

PROTEÇÃO DE CRIANÇAS PELO MUNDO

Gordon Harper

Edição em Português

Editores: Lia Moreira, Yoichi Takaki Konno

Tradutores: Maria João Lobato, Mara Pinto, Rui Sampaio, Leonardo Ferreira Antônio



Garota com Balão, Banksy

Gordon Harper MD

Professor Associado de
Psiquiatria, Harvard Medical
School, Boston MA 02115, USA

Conflito de interesses: nenhum
relatado

Agradecimentos: Comentários
e sugestões por Kim
Ferrecchia-Rivas MSW
LCSW, Wynne Morgan MD, e
John Sargent MD são muito
apreciados

Esta publicação é destinada ao treinamento profissional ou à prática em saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são as dos autores e não necessariamente representam a opinião dos editores ou da IACAPAP. Esta publicação procura descrever os melhores tratamentos e práticas com base nas evidências científicas disponíveis no momento da redação, conforme avaliadas pelos autores, e pode mudar como resultado de novas pesquisas. Os leitores precisam aplicar esse conhecimento aos pacientes de acordo com as diretrizes e leis de seu país de prática. Alguns medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas sobre os medicamentos, uma vez que não são mencionadas doses iguais e efeitos indesejáveis. Organizações, publicações e websites são citados ou vinculados para ilustrar questões ou como uma fonte de informações adicionais. Isso não significa que os autores, os editores ou a IACAPAP endossam seu parecer ou recomendações, que devem ser avaliadas criticamente pelo leitor. Os endereços eletrônicos também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2020. Esta é uma publicação de livre acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). O uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja devidamente citado e o uso seja não-comercial.

Citação sugerida: Harper G. Proteção das Crianças pelo Mundo. In Rey JM, Martin A (eds), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2020.

Este capítulo faz uma revisão do tema Proteção de Crianças. O tema Negligência, Abuso Infantil e suas sequelas são discutidas num outro capítulo deste livro (p.ex., [Capítulo B.1](#)). Apesar da proteção de crianças ser frequentemente considerada como pertencendo ao Serviço Social, com conexões variáveis à saúde mental, o desenvolvimento saudável de crianças e jovens é tão moldado pela forma como os protegemos—uma responsabilidade central de toda sociedade humana—que a proteção de crianças também pertence à Saúde Mental da infância e da adolescência. Este capítulo faz uma revisão de como esta responsabilidade tem evoluído e da importância que assumiu mundialmente, especialmente:

- Como a responsabilidade pela criança, uma vez pertencente apenas aos pais, passou a ser partilhada com a sociedade em geral
- A importância que a proteção de crianças assume em todo o mundo para prevenção, deteção e intervenção
- Como é que o conhecimento público e os processos políticos interagem para determinar o que a sociedade faz para proteger as crianças, e
- Oportunidades que existem atualmente para aumentar a proteção infantil, especialmente abordando o contexto e não apenas a criança.

PROTEÇÃO DE CRIANÇAS – UM ASSUNTO NÃO DISCUTIDO ATÉ HÁ POUCO TEMPO

A forma como a criança e o seu desenvolvimento são vistos tem-se alterado ao longo da história (ver [Capítulo J.9](#)). A história dessas mudanças tem, em si mesma, mudado. Ariès (1960) argumentou que o desenvolvimento infantil não foi abordado, muito menos estudado, até há um século ou mais atrás. Historiadores mais recentes (Orme, 2001) citaram textos anteriores acerca do desenvolvimento infantil, que remontam, pelo menos, aos tempos medievais.

Quanto à responsabilidade pelas crianças, até aos tempos modernos, os pais, com o apoio da família alargada, dispunham da supervisão incontestável dos filhos, que eram vistos como propriedade, um bem económico (se pudessem trabalhar ou ser vendidos) ou um passivo (se doentes ou com atraso do desenvolvimento). As crianças adquiriam gradualmente características de adultos e eram respeitadas de tal forma que eram vistas como um adulto. A responsabilidade de “educar” a criança recaía diretamente sobre os pais. Gradualmente, nos últimos dois séculos, com a urbanização e outras mudanças sociais, uma visão diferente da criança emergiu. Crianças desfavorecidas, especialmente órfãs, começaram a ser retratadas com simpatia, como na obra de Dickens.

Para além disto, descrições cada vez mais objetivas do desenvolvimento das crianças (como as de Binet, ao descrever a cognição) lançaram o desenvolvimento infantil como um campo de estudo. Notícias em jornais acerca de crianças abandonadas ou abusadas despertaram a preocupação pública. Como resposta, a responsabilidade da comunidade pelas crianças cresceu, indo além do que os pais sozinhos poderiam fornecer. O apoio informal da comunidade, especialmente de organizações religiosas, foi complementado nos Estados Unidos e noutros locais com a criação de agências, como a Sociedade para a Prevenção da Crueldade contra Crianças (fundada alguns anos após a criação da Sociedade para a Prevenção da Crueldade contra Animais).

O reconhecimento social e cultural de que uma criança tem necessidades,



“Por favor senhor, pode me dar mais um pouco?” Oliver Twist, Dickens



Sociedade para a Prevenção da Crueldade contra Crianças de New York (1875)

pensamentos e sentimentos e não é apenas uma folha em branco (inerentemente má, de acordo com a doutrina do pecado original; ou boa, como o nobre selvagem de Rousseau), assemelha-se ao que, em indivíduos, é chamado mentalização. Ou seja, as pessoas gradualmente passaram a ver os filhos como tendo a sua própria e legítima experiência, que poderia ser entendida por outros.

No século XX, esta visão compreensiva da criança foi ampliada, gradual e incompletamente, para crianças de grupos sem poder e estigmatizados, incluindo minorias raciais e étnicas, economicamente desfavorecidos e os estigmatizados, como aqueles com alterações de desenvolvimento, sem abrigo, com história criminal ou uso de substâncias.

Instituições para órfãos e crianças abandonadas substituíram gradualmente os “programas de escritura”—sob os quais crianças órfãs eram “contratadas” como aprendizes de outras famílias—e os “comboios de órfãos”, que carregavam essas crianças para serem criadas e para trabalharem para as famílias de referência na fronteira dos Estados Unidos. Os orfanatos, por sua vez, foram substituídos por colocação individual em lares de acolhimento. Gradualmente foram elaboradas várias leis que consideravam a negligência e o abuso como atos puníveis. O apoio ao bem-estar infantil surgiu apesar da oposição, muitas vezes moralista, que culpava os pobres “indignos” pela própria pobreza ou expressando medo de que o apoio público diminuiria a motivação dos pais para trabalhar. Os defensores dos direitos da criança tiveram muitas vezes de lutar contra os defensores dos direitos dos pais, que se ressentiam e que viam essas ideias como uma intrusão do Estado nas suas vidas (Bartholet, 2020). Com efeito, todos os sistemas de proteção à criança foram estabelecidos (ver Gordon, 2011; Myers, 2008).

