



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Pediatria

Maus-tratos infantis – Revisão casuística de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos

Carina Dias

Junho'2017



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Pediatria

Maus-tratos infantis – Revisão casuística de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos

Carina Dias

Orientado por:

Dr^a Cristina Camilo

Junho'2017

Resumo

A definição de maus tratos infantis engloba o abuso e negligência de crianças. Refere-se a qualquer ato/omissão recente por parte de um pai ou cuidador, que resulte em morte, dano físico ou emocional grave, abuso, exploração ou que represente um risco iminente de danos graves.

Este é um estudo clínico retrospectivo e descritivo da casuística dos doentes admitidos por maus tratos, na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Santa Maria (UCIPed-HSM/CHLN), no período compreendido entre 1 de janeiro de 2007 e 31 de dezembro de 2016.

As variáveis analisadas foram: ano de admissão, idade, género, relação com o agressor, tipo de agressão sofrida, quadro clínico na admissão, necessidade de técnicas de suporte de órgão, tempo de hospitalização e evolução da criança durante o internamento.

De um total de 12 doentes, 7 tinha idade inferior a 12 meses. Os pais representaram a quase totalidade dos agressores (11/12). A grande maioria dos doentes apresentava à entrada traumatismo do foro neurológico (11 doentes), sendo que todos eles necessitaram de ventilação invasiva. O prognóstico foi desfavorável na maioria dos doentes, tendo 3 falecido e 4 ficado com sequelas neurológicas graves.

Palavras-chave: maus-tratos, abuso, idade pediátrica, unidade de cuidados intensivos

Abstract

The definition of child abuse encompasses physical, sexual, or psychological mistreatment or neglect. Refers to any recent act or omission by a parent or caregiver resulting in death, serious physical or emotional harm, abuse, exploitation, or imminent harm.

This is a retrospective and descriptive clinical study of the patients admitted for child abuse in the Pediatric Intensive Care Unit of Santa Maria Hospital, from January 1, 2007 to December 31, 2016.

The variables analyzed were: year of admission, age, sex, relationship with the aggressor, type of aggression suffered by the victims, clinical presentation at admission, organ failure and need for support techniques used, length of PICU stay and clinical evolution during hospitalization.

Of a total of 12 patients, 7 were less than 12 months old and parents accounted for almost all offenders (11/12). The vast majority of patients had traumatic brain injury (11 patients), all of whom required invasive ventilation. The prognosis was unfavorable. Three patients died and four had severe neurological sequelae.

Key words: child abuse, maltreatment, pediatric age, intensive care unit

The final work expresses the opinion of the author and not of the FML

Índice

Lista de Abreviaturas	3
Introdução.....	4
Material e métodos.....	6
Resultados	7
Discussão	13
Conclusão	16
Agradecimentos	17
Referências.....	18
Anexos	21

Lista de Abreviaturas

- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
- HSM/CHLN- Hospital de Santa Maria / Centro Hospitalar Lisboa Norte
- PCPC - *Pediatric Cerebral Performance Category*
- SDVE – Sistema de Derivação Ventricular Externa
- TCE – Traumatismo craniencefálico
- UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
- UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria

Introdução

Qualquer forma de violência contra crianças é uma violação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Nações Unidas, 1948) e vai contra o Artigo 19 da Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas (1989), que estabelece que as medidas necessárias devem ser tomadas para proteger a criança de todas as formas de violência, abuso ou negligência.¹

O termo abuso e negligência de crianças significa qualquer ato/omissão recente por parte de um pai ou cuidador, que resulte em morte, dano físico ou emocional grave, abuso, exploração, ou ato/omissão que represente um risco iminente de danos graves.²

Os maus tratos infantis são divididos em quatro grupos principais: abuso físico (por exemplo bater, chutar, agitar ou queimar); abuso sexual (por exemplo violação); abuso psicológico (como aterrorizar ou menosprezar); e a negligência, que envolve a incapacidade de satisfazer as necessidades físicas, emocionais ou educacionais básicas de uma criança (por exemplo não fornecer nutrição, abrigo ou assistência médica ou mental) ou a não supervisão da criança de forma a garantir a segurança, nomeadamente não tomar as medidas universalmente aceites para evitar lesões).³ Neste estudo apenas se abordará o abuso físico e sexual.

Embora este flagelo afete transversalmente todos os estratos sociais e económicos, ainda é considerado um assunto controverso, gerando uma grande incerteza em torno das estimativas de frequência e gravidade dos maus tratos infantis em todo o mundo.⁴

Para além da componente social, muitas outras são responsáveis pela falta de denúncia. A idade ou vulnerabilidade da vítima, o facto de algumas formas de violência contra crianças serem aceites, toleradas ou não serem encaradas como maus tratos, a falha do sistema legal na eficiência da resposta (por falta de meios ou demora no processo), levam a uma pequena percentagem de denúncias quando comparadas com o número real de casos.⁵

Em Portugal só a partir da década de oitenta do século XX é que a violência doméstica foi encarada como um problema social que deveria ser discutido. Paralelamente e muito à semelhança de outros países, os maus tratos às crianças foram denunciados primeiramente por Pediatras ou cuidadores de instituições que lidavam com crianças.⁶

