. Factores pessoais ou de ambiente poderão ser responsáveis pela conflitualidade da relação, que poderá resultar em discórdia frequente ou crónica. Os cuidadores poderão, ainda, estar envolvidos num conflito relacionado com a custódia da criança ou poderão existir episódios anteriores de envolvimento com a polícia e/ou serviços de proteção de crianças. Tenha em atenção que expor a criança a violência na relação com o parceiro íntimo (de casal) é considerado uma forma de mau trato.

III. Observação da interação entre as figuras parentais/cuidadores do bebé/criança (em causa) com outra criança

A observação cuidadosa da interação entre as figuras parentais/cuidadores do bebé/criança com outra criança poderá fornecer mais informação para a sua avaliação clínica e tomada de decisão. Neste caso também poderá estar interessado em notar qualquer indicador que já foi, anteriormente, descrito como alarmante nas secções anteriores deste documento. Também será importante identificar semelhanças e diferenças entre a interação das figuras parentais/cuidadores e o (seu) bebé/criança, e com a outra criança.

São ainda indicadores de risco que podem aumentar a probabilidade de uma relação cuidador/criança abusiva (a lista é indicativa e de todo é não exaustiva):

- A existência de Incapacidade na criança, distúrbios ao nível da saúde mental ou de desenvolvimento, ou síndromes médicas. Algumas crianças são mais vulneráveis do que outras. Bebés e crianças com incapacidades,

distúrbios mentais ou de desenvolvimento e/ou síndromas médicos poderão ser menos capazes de se defender, estando particularmente dependentes dos adultos para a sua proteção e garantia de bem-estar. Adicionalmente, criar um bebé/criança com necessidades especiais, em termos de lhe dar os cuidados necessários, é uma tarefa muito exigente, e que muitas vezes conduz os cuidadores ao limite do cansaço, ansiedade, desilusão, etc. Enquanto profissional de saúde, deverá estar, especialmente, vigilante a suspeitas de negligência ou abuso envolvendo estas crianças.

- Depressão materna ou paterna durante o período de gravidez é um factor de risco para a negligência; o infanticídio é raro, no entanto, apresenta percentagens mais elevadas no contexto de doença pós-parto (Spinelli, 2004). Cuidar de uma criança é uma tarefa exigente, mesmo para adultos saudáveis. Consequentemente, quando o cuidador sofre de problemas de saúde mental, o cuidar da criança poderá torna-se extremamente difícil e exigente. Esteja atento a famílias que parecem debater-se com problemas de saúde mental e avalie se, e em que grau, estes problemas afectam a sua capacidade de cuidar da criança.

Capítulo III. Cotação

A cotação do instrumento “Intovian” **não conduz a qualquer diagnóstico de negligência ou de mau trato**. Pelo contrário, **uma única resposta positiva** reflete que o profissional tem **um indicador de risco para suspeitar de mau trato ou de um padrão relacional cuidador/criança abusivo** que necessita de ser avaliado mais cuidadosamente no sentido de ser confirmado ou excluído. Quanto maior o número de cotações positivas, maior o numero de indicadores de risco que o profissional terá para dar inicio, sem demora, ao processo de avaliação; incluindo qualquer intervenção da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens para a suspeita de casos de negligência ou de mau trato e/ou pelo protocolo da organização para a qual o técnico trabalha (i.e., mais exames, indicação aos serviços sociais do hospital, etc.).

É importante relembrar que o instrumento “Intovian” é uma ferramenta suplementar que não substitui qualquer outro processo de triagem que você já possa seguir. Adicionalmente, o objectivo desta ferramenta NÃO é avaliar o risco (i.e., elevado, baixo, médio) de negligência ou de mau trato, mas antes a presença ou ausência deste no momento da visita familiar. No entanto, o numero de respostas positivas aos seguintes itens deverá conduzir a uma decisão mais sustentada, no sentido de fazer algo imediatamente.