No século XX, os direitos das crianças foram definidos e codificados na declaração dos direitos das crianças, pela Liga das Nações em 1924 e pelas Nações Unidas em 1959 (ver [Capítulo J.7, The United Nations Convention on the Rights of the Child and Implications for Clinical Practice, Policy, and Research](#)).

O reconhecimento do abuso de crianças no século XIX não foi apenas resultado de uma maior consciencialização pública. Este constituiu também uma resposta ao aumento da vulnerabilidade das crianças, quando famílias nucleares isoladas não conseguiam, por si mesmas, dar o apoio que tradicionalmente era dado por famílias extensas. A assunção moderna de que os pais biológicos podem dar resposta a todas as necessidades dos seus filhos choca com o papel tradicional da comunidade, especialmente nas famílias mais extensas, de complementar o que os pais fornecem. Alguns argumentam que as sociedades modernas sobrestimam a extensão da capacidade dos pais biológicos, por si próprios, poderem atender a todas as necessidades dos seus filhos, e que os sistemas de proteção infantil são uma consequência necessária.

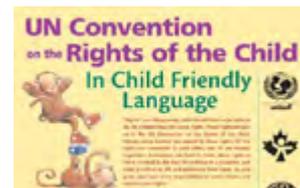
BEM-ESTAR DAS CRIANÇAS E DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

Desde meados do século XIX que o desenvolvimento saudável tende a ser observado como dependendo de:

- Bem-estar financeiro
- Saúde física, incluindo nutrição



Advogando pelos direitos da criança, Bulgária, 1924



- Educação
- Segurança contra a negligência e abuso
- Práticas parentais positivas
- Apoio no autocuidado e defesa
- Apoio especial para aqueles com diferenças ao nível do desenvolvimento

À medida que a definição de bem-estar infantil se expandiu, também se expandiu a lista de adversidades que ameaçam a criança, a saber:

- Abandono e formas menos graves de negligência
- Pobreza e malnutrição
- Trabalho infantil
- Exclusão escolar
- Abuso físico
- Castigos físicos
- Abuso emocional, incluindo negligência, exposição à violência, assédio e bullying
- Abuso sexual
- Casamento infantil
- Rituais de mutilação, especialmente a mutilação genital feminina
- Doenças factícias impostas por outrem, também conhecido como Síndrome de Munchausen ou abuso médico infantil
- Abuso online – bullying e sexting
- Discriminação contra minorias ou grupos com menor poder

Nem tudo o que está aqui listado é universalmente reconhecido como uma ameaça às crianças. As atitudes em relação a algumas práticas, como o castigo corporal, variam ao longo do tempo e entre os países. Outras práticas, como o casamento infantil, são ainda mais controversas e são vistas de modo diferente por diversos grupos dentro do mesmo país. Por exemplo, certos grupos defendem que alguns rituais de passagem, como a mutilação genital feminina, são experiências positivas, por aumentarem a conexão com o grupo e com as tradições específicas da cultura.

O debate resultante coloca de um lado alguns que vêem “os direitos das crianças” como uma nova forma de colonialismo ocidental (Shweder, 2000). Outros, incluindo defensores de dentro das comunidades onde tais práticas têm sido tradicionais, têm condenado fortemente tais práticas. Este debate ressoa tanto no debate mundial sobre os direitos das mulheres e seu direito de controlar seus corpos, quanto nas críticas às sociedades que apóiam ou corrompem as conexões sociais em geral.

Tais pontos de vista influenciaram o estabelecimento de leis de proteção de crianças. Outras diferenças culturais como, nos EUA, o medo do controlo governamental, atrasaram a implementação de serviços de proteção. Por exemplo, a implementação quase universal de creches foi estabelecida nos EUA durante a Segunda Guerra Mundial para permitir que as mulheres se juntassem às forças de trabalho, mas com benefícios para as crianças. Uma vez acabada a guerra, o programa, visto como uma forma de o governo se apoderar da responsabilidade familiar, foi interrompido, deixando famílias em situações de stress sem suporte.



Crianças trabalhando em fábrica. Estados Unidos, 1920s



A defensora Bogaletch Gebre, cuja irmã morreu após a mutilação genital feminina, foi ela mesma uma sobrevivente da mutilação genital feminina (NYTimes, 17 de novembro de 2019).

Importantes para combater o medo dos apoios sociais foram os estudos que mostram os efeitos, a curto e longo prazo, de experiências adversas na infância, como casos de negligência e de abuso. Investigações como a [Adverse Child Experiences Studies](#) do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos demonstraram que experiências como negligência e abuso, ao longo de décadas, tinham impacto na saúde e diminuíram a esperança de vida.

Experiências positivas durante a infância também fazem a diferença. Juntamente com o [Adverse Childhood Experiences](#), ACES, alguns autores desenvolveram um sistema de avaliação utilizando o Resilience Childhood Experiences, RCEs. Estudos recentes mostraram os efeitos protetores a longo prazo de experiências positivas durante a infância (Bethell et al, 2019). O RCEs e ACES, juntos, compreendem os ICEs, Influential Childhood Experiences.

Atualmente existem redes dedicadas a informar a população acerca deste conhecimento e usá-lo para fundamentar políticas públicas (por exemplo, [Harvard's Center on the Developing Child](#)). Pesquisas mais recentes ligam o abuso precoce aos detalhes da saúde na idade adulta, como as características de alucinações (Rosen et al, 2020).

O papel do ambiente da criança e da família é ainda mais importante na proteção da criança do que em outras áreas da saúde mental infantil. A importância está tanto na causa – os maiores índices de abuso e negligência associados ao status socioeconômico e à etnia, por exemplo – quanto na mediação de intervenções de prevenção e recuperação (como discutido abaixo). Taxas mais elevadas de abuso e negligência não são características intrínsecas dos grupos afetados, mas refletem adversidades, históricas e atuais.

PROTEÇÃO DA CRIANÇA: PREVENÇÃO, DETECÇÃO, AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO, RECUPERAÇÃO

Estes termos relembram os utilizados em Saúde Pública. Prevenção primária diz respeito às medidas dirigidas a toda uma população; prevenção secundária a medidas dirigidas a uma subpopulação, considerada de risco; e a prevenção terciária, a medidas que ajudem aqueles quem já sofrem da condição, para apoiar a sua recuperação e adaptação.