Em Portugal, entre os anos de 2002-2004, o número de crianças vítimas de maus tratos sinalizadas pelos hospitais foi de 7033, mostrando que os profissionais que

trabalham em Instituições de Saúde têm um papel fundamental no que toca à denúncia destes casos.⁷

Com a crescente consciencialização para este fenómeno a nível mundial, muitos estudos têm surgido. No entanto estes diferem frequentemente na sua tipologia, o que leva a uma disparidade dos resultados obtidos, nomeadamente em relação à frequência e idades atingidas.⁵

Segundo a APAV, no ano de 2015 houve uma média de 1084 vítimas até aos 17 anos, perfazendo 3 casos de abuso de menores por dia, 20.8 por semana.⁸

Em Portugal não existem muitos estudos sobre as idades das vítimas de abusos. Um estudo efetuado num Hospital de Chicago, durante um período de 6 anos, estimou que crianças no primeiro ano de vida tinham uma maior taxa de vitimização chegando a cerca de 23,1 por 1000 crianças, taxas bem maiores que noutras faixas etárias. Das crianças que sofreram maus-tratos ou abusos, quase 80% sofreram negligência; 18% sofreram abuso físico e 9% sofreram abuso sexual.⁹

Outro estudo conduzido pela APAV mostra-nos que na maior parte dos casos a vítima tem uma relação familiar com o agressor e chega inclusivamente a partilhar residência.¹⁰

Embora já existam diversas publicações sobre maus tratos infantis, os trabalhos cujo foco são crianças internadas em unidades de cuidados intensivos por maus tratos são escassos mundialmente.

As lesões traumáticas mais comuns em crianças vítimas de maus tratos internadas em Unidades de Cuidados Intensivos são traumatismos cerebrais (seja por trauma direto ou agitação severa - “síndrome de *Shaken baby*”), traumatismo esquelético e trauma abdominal fechado.

Visto os maus tratos não serem voluntariamente relatados pelas vítimas ou suas famílias, é de suma importância que o clínico se aperceba de discrepâncias entre achados físicos e/ou imagiológicos e a história fornecida. Perante uma suspeita diagnóstica é fundamental que seja feita uma denúncia e acionados os mecanismos necessários para a proteção da vítima.¹¹

Este trabalho teve como principal objetivo rever os casos de maus tratos infantis internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) do Hospital Santa Maria no período de 2007-2016.

Material e métodos

Realizou-se um estudo clínico retrospectivo descritivo, unicêntrico não controlado e não aleatorizado, através da consulta de processos dos doentes admitidos na UCIPed do HSM por maus tratos, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Dezembro de 2016. Consideraram-se como variáveis:

- Ano da admissão
- Sexo: Masculino; Feminino.
- Idade: 5 grupos – <1 ano, 1-4 anos, 5-9 anos, 10-14 anos, >14 anos (estes grupos etários foram escolhidos de acordo com o “*World report on child injury prevention*”¹² da OMS).
- Relação com o agressor: pais, parentes ou desconhecidos, por estes três grupos serem identificados como os agressores mais comuns.¹³
- Tipo de agressão: traumatismo craniano, trauma toraco-abdominal, trauma músculo-esquelético, abuso sexual, ou outro (divisão semelhante à encontrada em outros estudos realizados em UCIP.¹¹
- Quadro clínico na admissão: razão pela qual foram admitidos na UCIPed, por apresentarem crises convulsivas ou Escala de Coma de Glasgow <9 (Anexo 1).
- Tempo de hospitalização
- Técnicas utilizadas durante o internamento: necessidade de ventilação, intervenções cirúrgicas e manobras de reanimação cardiorrespiratória.
- Prognóstico: avaliado segundo a escala PCPC¹⁴, que quantifica a morbidade funcional e o comprometimento cognitivo após internamento em Cuidados Intensivos Pediátricos (anexo 2).

A informação utilizada, nomeadamente os registos médicos e de enfermagem, foram recolhidos do processo clínico informatizado da UCIPed (programa PICIS®), e nos processos clínicos informatizados, nomeadamente nos registos de transferência clínica ou alta.

Todos os dados recolhidos foram registados e tratados com recurso ao *software* Microsoft Exel 2016®

Resultados

Durante o período do estudo foram internadas 12 crianças vítimas de maus-tratos. O ano que apresentou maior incidência foi 2016 com 3 casos; os anos de 2007, 2010 e 2015 tiveram 2 admissões/ano; em 2009, 2012 e 2014 houve 1 internamento/ano; nos restantes anos (2008, 2011 e 2013) não foram identificados casos de maus tratos.