Em particular:

Numero da questão	Resposta (Sim/Não)	Ação
Q1a.	Não	Necessita de mais avaliação/intervenção
Q1b.	Sim	Necessita de mais avaliação/intervenção
Q2a.	Sim	Necessita de mais avaliação/intervenção
Q2b.	Sim	Necessita de mais avaliação/intervenção
Q2c.	Sim	Necessita de mais avaliação/intervenção
Q3.	Sim	Necessita de mais avaliação/intervenção
Q4a.	Sim	Necessita de mais avaliação/intervenção
Q4b.	Sim	Necessita de mais avaliação/intervenção
Q5	Sim	Necessita de mais avaliação/intervenção

Capítulo IV. Quais as etapas seguintes no processo de avaliação

Em Portugal são várias as entidades responsáveis pela prevenção e protecção de crianças e jovens em risco. Em primeira instância encontram-se as entidades com competência em matéria de infância e juventude (e.g., escola, centro de saúde) cuja intervenção é efectuada de modo consensual/colaborativo com os pais ou representantes legais da criança; em segunda instância encontram-se as comissões de protecção de crianças e jovens cuja intervenção tem lugar quando não seja possível às entidades anteriores actuar de forma adequada e suficiente a remover o perigo em que se encontram; e em ultima instância encontra-se a intervenção judicial que tem lugar quando não existe uma comissão de protecção de crianças e jovens na área de residência da criança, quando não é dado o consentimento necessário à intervenção da comissão de protecção, quando o acordo de promoção de direitos e de protecção seja reiteradamente não cumprido, ou quando a comissão de protecção não obtenha a disponibilidade dos meios necessários para aplicar ou executar a medida que considere adequada. Além destas entidades existem Instituições Privadas de Solidariedade Social e outras instituições geridas pelo Instituto da Segurança Social que atuam de forma independente ou em colaboração com as comissões de protecção no sentido de promover a protecção de crianças e jovens da violência doméstica, nomeadamente do abuso e negligência. De entre os serviços de protecção disponíveis no caso de abuso e negligência encontra-se o apoio junto dos familiares quando a criança pode ser mantida no seu meio natural de vida ou os serviços de acolhimento quando a criança tem de ser apoiada em regime de colocação.

Como já foi referido anteriormente, o Instrumento Intovian é uma ferramenta que deverá ser utilizada para triagens iniciais nos serviços comunitários de primeira linha (como hospitais e centros de saúde) como forma de encaminhamento para entidades responsáveis pela avaliação e intervenção em casos de abuso e negligência.

Nas comissões de protecção a crianças e jovens em risco a avaliação deve ser já de carácter aprofundado e não apenas de identificação de risco uma vez que as famílias atendidas estarão já à partida no serviço devido a situações de risco previamente identificadas e sinalizadas por outras entidades.

Os profissionais podem referenciar as famílias em que identifiquem algum risco de abuso ou negligência à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco da localidade. No site da Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em risco pode consultar os contactos da comissão local. Podem ainda referenciar as famílias aos núcleos de apoio às crianças e jovens em risco (Anexo V).

Referências

- American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect (July, 2001). Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries. Technical report. *Pediatrics*, 108, 206–210.
- Campos, R.M. (2006). El síndrome del niño sacudido. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43-44, 39-45. doi: 10.4321/S1135-76062006000100003
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2007). Childhood abuse, adult health, and health care utilization: Results from a representative community sample. *American Journal of Epidemiology*, 165, 1031–1038.
- Ethier, L. S., Lemelin, J. P., & Lacharite, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1265–1278.
- Felitti, V.J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 18, 409-417.
- Generalitat de Catalunya (2008). *Protocol d'actuació clínic-assistencial de maltractaments aguts a la infància* (2ª ed.). Obtenido de http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/violencia_i_maltractaments/documents/arxius/prot2006infancia.pdf
- Louwens, E.C.F.M., Korfage, I.J., Affourtit, M.J., Scheewe, D.J., van de Merwe, M.H., Vooijs-Moulaert, A.F., et al. (2012). Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments. *Pediatrics*, 130, 457-64.
- Louwens, E.C.F.M., et al. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency department. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1275–1281.
- Nikolaidis, G. (2009). Types and Characteristics of Violence against Children: Theoretical Transformations and Recent Evidence. In Nikolaidis, G. & Stavrianaki, M. (Eds), *Violence in family: Evidence-based Practice and Practice-based Evidence*. Athens: KΨM (in Greek)
- Pou, J. (2009). Maltrato infantil. Actuación en urgencias. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. *Asociación Española de Pediatría*, 167-172.
- Spinelli, M.G. (2004). Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives *American Journal of Psychiatry*, 161, 1548–1557.
- USDHHS-U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families (2008). *Child maltreatment 2006*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services: In press. Available at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5713a2.htm>
- WHO - World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO Press.
- Zero to Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (revised)*. Washington, DC: Author, p. 49.