Prevenção

A proteção infantil começa com *promoção de um desenvolvimento saudável*. Medidas promotoras podem ser universais—aplicadas a todas as crianças de uma população—como a educação ou assistência à saúde universal, uma forma de *prevenção primária*. Nesta linha de pensamento, por exemplo, a Suécia, como outros países Escandinavos, têm uma abordagem mais direcionada para o bem-estar infantil de “serviço à família”, em oposição à abordagem mais restrita de “proteção infantil”, comum em países de língua inglesa. Estas duas abordagens são contrapostas na Tabela B.3.1.

Nos Estados Unidos, o balançar do pêndulo entre estes dois pólos tem sido traçado pelo historiador Lepore em resposta à descoberta do corpo de uma criança abusada no porto de Boston em 2015, conhecido como “Baby Doe” nas semanas anteriores a ser identificada (Lepore, 2016).



Estampa de bebê em uma caixa de leite, parte de um esforço para identificar uma criança cujo corpo foi encontrado no porto de Boston em 2015



Para proteger as crianças com diferenças, um programa baseado na escola nos EUA, “Entendendo nossas diferenças”, promove aceitação. Brian Heffernan, orador convidado, revê sua apresentação na escola com sua mãe. Boston Sunday Globe, 17 de novembro de 2019.

Tabela B.3.1. Orientações de proteção à criança*		
Características	Proteção à criança	Apoio familiar
Objetivo	Proteger as crianças do perigo	Apoiar famílias com dificuldades sociais, económicas e psicológicas
Acesso aos serviços	Ponto de entrada único; relatório ou notificação por terceiros	Diversos pontos de entrada e de serviços
Bases de intervenção do governo e de prestação de serviços	De âmbito legal e de investigação a fim de formular planos de segurança infantil	Respostas de suporte ou terapêuticas para atender às necessidades das crianças e famílias ou para a resolução de problemas
Localização dos serviços	Separados dos serviços de apoio às famílias	Incorporado e normalizado pelos serviços gerais de bem-estar infantil ou de saúde pública
Cobertura	Concentrado nas famílias em risco	Universal
Abordagem do serviço	Procedimentos uniformizados; cronogramas rígidos	Flexíveis para responder às necessidades das famílias
Relação entre Estado e os Pais	Frequentemente adversa	De parceria, baseada no relacionamento
Papel do sistema legal	Frequentemente adverso	Último recurso; informal
Cuidados fora de casa	Majoritariamente involuntário	Majoritariamente voluntário

*Adaptado de Price-Robertson et al (2014)

Para todas as crianças, medidas usadas para promover um desenvolvimento saudável incluem apoio financeiro, cuidados pré e pós-natais, licença parental, educação pré-escolar e medidas para prevenir e responder à violência doméstica.

Os professores são frequentemente os primeiros a reconhecer os sinais de abuso ou negligência e a denunciá-los. Alguns sistemas têm programas dedicados à proteção da criança, para informar as crianças sobre a saúde mental e as possibilidades de negligência, abuso físico ou sexual.

Deteção

Para crianças sob suspeita ou reconhecidas como em risco, a *deteção* pode assumir a forma de notificação compulsória, uma das formas de proteção mais amplamente aprovadas. A deteção e denúncia de abuso infantil tornou-se uma responsabilidade dos médicos (e outros profissionais) nos EUA nos anos 60. Um pediatra, Kempe, e colegas (1962), aproveitando a experiência da clínica, indagando o reconhecimento dos radiologistas de que crianças com fraturas repetidas poderiam ter infligido lesões, relataram suas descobertas sob o título provocador, “Síndrome da criança espancada”. Dentro de uma década, quase todos os Estados americanos promulgaram leis exigindo que profissionais (médicos e outros) informassem aos serviços de proteção qualquer criança da qual suspeitassem que pudesse estar em

risco de abuso ou negligência. Embora a denúncia obrigatória tenha sido aceita há décadas na América do Norte, tornou-se uma exigência da prática médica muito mais tarde em outros países, por exemplo, na Alemanha.

Avaliação

Após a notificação segue-se a *avaliação investigativa*, na qual os funcionários de proteção à criança podem ter autoridade para acessar informações, incluindo informações de saúde, consideradas privadas. A forma como tal avaliação é feita varia de acordo com a gravidade, desde o uso de avaliações clínicas padrão adaptadas de outros campos clínicos até o uso de modelos especialmente projetados para a avaliação de risco. A investigação pode incluir uma revisão de relatórios policiais e contacto com profissionais de saúde, trabalhadores escolares, família alargada, ou outras agências estatais. Revisões sistemáticas de avaliações revelam erros cognitivos previsíveis baseados em suposições simplistas, sendo que o seu reconhecimento pode diminuir a ocorrência desses erros (Munro, 1999).

A avaliação é desafiante, começando com a criança. Qualquer que seja o fundamento da elaboração de um relatório de proteção, a criança pode apresentar (ou sentir, mas não apresentar) uma variedade de respostas, incluindo confusão e desconforto emocional pela intromissão de desconhecidos na vida familiar, por um lado, e alívio pelo reconhecimento de uma situação desesperante, por outro.

Independentemente do modo como a criança compreende a situação, esta poderá apresentar vários sintomas, em grande parte de natureza pós-traumática:

- Descontrolo emocional que pode culminar em birras
- Hostilidade dirigida a terceiros
- Incapacidade de cuidar de si ou de se proteger
- Ameaças ou comportamentos auto-lesivos ou suicidários
- Insucesso escolar, com alterações de processamento da linguagem ou perfil de aprendizagem
- Depressão ou outro transtorno de humor
- Transtornos psicóticos

A avaliação da criança considera várias possibilidades em saúde mental:

- Uma reação ao trauma e ao afastamento das figuras parentais, necessitando de compreensão e apoio por parte da família de acolhimento e dos profissionais de proteção de menores, e a possibilidade de se extinguir com o tempo
- Uma reação similar, mas com menor probabilidade de se extinguir, e que necessita de apoio de saúde mental.
- Uma perturbação maior do desenvolvimento ou de saúde mental, e que necessita de orientação clínica.

Esta avaliação é abordada em Practice Parameter developed by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Lee et al, 2015).

Ouvir a criança é uma parte essencial, embora desafiante, da avaliação. Não falar com a criança pode levar a lesões grave ou mesmo à sua morte, se o relato do adulto for tomado como base para a invalidação de um relatório de proteção (tal como descrito no documentário “The Trials of Gabriel Fernandez”). Crianças

vítimas de abuso, tal como adultos vítimas de violência doméstica (Snyder, 2019), podem ter dificuldade em expressar-se por:

- Receio pela sua segurança, especialmente de serem identificadas como responsáveis pela denúncia ou confirmação do abuso
- Relação ambivalente com o autor do abuso (por exemplo, necessitando dos seus cuidados e sentir medo do autor); ou
- Sentimentos de culpa – culpabilizar-se pelo que aconteceu.