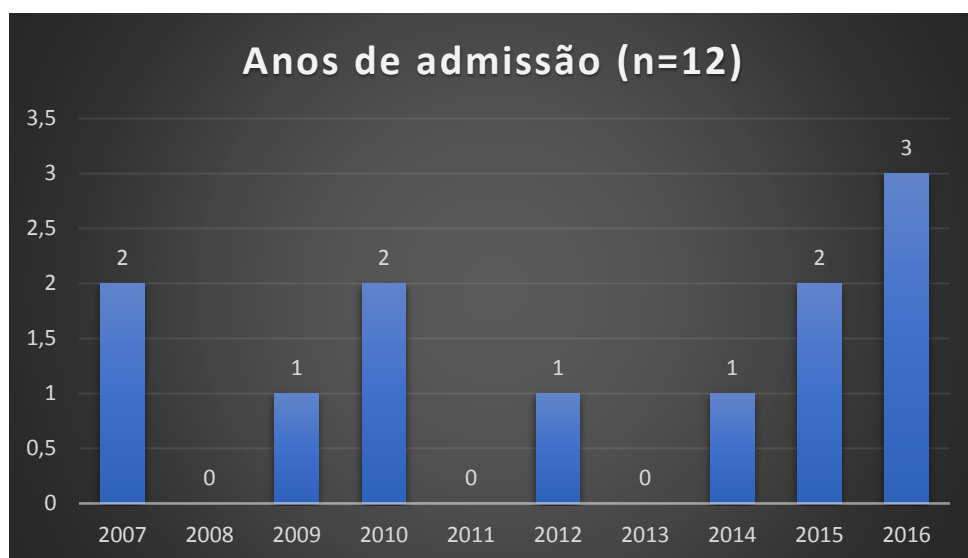


Gráfico 1- Distribuição por anos

No que toca ao sexo apurou-se que 9 doentes eram do sexo masculino, sendo os restantes 3 do sexo feminino.

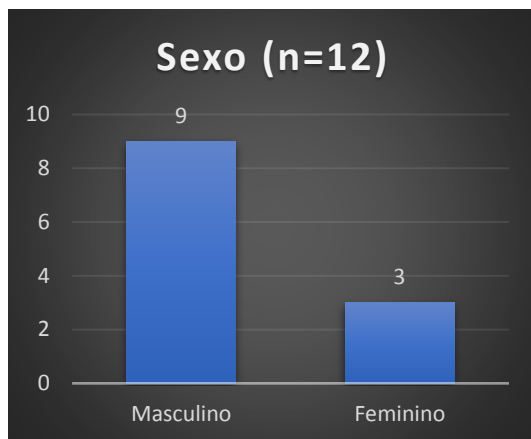


Gráfico 2- Distribuição por sexos

Quando se observa a distribuição por idades, verificou-se que a maioria das crianças hospitalizadas tinha menos de um ano de idade, totalizando 7 casos, seguida por 4 casos na faixa etária dos 1 aos 4 anos. Nas faixas etárias dos 5 aos 9 anos e adolescentes com idades superiores a 14 anos não foram observados casos, tendo-se verificado 1 caso entre as 10 e os 14 anos.

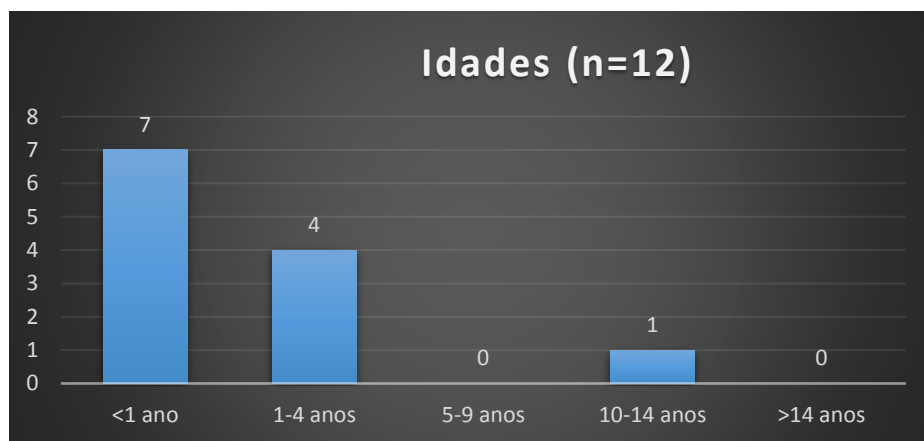


Gráfico 3- Distribuição por idades

Analisando a relação entre a criança e o agressor conclui-se que na grande maioria dos casos os pais das crianças são os principais agressores (correspondendo a 11 dos 12 casos descritos). Neste estudo não foi possível esclarecer qual dos elementos do casal tinha sido o responsável pela agressão, sendo que nos casos descritos o agressor pode ter

sido o pai, a mãe ou os dois em conjunto. No único caso em que não foi um dos progenitores, o agressor foi o padrasto, tendo sido classificado como familiar.