ANEXOS

ANEXO 1.0 INSTRUMENTO INTOVIAN

Instrumento para identificação de famílias em situação de risco ou que já apresentem problemas de abuso e negligência a bebés e crianças

O instrumento que se segue foi construído para ser aplicado às famílias da população em geral com bebés e crianças de 0 a 3 anos de idade, por profissionais de saúde e de serviços sociais. Por favor, responda a todas as perguntas com base nas suas observações e/ou opinião pessoal. Assinale um círculo para cada linha ✓.

Data (dd/mm/yyyy): ___ / ___ / ___ Idade da criança (em meses): ___ Sexo da criança: M ☐ F ☐

Quem acompanha a criança (em relação à criança)? [por favor, assinale todos os que se aplicarem]

Se do sexo feminino:

- ☐ Mãe/Madrasta
☐ Mãe de acolhimento
☐ Irmã
☐ Avó
☐ Outra familiar (e.g. tia): _____
☐ Outra pessoa (pfv. especifique): _____

Se do sexo masculino:

- ☐ Pai/Padrasto
☐ Pai de acolhimento
☐ Irmão
☐ Avô
☐ Outro familiar (e.g. tio): _____
☐ Outra pessoa (pfv. especifique): _____

	Pergunta	Sim	Não	Não Aplicável
1	No caso de observar um traumatismo/marca física ou de ter sido informado sobre um acidente: a. a história do cuidador é consistente?	☐	☐	☐
	b. o acidente/traumatismo físico poderia ter sido evitado ou prevenido com supervisão apropriada à idade?	☐	☐	☐
2	A <u>interacção</u> cuidador-bebé/criança é caracterizada por (a, b e c NÃO são mutuamente exclusivas): a. raiva e/ou hostilidade?	☐	☐	
	b. frieza e/ou desapego?	☐	☐	
	c. tensão e/ou ansiedade exagerada?	☐	☐	
3	O cuidador lida com o bebé/criança de forma fisicamente rude/brusca e/ou prejudicial?	☐	☐	
4	Existem quaisquer <u>outros</u> sinais que o/a façam duvidar: a. da segurança física do bebé/criança?	☐	☐	
	b. da segurança emocional do bebé/criança?	☐	☐	
5	Existe <u>qualquer outro factor de risco</u> que o/a faça duvidar da segurança e/ou da adequabilidade dos cuidados que esta criança/bebé recebe?	☐	☐	
	Se sim, por favor especifique: _____ _____ _____ _____			

ANEXO II. LISTA DE INDICADORES DE RISCO DE MAU TRATO E NEGLIGÊNCIA

Fatores de risco para o mau trato de crianças

Fatores de risco dos pais:

1.1. Variáveis sócio-demográficas e de cuidados pré-natal

1.1.1. Estado civil

1.1.2. Baixa escolaridade materna

1.1.3. Pais jovens

1.1.4. Fumar durante a gravidez

1.1.5. Intervalo entre gravidezes (menos de 15 meses)

1.1.6. Experiência anterior de gravidez adversa

1.1.7. Sexo (depende do tipo de abuso - na maioria são mulheres, mas os homens infligem lesões mais fatais e mais abuso sexual)

1.1.8. Pobreza

1.1.9. Desemprego

1.1.10. Baixo nível educacional

1.1.11. Cuidados pré-natais inadequados

1.2. Experiências anteriores:

1.2.1. Histórias prévias de abuso

1.3. Ajustamento individual:

1.3.1. Baixa auto-estima

1.3.2. Baixo controlo

1.3.3. Problemas de saúde mental

1.3.4. Comportamento anti-social

1.3.5. Stress e incapacidade de lidar com o stress

1.3.6. Baixo apoio social

1.3.7. Abuso de substâncias (álcool e drogas)

Fatores de risco das crianças:

2.1. Variáveis sócio-demográficas:

2.1.1. Baixo peso ao nascer

2.1.2. Idade (crianças mais novas)

2.1.3. Sexo (sobretudo nas raparigas, mas os rapazes são mais sujeitos a punição física)

2.1.4. Prematuridade

2.1.5. Gémeos

2.1.6. Com deficiência

2.1.7. Condição de saúde

2.1.8. Mais de 2 irmãos

2.2. Ajustamento individual:

2.2.1. Problemas de comportamento

2.2.2. Perturbação emocional

Fatores de risco da família / comunidade:

1.1. Sobrelotação no domicílio

1.2. Família instável (composição da família muda frequentemente)

1.3. Violência doméstica

1.4. Pobreza

1.5. Comunidade com baixo capital social (coesão e solidariedade)

Fatores de risco para o mau trato físico de crianças

1. Fatores de risco dos pais:

1.1. Variáveis sócio-demográficas:

1.1.1. Pais jovens

1.1.2. Desemprego

1.1.3. Grupos étnicos minoritários

1.1.4. Número de crianças

1.2. Experiências passadas:

1.2.1. Percepção de baixo apoio social na infância,

1.2.2. Transmissão intergeracional de violência

1.2.3. Maior número de eventos stressantes

1.3. Ajustamento individual:

1.3.1. Baixa capacidade na resolução de problemas

1.3.2. Psicopatologia (e.g., ansiedade, depressão, consumos excessivos)

1.3.3. Níveis baixos de auto-estima, percepção de competência, percepção de apoio social

1.3.4. Níveis elevados de problemas interpessoais, de solidão, de afeto negativo e de ativação do sistema nervoso autónomo

1.4. Atitudes e crenças:

1.4.1. Crenças rígidas

1.4.2. Mais atribuições internas e estáveis (isto é, atribuindo a responsabilidade do seu comportamento à criança)

1.4.3. Expectativas negativas em relação aos filhos

2. Fatores de risco das crianças:

2.1. Mais comportamentos de externalização e internalização

2.2. Afastamento/Isolamento/Evitamento

2.3. Mais agressividade verbal (e.g., exasperação, hostilidade, provocação)

2.4. Mais agressividade física (e.g., bater, chutar, beliscar)

3. Fatores de risco da família / comunidade:

3.1. Elevado nível de stresse familiar

3.2. Famílias menos adaptáveis e coesas

3.3. Menor ajustamento conjugal

3.4. Mais agressão física e verbal dos parceiros

3.5. Maior pobreza

3.6. Menor percentagem de famílias nucleares

Fatores de risco de negligência das crianças:

1. Fatores de risco dos pais:

1.1. Variáveis sócio-demográficas:

1.1.1. Maior número de filhos

1.1.2. Maior número de gravidezes

1.1.3. Maior número de gravidezes não planeadas

1.2. Ajustamento individual:

1.2.1. Os pais interagem menos ou de forma menos positiva com filhos

- 1.2.2. Comportamento verbal e não-verbal dos pais durante as interações
- 1.2.3. Baixa auto-estima, elevada impulsividade, abuso de substâncias, falta de apoio social, e elevado stress diário
- 2. Fatores de risco das crianças:
 - 2.1. Menos interação com mães
 - 2.2. Mais problemas de comportamento
- 3. Fatores de risco da família / comunidade:
 - 3.1. Elevados níveis de stresse familiar
 - 3.2. Famílias menos coesas
 - 3.3. Comunidades com maior pobreza, abandono escolar, e proporcionalmente menos famílias nucleares
 - 3.4. Municípios urbanos de grande dimensão
 - 3.5. Comunidades urbanas

Referências

- Black, D. A., Heyman, R. E., & Slep, A. M. S (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 121-188.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Schumacher, J. A., Slep, A. M. S., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 231-254.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2012). *Child Maltreatment 2011*. Available from <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>.
- Wu, S. S., Chang-Xing, M., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. A., Resnick, M. B, & Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1253-1264.

ANEXO III. LEIS RELEVANTES A NÍVEL NACIONAL

Em Portugal, a legislação que enquadra os maus tratos e a negligência é a seguinte:

- Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro (Lei de protecção de crianças e jovens em perigo)
- No âmbito do Código Penal (2007):
 - Dos crimes contra as pessoas:
 - Crimes contra a vida: artigos 136.º (Infanticídio), 137.º (Homicídio por negligência) e 138.º (Exposição ou abandono).
 - Crimes contra a integridade física: artigos 143.º a 148.º.

Dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual:

- Crimes contra a liberdade sexual: artigos 163.º a 171.º
- Crimes contra a autodeterminação sexual: artigos 172.º a 176.º

ANEXO IV. CHECKLIST DE STRESSORES PSICOSSOCIAIS E AMBIENTAIS

Complete a informação para todos os stressores aplicáveis.