O efeito de uma declaração clara do que aconteceu é poderoso. Tal declaração dá à criança a sensação de ser ouvida e afirma que o abuso não é sua culpa. A resposta de um jovem ao vídeo “ReMoved” é um exemplo disso mesmo: “É incrível porque normalmente sinto que ninguém compreende o que se passou”.

Fazendo uso de linguagem adaptada ao nível de desenvolvimento da criança, poderá ser mais fácil ouvir a criança ao:

- Entrevistando a criança em um lugar seguro
- Levando tempo que for necessário
- Reconhecendo o problema (“Estamos aqui porque algumas coisas não estão correndo bem...”)
- Reforçar o sentimento de segurança e apreço pela sua opinião com declarações como “Estamos interessados em ouvir a tua experiência, o que pode ser difícil, ou mesmo assustador. Mas o nosso principal objetivo é manter-te seguro. Mereces isso mesmo”
- Ponderando a utilização, pelo menos inicialmente, de linguagem impessoal (“Por vezes as pessoas têm problemas...”) ou “Por vezes as crianças ficam confusas sobre...” por oposição a linguagem pessoal (“Tu...” ou “A tua mãe ou o teu pai...”)
- Reconhecendo a possibilidade de culpa, e oferecendo alívio (“Quando as coisas vão mal, as crianças muitas vezes se culpam, sentem que o problema é culpa delas”. Não vemos as coisas dessa maneira”).
- Reconhecendo as relações ambivalentes (“Os pais às vezes se preocupam muito com seus filhos, mas as coisas atrapalham na hora de cuidar bem...”)
- Queremos ajudar as crianças a permanecer em contato com os pais, talvez até ficar com eles, enquanto ajudamos com esses problemas”).
- Falando respeitosamente mas francamente sobre os pais (“Enquanto uma mãe/pai pode se importar muito com uma criança, às vezes eles têm problemas com...”)
- Reconhecendo a parceria no trabalho para um objetivo (“Queremos trabalhar junto com sua mãe/pai para melhorar as coisas. Veremos como isso funciona. Enquanto isso, o plano para agora é...”)

Avaliar os pais e a família também é um desafio. As atitudes para com os pais variam. Em algum momento, os pais eram frequentemente vistos como infratores, não como pessoas que precisam de apoio (Bourne & Newberger, 1979). Hoje, a maioria dos serviços de proteção tem como objetivo proporcionar uma relação de simpatia e solidariedade, na qual o planeamento *compartilhado* para a criança pode ocorrer. Indo além da época em que os profissionais falavam e as famílias escutavam, muitos agora encorajam a família a iniciar o processo de planeamento, declarando suas necessidades. A linguagem familiar é utilizada, ao contrário do

O IICAPS ilustra que o cuidado com a família pode dar voz tanto às famílias quanto aos profissionais. Enquanto os profissionais ouvem as necessidades e planos da família, eles têm em mente um modelo de como os problemas são transmitidos através das gerações, um modelo no qual a sintonia, o apego e a mentalização desempenham um papel. Pensando desta forma, ambos apoiam a família e têm uma forma de entender os mecanismos que contribuem para os problemas e que, mobilizados adequadamente, podem promover a recuperação

jargão profissional.

Esta abordagem é utilizada em serviços de terapia no domicílio nos EUA tais como o Intensive In-Home Child & Psychiatric Service (IICAPS) em Connecticut (Woolston et al, 2007). Esta abordagem também é descrita em Allen (2018). A equipe, ao desenvolver um plano para cada família, também pode reunir dados mostrando como as diferenças de vínculo e mentalização medeiam a transmissão do trauma através das gerações (Stob et al, 2019).

Planejamento

A avaliação leva a uma decisão: ou para descartar a ocorrência de abuso ou risco grave de abuso ou para fundamentar (apoiar) o relatório. Se a denúncia for apoiada, a próxima decisão é se a criança pode permanecer com os pais ou se precisa ser realocada para um local seguro.

Neste aspeto, o grau de protecționismo tem variado muito. Houve uma altura em que era assumido que a criança vítima de abuso ou negligência necessitava, em primeiro lugar, de ser separada da família. Mais recentemente, as consequências negativas de uma deslocalização automática têm sido reconhecidas. Disto são exemplo a perda de ligação com membros da família biológica, relacionamentos que para muitas crianças protegidas permanecem importantes, e a quebra repetida de vínculos em crianças que passam por várias famílias adotivas ou instituições. Além disso, é fraca a evidência de benefício a longo prazo de tratamento que envolva o afastamento dos pais (Lewis et al, 1980). Uma abordagem atual pode ser encontrada no documento *Foster Care – a Path to Re-unification*, de autoria do US Children’s Bureau (2019).

Reconhecendo a necessidade da criança de manter um relacionamento com os pais biológicos, têm sido desenvolvidas metodologias para identificar recursos familiares previamente não reconhecidos, de forma a apoiar as ligações da criança à família e assim evitar o cuidado de carácter substitutivo—e por vezes temporário—por parte de terceiros. Estes mecanismos incluem o programa “Family Finding and Permanency” desenvolvido por Kevin Campbell na Austrália (ver caixa) e, nos EUA, o programa “the Urgency of Permanency” iniciado no Walker Program em Massachusetts.

Os diferentes tipos de medidas de protecção encontram-se listadas na Tabela B.3.2. Encontrar o equilíbrio entre dois objetivos – protecção eficaz e dar apoio e aproveitar as ligações à família próxima – permanece um desafio na protecção de menores. Quando se verifica um risco imediato e grave para a criança, os serviços de protecção de menores poderão requerer a custódia da criança. A custódia com fins de protecção pode ser obtida de forma imediata, embora implique procedimentos jurídicos numa fase posterior.

Quando a informação é ambígua, não confirmando o risco nem permitindo que se exclua a necessidade de cuidados de protecção do menor, tal ambiguidade pode ser gerida desenvolvendo-se um *plano provisório*, começando por reconhecer a incerteza e definindo critérios a usar, após um período de observação, para definir mais claramente ou excluir a necessidade de intervenção (Harper, 2016a). Embora o apoio possa começar com uma mudança nas figuras parentais ou na residência, é frequente incluir também tratamento no âmbito da saúde mental e serviços de educação especial.

Encontrar Familiares e Permanência na Família: Projectos Atuais

The Path Out of Foster Care Crisis Runs Through Family

Por Kevin Campbell and Jill Borgeson.
Um artigo sobre a evolução do processo de encontrar familiares tendo em conta anos de experiência prática e de investigação.