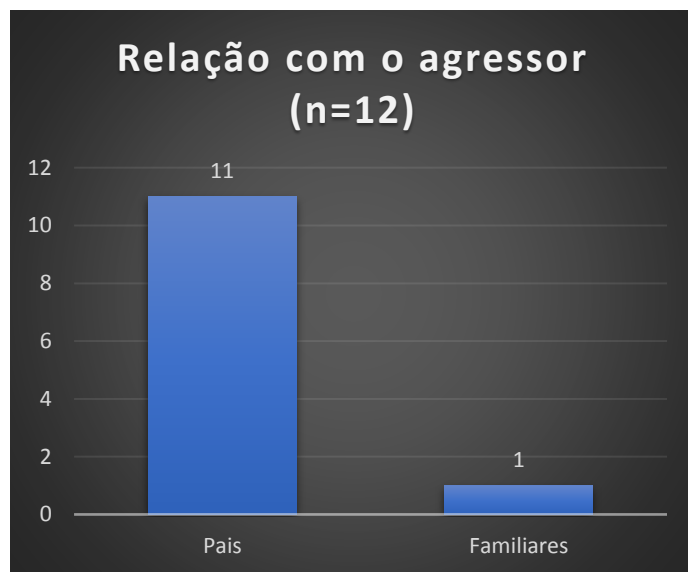


Gráfico 4- Distribuição por relação com o agressor

O tipo de agressão mais frequente em termos absolutos foi o traumatismo craniano, correspondendo a 11 casos, seguido do trauma músculo-esquelético (6 casos). Uma criança sofreu traumatismo toraco-abdominal e outra foi vítima de abuso sexual.

Metade das crianças apresentava TCE isolado (6 casos), cinco das quais foram classificadas como tendo sido vítimas de “*Shaken baby syndrome*”. Seis crianças apresentavam politraumatismo (quatro crianças com dois tipos de lesão e duas crianças com três tipos de lesão diferentes).

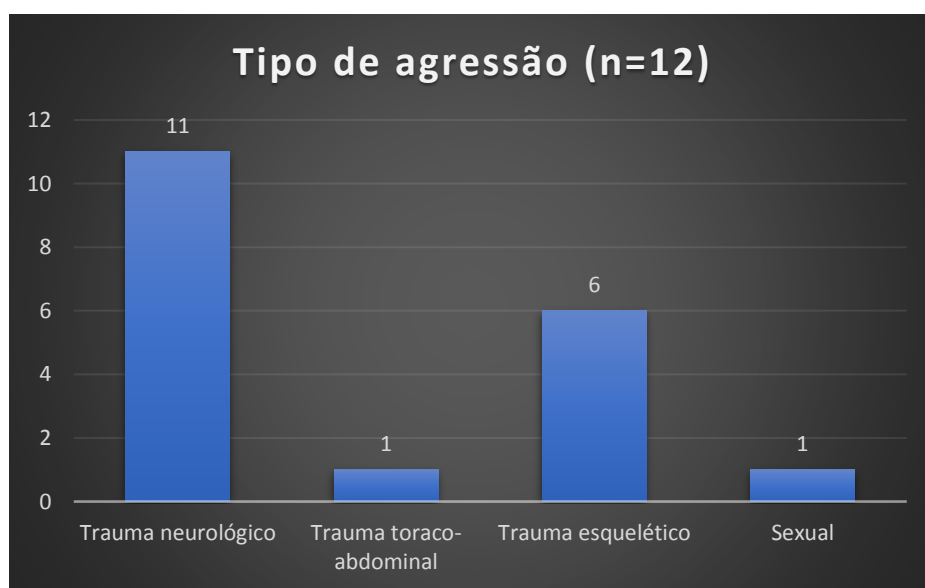


Gráfico 1 - Distribuição por tipo de agressão

Em relação ao motivo que levou estas crianças a serem internadas numa unidade de cuidados intensivos pediátricos verificaram-se duas situações: um score na escala de coma de Glasgow inferior a 8 na admissão (8 casos) e mal convulsivo (4 casos).

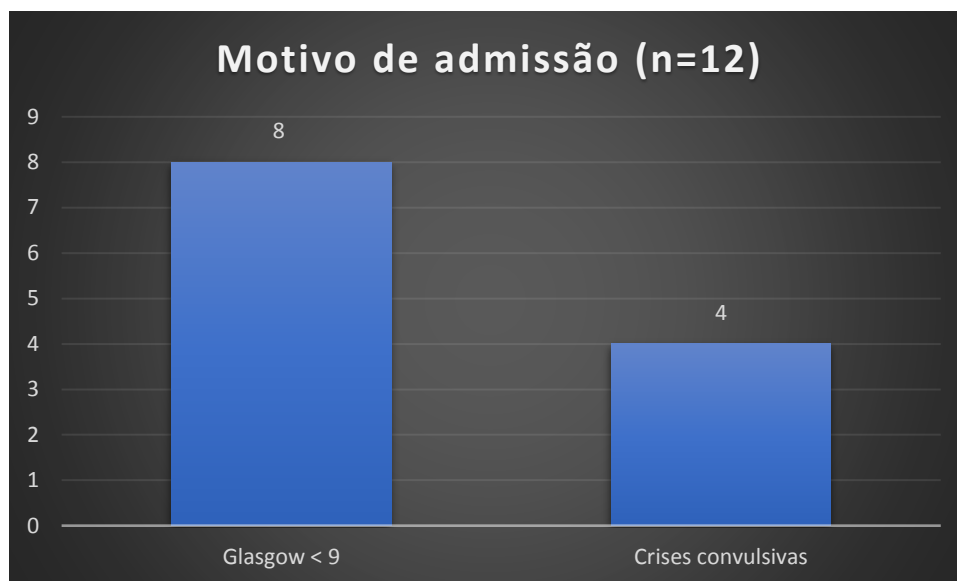


Gráfico 6 - Distribuição por motivo de admissão

A duração do internamento teve uma mediana de 4,5 dias, variando entre 1 a 29 dias.