	Idade de início (em meses)	Comentários (incluindo duração e gravidade)
Desafios ao Principal Grupo de Suporte da Criança		
Nascimento de irmão/ã		
Mudança de cuidador principal		
Criança adoptada		
Criança em acolhimento familiar		
Criança em acolhimento institucional		
Morte de uma figura parental		
Morte de outro membro da família		
Morte de outro significativo, não familiar		
Discórdia marital		
Novo adulto em casa (e.g. namorado/a)		
Nova criança (não por nascimento) em casa (e.g. adopção, enteado/a, primo)		
Separação parental ou divórcio		
Um dos progenitores voltou a casar		
Outra separação parental (e.g. hospitalização)		
Desafios educativos/prestação de cuidados		
Mais de 9 horas/dia em creche ou jardim de infância		
Múltiplas mudanças do prestador de cuidados		
Ambiente de aprendizagem de fraca qualidade (e.g., questões de saúde e segurança; rácio elevado crianças/cuidadores e grupos grandes; staff com formação inadequada; falta de atenção ao desenvolvimento social e emocional)		
Desafios em casa		
Deslocado de casa		
Sem-abrigo		
Múltiplas mudanças		
Problemas c/ a temperatura, electricidade, água, e telefone		
Bairro inseguro		
Habitação insegura ou sobrelotada		
Desafios no acesso a cuidados de saúde		
Área com serviços de saúde inadequados		
Ausência ou seguro de saúde inadequado		

	Idade de início (em meses)	Comentários (incluindo duração e gravidade)
Saúde da Criança		
Hospitalização da criança		
Doença da criança (aguda ou crónica); criança sofreu acidente/lesão (e.g. mordedura animal, passageiro em acidente de viação)		
Criança sujeita a procedimentos médicos (e.g. punção lombar)		
Desafios Legais/Sistema de Justiça		
Envolvimento dos serviços de Protecção de Crianças		
Disputa no contexto de regulação do exercício das responsabilidades parentais		
Estatuto de imigrante		
Detenção de figura parental		
Prisão de figura parental		
Criança vítima de um crime		
Outro		
Desastre natural (e.g., fogo, furacão)		
Guerra/terrorismo		
<i>Outro (por favor especifique):</i>		

ANEXO V. LISTA DE ORGANIZAÇÕES E INSTITUIÇÕES QUE INTERVÊM NA ÁREA DO MAU TRATO E NEGLIGÊNCIA

COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO
[NATIONAL COMMISSION FOR PROTECTION OF CHILD AND YOUTH AT RISK]

Avenida E.U.A., n.º 39 - 3.º andar
1749-062 Lisboa
Telefones: (+351) 300 511 400 / 300 511 397
FAX: (+351) 300 511 444
e-mail: cnpcjr@seg-social.pt
site: <http://www.cnpcjr.pt/search.asp>

REDE NACIONAL DE NÚCLEOS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO – DIREÇÃO GERAL
[NATIONAL NETWORK OF SUPPORT FOR CHILDREN AND YOUTH AT RISK - HEALTH GENERAL
DIRECTORATE]

Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, n.º 45, 6.º Piso
1049-005 Lisboa
Telefone: 218430500
Fax: 218430530
Site: <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/rede-de-nucleos-da-ascjr/onde-estao.aspx>.



With financial support from the Daphne
III Programme of the European Union



Consórcio do Projeto INTOVIAN:

Coordenador do Projeto

Instituto de Saúde Mental, Departamento de Saúde Mental e Serviços Sociais, Centro para o Estudo e Prevenção de Crianças Maltratadas e Negligenciadas (ICH-MHSW), Grecia

Parceiros

Universidade do Chipre, Departamento de Psicologia (UCY), Chipre

Associação Focolare Maria Regina Onlus (FMR), Italia

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Portugal

Universidade Autònoma de Barcelona (UAB), Espanha

Universidade de Roehampton, Inglaterra

Avaliação Externa

Professora Vasudevi Reddy, Universidade de Portsmouth

Parceiro Nacional do Projeto INTOVIAN



Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), CIS-IUL, Avenida das Forças Armadas, Edf.
ISCTE-IUL, 1649-026, Lisboa, Portugal

Tlf: +351 217 935 000