Family Finders Helping Vulnerable WA Kids

Por Kate Campbell.
Um artigo sobre o trabalho de Kevin Campbell na Australia Ocidental.

Good Business, Real Results: Time for Radical Change in Child Protection

Por Kevin Campbell.

Tabela B.3.2. Recuperação do Abuso ou Negligência

ONDE ESTÁ A CRIANÇA?	APOIO EM CASA	ADOÇÃO POR FAMILIARES	ADOÇÃO POR TERCEIROS	INSTITUCIONALIZAÇÃO
LOCALIZAÇÃO	Na casa da família, com os pais	Na casa dos familiares adotivos	Numa nova casa com pais adotivos (novos)	Em contexto grupal, na instituição de acolhimento, criada para alojar e cuidar
JUNTAMENTE COM	Frequentemente com a família original	Parentes, membros da família e talvez com irmãos	Os pais adotivos e os seus filhos, possivelmente com outras acolhidas	Profissionais e outras crianças institucionalizadas
RELAÇÃO COM OS PAIS	Mantém-se, mas esperando-se uma alteração	Normalmente mantida com visitas	Poderá ou não manter-se	Poderá ou não manter-se
RELAÇÃO COM OS IRMÃOS	Mantém-se	Normalmente mantida com visitas se não viverem juntos	Poderá ou não manter-se	Poderá ou não manter-se
A CRIANÇA É PROTEGIDA ATRAVÉS DE	Programa intensivo de apoio em casa: apoio aos pais, aconselhamento comportamental e cuidados médicos	Mudança dos cuidadores	Mudança dos cuidadores	Mudança dos cuidadores
VANTAGENS DESTE MODELO	Mantém as principais figuras de vinculação	Mantém relações familiares próximas, mesmo que não viva com os pais	Novo começo com uma nova família e relacionamentos	Por vezes é o único modelo disponível
DESVANTAGENS DESTE MODELO	Sem garantias de mudança na relação familiar	Nem sempre disponível ou aceitável	Risco de mudanças frequentes e consequente perda dos novos vínculos	Cuidado institucional; sem relações próximas que substituam os pais; fraca evidência de eficácia a longo-prazo

O “apoio em casa” pode ser feito de diferentes formas:

- Apoio económico
- Educação
- Apoio pelos pares
- Tratamento
- “Plano de segurança” desenvolvido conjuntamente.

Os cuidadores – família biológica ou pais adotivos – devem demonstrar:

- Reconhecimento de trauma
- Controle maduro de impulso e
- A capacidade de compreender a experiência da criança e ajudá-la a compreender o que aconteceu, inclusive os efeitos da realocação.

Proteção imediata

A necessidade de proteção imediata surge, por exemplo, quando uma mãe duas semanas pós-parto tem uma depressão com alucinações de comando para matar o bebê. A equipe de proteção, com consulta sobre saúde mental, faz uma avaliação de emergência (a criança está em risco agudo e imediato) e planeja garantir a segurança da criança



Girls Educational & Mentoring. GEMS' unique Victim, Survivor, Leader™ é o padrão ouro para organizações que atendem vítimas de tráfico e sobreviventes em todo o país e a GEMS treina milhares de profissionais todos os anos sobre suas melhores práticas.

Tudo isso deve proporcionar segurança e apoio para a criança que se recupera de abuso ou negligência. Devem também fornecer o que as crianças precisam para a recuperação e o crescimento a longo prazo. Para a criança removida da casa da família, os cuidados fora de casa podem tomar a forma de:

- Adoção por familiares, adoção por terceiros ou institucionalização (ver Tabela B.3.2)
- Apoio nos relacionamentos – com a família de origem, com outros familiares, com colegas e com outras crianças em recuperação.
- Cuidados de saúde mental, podendo incluir psicoterapia e psicofármacos – os psicofármacos são prescritos mais frequentemente a crianças retiradas à família do que aos seus pares (ver abaixo; a questão da sobre-prescrição é também abordada em um [guideline da American Academy of Child & Adolescent Psychiatry](#)).

O registo legal e criminal do potencial cuidador substituto deve ser verificado, e deve ser avaliado o risco de violência doméstica, física ou emocional. A adoção por familiares tem a vantagem da manutenção do vínculo familiar, devendo no entanto proporcionar a segurança que não foi assegurada pelo agregado familiar original. No caso da adoção por terceiros, os potenciais pais adotivos (possivelmente uma pessoa conhecida da criança, mas sem relação familiar, como um professor, um amigo da família, a família de um amigo da criança, um monitor do seu grupo de escuteiros, etc.) deve igualmente ser avaliado. Tal como previamente referido, a reunificação com a família de origem pode ou não ser o objetivo – o desafio é atingir o equilíbrio entre o “resgate pela separação” e o apoio e manutenção das relações existentes.

Recuperação pelo diálogo

Qualquer que seja o modelo escolhido, vários tipos de apoio podem auxiliar a recuperação. O apoio deve iniciar-se informando a criança sobre o que se está a passar, uma conversa difícil mas importante. De forma apropriada ao nível de desenvolvimento da criança, os objetivos são:

- Respeitar as opiniões da criança sobre as suas necessidades (que podem ou não incluir o reconhecimento de que necessitam de proteção)
- Assegurar que a criança percebe que não tem culpa do que aconteceu, e
- Dar informação clara sobre as próximas etapas.

Deve-se realçar a necessidade de proteção da criança – explicar que os pais (biológicos ou não), apesar do seu amor pela criança, não têm assegurado as suas

necessidades – e explicar o que se irá passar.

A recuperação deve ter em conta os resultados a longo prazo. Uma visão a curto prazo focada na “estabilização” e na ausência de ofensas não é suficiente. Exemplo disso é a forma como sucessivas atribuições a diferentes famílias de acolhimento não proporcionam relações duradouras, como previamente referido. Assim, os objetivos na proteção de menores, tal como em outras áreas da saúde mental infantil, vão para além do paradigma do “Triplo Objetivo” (experiência do paciente, saúde da população, custo per capita), que é amplamente utilizado na avaliação de cuidados de saúde. Na saúde mental infantil, os objetivos são mais diversificados: saúde (física, desenvolvimental, relacional) ao longo de todas as fases de desenvolvimento; experiência do paciente que inclui a criança e os pais; e custos para além daqueles relacionados com os cuidados de saúde, incluindo não só os custos de saúde mental mas também de educação, educação especial, sistema de justiça juvenil e serviços sociais.