No que se refere a técnicas de suporte utilizadas durante o internamento quase todas as crianças (11 casos) necessitaram de ventilação mecânica. Não se verificou compromisso hemodinâmico ou falência renal em nenhum caso. Foi necessária intervenção cirúrgica em seis dos casos, maioritariamente do foro da neurocirurgia, tendo havido apenas um caso de cirurgia ortopédica. No que concerne às causas para intervenção neurocirúrgica, a maior parte das crianças apresentou valores de pressão intracraniana aumentados, tendo sido necessário colocar SDVE em 3 casos, drenar um hematoma subdural numa criança e foi necessário efetuar-se uma craniectomia descompressiva. A cirurgia ortopédica foi uma redução cirúrgica da fratura de membro inferior.

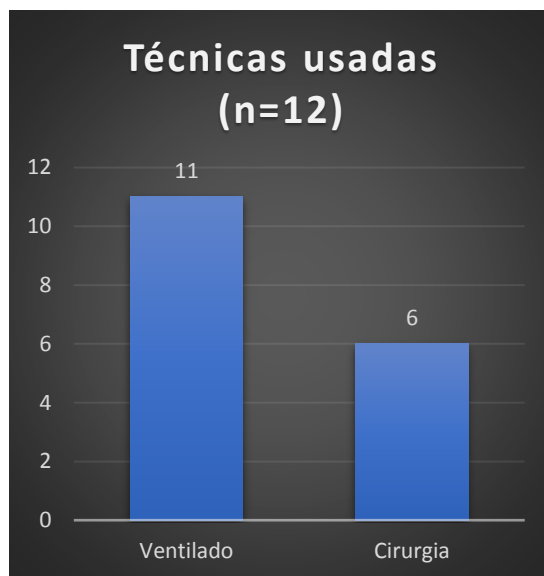


Gráfico 7 - Distribuição por técnicas usadas

Para avaliação do prognóstico clínico foi utilizada uma escala - PCPC¹⁴ (Anexo 2) que tem uma variação numérica entre 1 (melhor prognóstico) e 6 (pior prognóstico), sendo que na altura da alta da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos nenhuma criança apresentava um score de 1; 3 casos apresentavam um score de 2, 2 casos apresentavam um score de 3; 4 casos apresentavam um score de 4; ninguém apresentou um score de 5 e 3 casos apresentaram um score de 6. Neste último caso, a escala refere-se a morte cerebral, o que aconteceu com os 3 casos referidos, tendo as crianças falecido e tendo sido realizada autópsia.

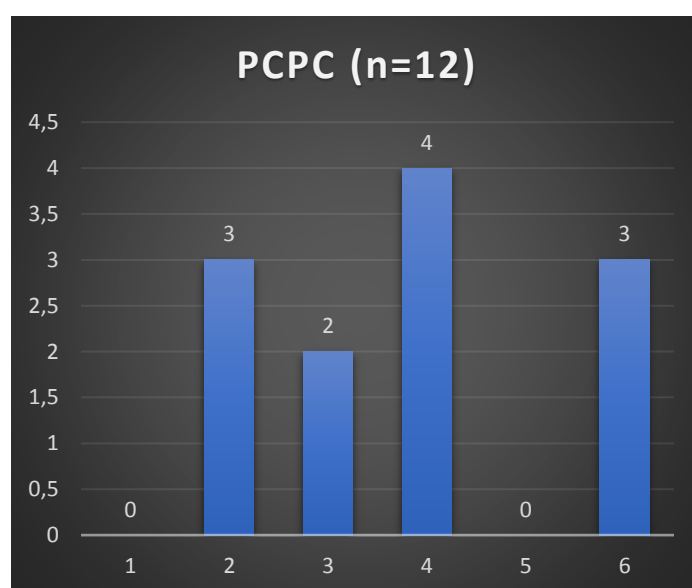


Gráfico 8 - Distribuição por prognóstico clínico

De modo a ser mais fácil integrar toda a informação apresento em seguida uma tabela com todos os dados apresentados nos resultados

Ano da admissão	Sexo	Idade	Rel. com o agressor	Tipo trauma	Admissão	Tempo de internamento	Técnicas usadas	Prognóstico (PCPC)
2007	M	4 ^a	Pais	TCE/TA/TE	Glas	17 dias	V/C(N)	4
2009	M	4Ms	Pais	TCE/SEX/TE	Conv	8 dias	V/C(N)	4
2010	M	2Ms	Pais	TCE/TE	Conv	4 dias	V	6
2010	M	1A2Ms	Pais	TCE	Glas	29 dias	V/C(O)	3
2014	M	2Ms	Pais	TCE/TE	Conv	2 dias	C(N)	2
2016	F	13A	Pais	TCE/TE	Glas	4 dias	V	2
2016	M	3 ^a	Pais	TCE/TE	Glas	5 dias	V/C(N)	4
2016	M	3Ms	Pais	TCE	Glas	6 dias	V	4
2012	M	2Ms	Familiares	TCE	Glas	3 dias	V	6
2015	M	8Ms	Pais	TCE	Conv	1 dia	V/C(N)	2