Comunidades de recuperação

Para todas as crianças, mas especialmente para aquelas que se recuperaram de condições que incluíram isolamento social e vergonha, encontrar e crescer com uma comunidade de recuperação é uma parte fundamental da recuperação. Essas comunidades de recuperação podem ser genéricas (associações de jovens) ou especificamente direcionadas para grupos em recuperação. Dois exemplos de organizações que apoiam a recuperação de meninas adolescentes e mulheres jovens que sofreram exploração sexual comercial são “[My Life, My Choice](#)” e “[Girls Educational & Mentoring Services](#)” (GEMS).

Em muitos países, a proteção infantil é dificultada pela existência de “silos”: localizar os serviços de proteção em órgãos paralelos que não respondem uns aos outros e às vezes nem mesmo se comunicam. Por exemplo, na maioria dos estados dos EUA, os serviços infantis estão divididos entre educação, saúde, saúde mental, serviço social e justiça juvenil. O isolamento em relação a outras agências pode ser mais prevalente nos serviços de proteção à criança do que em outros serviços públicos. Esse isolamento foi uma das falhas do sistema identificadas no documentário “[The Trials of Gabriel Fernandez](#)”, sobre a morte de uma criança em Los Angeles que tinha sido reportada para supervisão e medidas protetoras. Para as famílias que já têm de lidar com vidas fragmentadas, a separação dos serviços dessa forma dificulta a recuperação.

IMPLEMENTANDO SERVIÇOS: DO CONHECIMENTO À PRÁTICA

Conforme discutido no capítulo sobre política de saúde mental da criança e do adolescente deste Tratado (J.6), os programas públicos resultam da interação do conhecimento, vontade política e estratégia política. Na área da saúde, o termo “ciência da implementação” é agora usado para traduzir o conhecimento do que pode ser feito para a *prática* (Bauer et al, 2015). A proteção da criança – na interseção das reportagens dos meios de comunicação social (às vezes inflamatórias), da opinião pública (às vezes simpática e às vezes estigmatizante) e do processo político – ilustra essa interação.

Em 1960, um incidente ilustrou a relação entre publicidade e mudança de política. Um Estado nos EUA acabou com os pagamentos de assistência social às famílias quando uma criança nasceu fora do casamento, quebrando uma regra do Estado. A publicidade e a indignação pública resultantes levaram a uma decisão administrativa, mais tarde apoiada pela legislação e pelos tribunais, de que os Estados não podiam simplesmente cessar os serviços às famílias necessitadas por violarem tal regra - o Estado tinha que desenvolver outros serviços.

Nos EUA, por exemplo, a tomada pública de consciência do problema do abandono e abuso de crianças, coincidindo com uma administração política determinada em atuar em problemas sociais há muito reconhecidos, levou, na primeira década do século XX, à fundação do Federal Children's Bureau, à aprovação das “primeiras leis estaduais” para prevenir o abuso e a negligência, e à organização da primeira conferência nacional sobre as necessidades das crianças. Mas passou uma geração até que o apoio federal aos serviços infantis dos Estados incluísse apoio financeiro, em resposta à depressão económica e a uma administração comprometida com o apoio social. Esse apoio ficou conhecido como “Aid to Families with Dependent Children” (Murray & Gesiriech).

A vulnerabilidade desses serviços à opinião pública e à pressão política foi mostrada novamente na década de 1990 nos EUA, quando um governo amplamente visto como progressista, respondendo à caracterização negativa da previdência social como incentivo à dependência, extinguiu o “Aid to Families with Dependent Children Program”, substituindo-o por “Temporary Assistance to Needy Families”, que incluía a obrigatoriedade de trabalho para as mães. As consequências deste programa de apoio mais restritivo eram muitas vezes negativas.

O efeito da mudança política também ficou evidente no apoio à pesquisa sobre abuso e negligência infantil pela Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos. Após um relatório em 1993 solicitar uma nova pesquisa, um relatório de follow-up duas décadas depois reviu os custos do abuso e da negligência infantil e fez recomendações ambiciosas com base nessa investigação (“New Directions in Child Abuse and Neglect Research”). Mas com uma mudança na administração dois anos depois, não apenas essas recomendações desapareceram de vista, mas as pesquisas sobre abuso e negligência infantil não voltaram a aparecer na agenda da Academia Nacional de Ciências.

O conhecimento público sobre proteção infantil também é informado pelo jornalismo de investigação. As exposições aparecem tanto nos meios de comunicação impressos como no ecrã. Por exemplo, nos Estados Unidos, um relatório investigativo num jornal documentou a história de uma criança que sofreu muitas mudanças nas colocações de acolhimento e de pré-adoção, já que a reunificação com o pai biológico foi apoiada e, em seguida, descartada como objetivo (Lazar, 2019b). Um documentário de televisão, “The Trials of Gabriel Fernandez”, mencionado acima, relatou não apenas a tortura e os abusos que levaram à morte de uma criança de 8 anos, mas também as falhas nos processos no sistema de proteção. Tal resultou nas acusações formais dos assistentes sociais, bem como da mãe da criança e do seu companheiro.

As deficiências identificadas nesse tipo de relatórios de investigação ilustram o caminho que vai do *conhecimento* do abuso e negligência, passando pela deteção e denúncia, até à *intervenção* protetora. Obstáculos inclusos nesse percurso incluem:

Problemas no desenho do programa:

- Falhas em encontrar um equilíbrio na *missão* entre a proteção por meio da separação e a reunificação familiar
- Conflitos de interesse, por exemplo, quando os prestadores contratados para fornecer serviços são incentivados a não tomar medidas de proteção que levem a aumento das despesas e que “falhem a missão” –

por exemplo, diminuir a taxa de reunificação da família, se esse for o objetivo (de redução de custos)

- Outros conflitos de interesse, por exemplo, entre os contratados e os funcionários do governo responsáveis pela contratação
- Pressões administrativas para cumprir metas quantitativas, como o uso de recursos caros como as colocações em centros de acolhimento, resultando numa falha em garantir a proteção
- Falha em reconhecer e neutralizar as disparidades sociais, económicas e étnicas.

Problemas na implementação de programas:

- *Recursos humanos* inadequados, como falta de pessoal (nos EUA, as agências foram processadas por ter um número de casos superior a 30 casos por trabalhador) e a colocação de trabalhadores menos treinados em posições desafiadoras e sem suporte adequado (como no documentário “The Trials of Gabriel Fernandez”)
- Falha em seguir as políticas estabelecidas, como documentar os locais de lesões repetidas, ou monitorizar as atividades da equipa da linha da frente
- Falha em monitorizar as consequências das políticas, por exemplo, quando a reunificação familiar é promovida por razões clínicas e orçamentais, mas sem registar os resultados necessários para avaliar os efeitos dessa política
- Falha em ajudar as agências de atendimento à criança a trabalharem juntas, combatendo o isolamento frequente das pessoas envolvidas na proteção da criança.