Tabela 1 – Resumo dos dados estatísticos

Legenda: M-masculino; F-feminino; A-anos; Ms-meses; TCE- trauma crânio-encefálico; TA-trauma abdominal; TE-trauma esquelético; SEX-trauma sexual; Glas-score na escala de coma de Glasgow<9; Conv-crises convulsivas; V-ventilação invasiva; C-técnicas cirúrgicas, N-neurocirurgia; O-cirurgia ortopédica

Discussão

Ao analisar os dados sobre os anos de admissão conseguimos perceber que existe um aumento de casos no último ano (2016), sendo que nos 3 triénios anteriores existe um padrão de distribuição. Embora segundo a APAV tenha havido um aumento de casos desde 2013¹⁰ este facto não se revê claramente neste estudo, em que os internamentos por maus tratos tiveram um padrão de distribuição semelhante de 2007 a 2015. Esta discrepância pode estar associada ao pequeno número de casos, referentes a uma única UCIP de uma determinada região e não representar o que se passa a nível nacional.

Quando observamos os resultados de vários estudos sobre o sexo das crianças vítimas de maus tratos não conseguimos definir uma realidade global. Neste estudo a maioria das vítimas era do sexo masculino, no entanto outros estudos apresentam mais vítimas do sexo feminino do que masculino¹⁵, enquanto outros estudos apresentam resultados similares para ambos os sexos.^{9, 16}

Embora nos traumas e mortes acidentais haja uma óbvia discrepância no que toca ao género, verificando-se que após o primeiro ano de vida as taxas de mortalidade masculina são um terço mais elevadas do que as taxas femininas, uma discrepância que aumenta para 60% entre os 10-14 anos¹², aparentemente em relação aos maus tratos essa tendência não se verifica. Uma das explicações plausíveis para este facto é a distribuição geográfica dos estudos e o tipo de população que englobam, sendo que os números vão ser díspares dependendo se o estudo é feito numa população em que haja uma grande percentagem de abuso sexual das raparigas ou em países onde os rapazes são sujeitos a trabalhos forçados, por exemplo.

Os dados apurados neste estudo no que toca à incidência de maus tratos quando divididos por estratos etários refletem a tendência mundial. Segundo vários estudos feitos nesta temática quanto mais nova é a criança maior será a probabilidade de vir a ser vítima de maus tratos, havendo uma maior incidência dos mesmos em crianças com menos de 4 anos de idade.³ Existe uma aparente diminuição da incidência de maus tratos com o avançar da idade das vítimas.¹⁷ Esta é uma tendência que se tem mantido ao longo dos anos e que pode ser explicada tanto pela fragilidade natural da idade, como pela incapacidade de se defenderem, ou denunciarem o caso, tornando-os alvos mais fáceis.¹⁸

Quando falamos da relação entre o agressor e a vítima facilmente concluímos que os resultados obtidos são largamente substanciados por outros estudos. Na maioria dos casos de maus tratos infantis os agressores são os pais ou parentes próximos.¹⁰

Este facto explica também em parte o facto de o estrato etário com maior incidência de casos de maus tratos ser até aos 4 anos, pois é nesse período que as crianças passam mais tempo ao cuidado dos pais.¹⁷

O facto de serem os pais os grandes agressores também dificulta o processo de denúncia, sendo que há sempre a tentativa de encobrir os maus tratos, o que não acontece tão facilmente com outro tipo de agressores, pois nesses casos são os pais a estar atentos aos sinais de alerta e a fazerem a denúncia.

Um dos tipos de lesão que desperta mais suspeitas nas equipas de saúde são os traumatismos craneencefálicos, justamente por serem os mais comuns em casos de maus tratos.¹⁵

Também neste estudo pode comprovar-se isso mesmo, com o TCE a ocupar um lugar de destaque seguido pelo trauma músculo-esqueléticos, toraco-abdominal e abuso sexual.¹¹

No conjunto das lesões neurológicas destaca-se a síndrome do bebé abanado (“*Shaken baby syndrome*”)¹⁵ relacionada com os maus-tratos a lactentes e crianças até aos 2-3 anos. Para se definir este tipo de diagnóstico é importante uma observação por oftalmologia visto esta patologia está muito frequentemente associada a achados oftalmológicos como por exemplo hemorragia em chama de vela no fundo ocular^{19 20}

No que toca ao trauma músculo-esquelético muitas associações têm sido feitas com fraturas da grelha costal e a existência de maus tratos. Fraturas em vários estadios de consolidação e em várias localizações deverão também ser um sinal de alerta.²¹

Quando falamos de trauma toraco-abdominal, dentro dos tipos de trauma mais comum é o que apresenta uma frequência de apresentação mais baixa, sendo as lesões viscerais as mais comumente encontradas em vítimas de maus tratos em idade pediátrica.¹⁸