Um desafio que precisa de ser enfatizado nos serviços de proteção é o stress nos trabalhadores, que precisa de reconhecimento e apoio especial. Trabalhadores em outras áreas são frequentemente protegidos de perigos físicos, como a exposição a produtos químicos perigosos. Entre os profissionais de saúde, o “fardo” psicológico do stress e a desadequação dos horários de trabalho são reconhecidos. Mas para os trabalhadores em serviços de proteção, o reconhecimento dos stressores que eles enfrentam rotineiramente, começando com o trauma secundário, é muito menos comum. Este desafio, identificado historicamente (Copans et al, 1979) e recentemente (Rakoczy, 2009; [Child Welfare Information Gateway](#)), ainda carece de uma resposta eficaz e generalizada.

Para este e outros desafios, uma solução oferecida é estabelecer uma equipa de supervisão independente (Lazar, 2019a). Em Los Angeles, depois da tragédia relatada no documentário “The Trials of Gabriel Fernandez”, um Conselho de Proteção à Criança independente foi estabelecido, mas sem a autoridade ou fundos recomendados.

Outra solução seria criar, na proteção à criança, a cultura que tem contribuído para a qualidade e segurança nos cuidados de saúde e em outros setores. Por exemplo, nos EUA, enquanto o governo Federal apoia serviços infantis em dezenas de Estados, os resultados são examinados e analisados em apenas alguns. As avaliações investigam o número de participantes e o acesso aos serviços, mas dão menos atenção aos resultados funcionais, e menos ainda ao que pode ser aprendido com essas revisões. Essa diferença parece surgir do isolamento da proteção à criança

- Você tem perguntas?
- Comentários?

Clique aqui para ir à página do Tratado no Facebook para ler notícias do livro, compartilhar suas opiniões sobre o capítulo com outros leitores, questionar os autores ou o editor e fazer comentários

de outras áreas da saúde, do subfinanciamento de serviços para pessoas de minorias étnicas e ambientes de pobreza e, especialmente, para a avaliação de tais serviços, e da relutância política em examinar de perto uma área de atuação politicamente sensível (Harper, 2018).

A implementação de uma cultura de melhoria da qualidade na proteção da criança implica:

- Um compromisso de rever os eventos adversos de um ponto de vista sistêmico, e não uma abordagem personalizada que se esforça para encontrar uma pessoa para culpar
- Após os eventos adversos, conferências de revisão regulares para ensino e aprendizagem, protegidas—como as revisões médicas—da “descoberta” e
- Estruturas de apoio para trabalhadores vulneráveis da linha da frente.

Algumas dessas atividades são realizadas por organizações como o “[Zero Abuse Project](#)”, que, através de consultoria e treino direcionado aos técnicos das agências de atendimento à criança, têm como objetivo aumentar a proteção ao envolver pessoas e recursos através de uma abordagem informada e dirigida ao trauma ao nível da educação, pesquisa, defesa, e tecnologias que fortalecem as investigações, expõem os abusadores e fornecem aos sobreviventes caminhos para a recuperação

AVANÇANDO: A PROTEÇÃO DA CRIANÇA SIGNIFICA OLHAR PARA O CONTEXTO, NÃO APENAS PARA A CRIANÇA E PARA OS PAIS

Facilmente esquecido quando a criança tem necessidades imediatas, o *contexto* da criança (para além da família) deve ser abordado para diminuir o risco, tanto para a própria criança como para as crianças em geral. Alguns aspetos do contexto influenciam a situação da criança e da família:

- O estatuto socioeconómico, especialmente a pobreza, influencia fortemente o futuro da criança. Embora seja bem conhecido que taxas mais altas de abuso e negligência estão associadas a pobreza, as disparidades de rendimentos e o legado de discriminação racial e étnica são frequentemente omitidos das discussões sobre proteção infantil. Uma exceção é o [The Harlem Children’s Zone](#), um projeto que oferece apoio económico, nutricional e educacional a uma população de crianças em risco, desde a primeira infância. Embora a redução da desvantagem educacional, e não do abuso ou negligência, seja o objetivo principal, a segurança da criança também é melhorada
- A discriminação histórica e atual, especialmente contra minorias



Um uso criativo das narrativas de recuperação apresentou um filme popular, “Antwone Fisher”, sobre um soldado, sobrevivente de abuso e negligência precoce, obtendo ajuda para uma avaria durante o serviço. Mais tarde ele conhece sua mãe há muito perdida, ainda lutando contra o vício. O filme foi exibido em um teatro de fantasia para uma plateia de crianças sob custódia pública, a maioria das quais nunca havia visto experiências adversas como a sua história de recuperação e apresentada em um cenário tão célebre.

étnicas e sexuais, aumenta o risco. Grupos de defesa dedicados, como os encontrados em www.twloha.com, www.strongfamilyalliance.org, and www.ncai.org, fornecem apoio para esses jovens

- Contexto geracional. Como mencionado acima, a transmissão transgeracional do trauma é abordada por programas como o IICAPS

Aspectos do Contexto que Influenciam a Forma como Prestamos Serviços

Como estão organizados os nossos serviços?

O isolamento de muitos serviços de proteção à criança em relação a outras agências/órgãos de atendimento à criança foi mencionado acima. O bem-estar infantil a longo prazo, bem como a motivação dos trabalhadores da proteção à criança e a eficiência de custos, é um argumento para reunir esses serviços. Alguns Estados reorganizaram as agências de atendimento à criança numa única agência para promover esse objetivo.

Medicação – podemos prescrever dentro do contexto?

Nos EUA, a prescrição para crianças sob custódia pública de mais medicamentos psicoativos e em doses mais altas do que as prescritas para os seus pares motivou a supervisão federal, em particular a exigência de que os Estados implementem programas de supervisão e intervenção para essa prática. Este é um exemplo marcante do contexto: não é uma característica das próprias crianças, mas da falta de coordenação da prescrição de medicamentos com outros aspetos do serviço infantil e da falta de fiscalização do Estado na prescrição que resultam em níveis tão elevados de prescrição.

Em um modelo simplificado, a disfunção nervosa central produz sintomas que levam (geralmente) um médico a fazer diagnósticos categóricos e, em seguida, prescrever agentes com ação no sistema nervoso central. Um modelo abrangente incluiria mais fatores do contexto. Por exemplo, na criança:

- A etapa de desenvolvimento
- Fatores intrapsíquicos
- A autocompreensão da criança
- Compreensão dos seus sintomas e a aliança com o tratamento.