Em relação ao abuso sexual de menores, embora atualmente seja um dos tipos de trauma com maior visualização, não é o mais comum, sendo no entanto um dos mais reportados pelas vítimas, provavelmente devido à idade mais tardia em que a maioria deles acontece.²²

Como sugerido por este estudo os maus tratos nas crianças têm tendência a causarem lesões múltiplas, uma das muitas razões pelas quais algumas crianças acabam por precisar do apoio de uma equipa multidisciplinar de UCIP.¹⁹

Sendo estes tipos de trauma os que mais frequentemente necessitam de Cuidados Intensivos, independentemente da etiologia, nos casos de maus tratos é de extrema importância os clínicos estarem alerta e reconhecerem a possibilidade das lesões traumáticas não serem acidentais, de modo a conseguirem identificar em tempo útil uma vítima de maus tratos.¹¹

O facto da maioria das crianças ter necessitado de ser ventilada invasivamente e da maior parte das cirurgias ter sido do foro neurocirúrgico está de acordo com a literatura¹⁵.

Utilizando a escala PCPC conseguiu-se perceber a evolução neurológica das crianças vítimas de maus tratos, hospitalizadas na UCIPed.

Ao contrário de outros estudos em que há tendência para haver mais crianças com prognósticos mais favoráveis, neste estudo não se observou essa relação.¹⁶

Uma das explicações possíveis deve-se ao pequeno número de casos que este estudo representa, sendo que a maioria destas crianças apresentava lesões neurológicas importantes à entrada, com prognóstico reservado.

Embora esta escala tenha sido escolhida por ser recente e completa na avaliação da evolução clínica neurológica funcional, ainda não existem estudos na área dos maus tratos que permitam uma comparação dos resultados da aplicação desta escala com os resultados obtidos no trauma acidental, o que poderá enviesar a interpretação dos resultados obtidos neste estudo.

Como referido anteriormente, o tempo passado na UCIPed variou de 1 dia a 29 dias, tendo uma média de 7,3 dias. Embora comparando com outras especialidades este não seja um tempo de hospitalização muito longo²³, os custos e os riscos de uma permanência prolongada numa unidade de cuidados intensivos são maiores que noutras especialidades.²⁴

Após análise e discussão de todas estas variáveis considero de suma importância uma consciencialização dos profissionais de saúde em geral e Pediatras em particular saber reconhecer sinais de alerta. Assim sendo em anexo 3 encontra-se o algoritmo de deteção de sinais de alerta em Cuidados de Saúde Primários e em Meio Hospitalar, redigido pela DGS, de modo que a se cumpra umas das funções deste trabalho que é alertar e consciencializar os profissionais de saúde para os maus tratos infantis.²⁵

Conclusão

Com a redação deste trabalho foi-me possível averiguar que os maus tratos infantis são uma dura realidade com consequências desastrosas para as vítimas e para a sociedade.

Embora cada vez mais seja um assunto discutido e trazido a público, com várias medidas de proteção de menores a ser implementadas ao longo dos anos, ainda muito caminho há a percorrer.

Na maior parte dos casos a realidade vivenciada na UCIPed retrata o que se passa internacionalmente. As vítimas são de diferentes idades, com grande incidência nas crianças mais novas, sendo na maioria das vezes agredidas pelos próprios pais. As crianças que são internadas nas Unidades de Cuidados Intensivos apresentam lesões graves, especialmente do ponto de vista neurológico, e muitas vezes múltiplas, necessitando de cuidados multidisciplinares e condicionando frequentemente uma evolução muito desfavorável.

Os maus tratos infantis são um tema que há muito preocupa os Pediatras. Sendo uma obrigação de todos nós a denúncia de casos que tenhamos conhecimento, penso ser de extrema importância em primeira instância saber reconhecer os sinais de alerta.

Após o término deste projeto reconheço algumas falhas, nomeadamente na escolha das variáveis estudadas, que dado a tipologia do tema poderia ter sido mais extensa. Ficou por abordar o seguimento que estas crianças tiveram, tanto dentro de meio hospitalar tal como o seu seguimento posterior em ambulatório. Deveriam também ter sido abordados os fatores de risco, caso tivessem tido, bem como as intervenções dentro da UCIPed que não se restringissem à ventilação intensiva e às técnicas cirúrgicas, como por exemplo a necessidade de terapêutica barbitúrica, realização de exames complementares de diagnóstico ou colaboração com outras especialidades

Após a realização deste estudo deixo em aberto a possibilidade de continuar um projeto de investigação nesta área, com os elementos referidos anteriormente bem como uma variável referente ao ambiente socioeconómico das crianças vítimas de maus tratos.

Espero que este trabalho possa contribuir para a consciencialização da realidade que é a violência contra as crianças, mostrando as graves consequências desta situação através da análise casuística da maior UCIP do nosso País.

Agradecimentos

Agradeço à Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria pela colaboração no estudo, nomeadamente com a fácil disponibilização dos processos clínicos.

Agradeço especialmente à minha tutora Dr.^a Cristina Camilo, sem a qual não teria sido possível concluir este estudo.