No médico, os fatores relevantes como:

- Nível de experiência
- Papel no sistema de tratamento
- Relacionamento e coordenação com outros terapeutas
- Extensão da “evidência” a ser considerada
- Relacionamento com a criança e
- Relacionamento com os pais/responsáveis.

Essa visão contextual mais ampla é defendida nas Recommendations from the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2015); ver também Harper (2016b).

Para Além da Conversa – Como Podemos Usar os Meios de Comunicação Não-Verbais?

Na saúde mental infantil, vale sempre a pena procurar oportunidades de usar o jogo, a música, o teatro e as conexões sociais. Mas isso é especialmente verdade quando se lida com uma população para a qual a linguagem pode não ser um ponto forte, como crianças em recuperação de situações de abuso e negligência. Essa diferença pode ser uma dificuldade constitucional ou adquirida – relacionada com o abuso e negligência e o trauma, ou com a interrupção da ligação com aqueles com quem as crianças aprendem a usar a linguagem.

Aqui são relevantes domínios nem sempre tidos em consideração, como a arte, o jogo e os meios de comunicação social. Uma criança silenciosa e inibida pode ganhar vida quando ouve uma música ou uma história, ou assiste a um filme capazes de fazer uma conexão onde as palavras não conseguiram chegar. Um exemplo notável foi o uso de um filme popular – “Antwone Fisher”, com um famoso ator afro-americano, sobre um soldado com um passado traumático – exibido num teatro luxuoso no centro da cidade com uma audiência de crianças sob custódia do Estado. Tal evento, num ambiente prestigiado e partilhando abertamente uma narrativa de outra forma oculta pela vergonha, usa o jogo e a narração de histórias para abrir o caminho para a recuperação.

REFERÊNCIAS

- Allen JG (2018). *Mentalizing in the Development and Treatment of Attachment Trauma*. New York: Routledge.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2015). *Recommendations about the Use of Psychotropic Medications for Children and Adolescents Involved in Child-Serving Agencies*.
- Adverse Childhood Experiences (ACES). Centers for Disease Control and Prevention
- Ariès P (1960). *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien regime*. Paris, Plon (translated as Centuries of Childhood: A Social History of Family Life. Centuries of Childhood. London: 1962)
- Bartholet E (2020). Contested child protection policies, in Dwyer J G ed, *The Oxford Handbook of Children and the Law*. Oxford University Press, New York.
- Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H et al (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology* 3:32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4573926/>
- Bethell C, Jones J, Gombojav N et al (2019). Positive childhood experiences and adult and relationship health in a statewide sample: Associations across adverse childhood experiences. *JAMA Pediatrics*. DOI:10.1001/jamapediatrics.2019.3007.
- Bourne R, Newberger EH (1979). *Critical Perspectives on Child Abuse*. Lexington MA: D C Heath
- Center for the Developing Child, Harvard University. Applying the science of child development in child welfare systems. <https://developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-the-science-of-neglect-video/>
- Child Welfare Information Gateway. Burnout, Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress. <https://www.childwelfare.gov/aboutus/>
- Children's Bureau (2019) Report on Foster Care – a Path to Reunification.
- Copans S, Krell H, Gundy JH et al (1979). The stresses of treating child abuse. *Child Today* 8:22.
- Declarations of Children's Rights: at <http://www.un-documents.net/gdrc1924.htm> and at <https://web.archive.org/web/20130926070812/http://www.un.org/cyberschoolbus/humanrights/resources/child.asp>
- Gordon L (2011). Child welfare: A brief history. *Social Welfare History Project*.
- Harper G (2016a) Decreasing ambiguity in child protection. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 55:349-350.
- Harper G (2016b). The Prescriber in Context: developmental and institutional context. Presented at Annual Meeting of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Available on request.
- Harper G (2018). Toward evaluation in human services: Getting past the barriers. *Psychiatric Services* 69:228-230.
- Jones CM, Merrick MT, and Houry DE. "Identifying and preventing Adverse Childhood Experiences: Implications for Clinical Practice." *JAMA* 2020; 323:25-26.
- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF et al (1962). The battered child syndrome. *JAMA* 181:17-24.
- Lazar K (2019a). Overhaul foster care reviews, say advocates. Assert independent agency could boost accountability. Boston Globe, 23 April.
- Lazar K (2019b). She's been bounced through more than a dozen foster homes. And she's just 6. Boston Globe. 24 August.
- Lee T, Fouras G, Brown R et al (2015). Practice parameter for the assessment and management of youth involved with the child welfare system. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 54:502-517.
- Lepore J. Baby Doe. *The New Yorker*, 1 February 2016.
- Lewis M, Lewis DO, Shanok SS et al (1980) The undoing of residential treatment: A follow-up study of 51 adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 19:160-171.
- Murray KO, Gesiriech S (not dated). A Brief Legislative History of the Child Welfare System. <https://www.masslegalservices.org/system/files/library/Brief%20Legislative%20History%20of%20Child%20Welfare%20System.pdf>
- Munro E (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect* 23:745-758.
- Myers JEB (2008). A short history of child protection in America. *Family Law Quarterly* 42:449-463
- New Directions in Child Abuse and Neglect Research. National Research Council 2014. Washington, DC: The National Academies Press.
- Orme N (2001). *Medieval Children*. New Haven: Yale University Press.
- Price-Robertson R, Bromfield L, Lamont A. *International Approaches to Child Protection. What can Australia learn?* CFCA Paper No. 23 — July 2014
- Rakoczy S (2009). Compassion Fatigue in Child Welfare. *The New Social Worker*. https://www.socialworker.com/feature-articles/practice/Compassion_Fatigue_in_Child_Welfare/
- "Removed" video available at <https://www.youtube.com/watch?v=IOeQUwdAjE0>
- Rosen C, McCarthy-Jones S, Chase KA et al (2020). The role of inner speech on the association between childhood adversity and 'hearing voices'. *Psychiatry Research* 286. doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112866
- Shweder R (2000). What about "female genital mutilation"? And why understanding culture matters in the first place. *Daedalus* 129:209-232.
- Snyder RL (2019). *No Visible Bruises: What We Don't Know about Domestic Violence Can Kill Us*. New York: Bloomsbury.

Stob V, Slade A, Brotnow L et al (2019). The family cycle: An activity to enhance parents' mentalization in children's mental health treatment. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy* 18:2 DOI:10.1080/15289168.2019.1591887.

"The Trials of Gabriel Fernandez" available at <https://www.netflix.com/title/80220207>

Woolston JL, Adnopolz, JA, Berkowitz SJ (2007) *IICAPS: A Home-Based Psychiatric Treatment for Children and Adolescents*. New Haven: Yale University Press.

Zero Abuse Project: *Fighting Child Sex Abuse*. Available at www.zeroabuseproject.org