Referências bibliográficas

1. Ezpeleta L, Pérez-Robles R, Fanti KA, et al. Development of a screening tool enabling identification of infants and toddlers at risk of family abuse and neglect: a feasibility study from three South European countries. *Child Care Health Dev.* 2017;43(1):75-80.
2. Administration for Children and Families. The Child Abuse Prevention and Treatment Act 2010. *Media Cent.* 2010. Disponível em <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/capta2010.pdf>. [consultado a 26/11/2016]
3. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11).
4. Romeu G, Suely Ferreira D, Márcia Motta V, Carlos B, Jacqueline F. C. S. Por que as crianças são maltratadas?: Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(3):707-714.
5. UNICEF. *HIDDEN IN PLAIN SIGHT A Statistical Analysis of Violence against Children.* 2014. Disponível em https://www.unicef.org/publications/index_74865.html. [consultado a 3/01/2017]
6. Dias IS. A violência doméstica em Portugal: Contributos para a sua visibilidade. *IV Congr Port Sociol.* 2000. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19973>. [consultado em 26/11/2016]
7. Direcção Geral de Saúde, Atendimento e Encaminhamento , nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde , das Crianças em Risco. 2005. Disponível em <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/7644922F-C78D-4091-B7A6-43BEF2EB70C3/0/relatoriocriancasrisco.pdf>. [consultado em 3/01/2017]
8. APAV. Estatísticas APAV relatório anual 2015. 2015. Disponível em http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2015.pdf. [consultado a 26/11/2017]
9. Serinelli S, Arunkumar P, Filkins JA, Gitto L. Deaths Due to Child Abuse: A 6-Year Review of Cases in The Cook County Medical Examiner's Office. *J Forensic Sci.* 2016; 62(1):107-118

10. APAV, Crianças e jovens vítimas de crime e de violência [2013-2015]. 2015. Disponível em http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Crianças_Jovens_Vitimas_Crime_Violencia_2013-2015.pdf. [consultado em 26/11/2016]
11. Zenel J, Goldstein B. Child abuse in the pediatric intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2002;30(11):515-523.
12. UNICEF, World report on child injury prevention. 2008. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf. [consultado em 03/0/2017]
13. Unit IC, Moyer DL, Carpenter JM, et al. Non accidental Trauma Guidance for Nurses in the Pediatric. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2015 Jun;27(2):167-81.
14. Pollack MM, Holubkov R, Funai T, et al. Relationship Between the Functional Status Scale. *JAMA Pediatr*. 2014 Jul; 168(7): 671–676.
15. Porto R, Jime AB, Jime R, Serrano A. Maltrato infantil grave en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Anales de pediatria*. 2009;71(1):64-67.
16. Duramaz BB, Yıldırım HM, Kıhtır HS, Yeşilbaş O, Şevketoğlu E. Evaluation of forensic cases admitted to pediatric intensive care unit. *Türk Pediatr arşivi*. 2015;50(3):145-150.
17. Adelaide M, Maus tratos às crianças : Abusos e negligência. Universidade do Porto Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. 2000. Disponível em https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=571802. [consultado a 20/01/2016]
18. Kondolot M, Doganay S, Turan C, Asil H. A Case of Child Physical Abuse With a Rolling Pin Insertion , Resulting in Bladder and Rectal Perforation. *Pediatr Emerg Care*. 2016;0(0):1-3.
19. Letson MM, Cooper JN, Deans KJ, et al. Prior opportunities to identify abuse in children with abusive head trauma. *Child Abus Negl*. 2016;60:36-45.
20. Bais B, Karst WA, Kubat B, Verdijk RM. Persistent Retinal Iron in Abusive Head Trauma. *J Forensic Sci*. 2016;61(6):1693-1696.
21. Paine CW, Fakeye O, Christian CW, Wood JN. Prevalence of Abuse Among Young Children With Rib Fractures. *Pediatr Emerg Care*. 2016;0(0):1-8.
22. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for

- child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abus Negl.* 1998;22(11):1065-1078.
23. Nascimento J, Ferreira I, Zilhão C, et al. O impacto do risco social num internamento pediátrico. *Acta Pediátrica Portuguesa.* 2013 ; 44(1):15-19.
24. Penedo J., Ribeiro A., Lopes H. *et al*, Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. *Ministério da Saúde.* 2013. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>. [consultado em 22/03/2017]
25. Leça A, Perdigão A, Laranjeira AR, et al. Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. *Direção Geral da Saúde.* 2011:7-10.

Anexos

Anexo 1 – Escala de coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW					
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Orientada (Balbucio se < 5 anos)	5	Obedece Comando verbal (Movimentos espontâneos)	6
Ordem Verbal	3	Confuso (Choro irritado se < 5 anos)	4	Localiza a dor (retira ao toque se < 5 anos)	5
Dor	2	Palavras inapropriadas (choro e dor se < 5 anos)	3	Reação inespecífica (retira à dor se < 5 anos)	4
Sem resposta	1	Sons (Gemidos à dor se < 5 anos)	2	Flexão anormal (decorticação) (Flexão normal se < 5 anos)	3
		Sem resposta	1	Extensão a dor (descerebração) (Flexão anormal se < 5 anos)	2
				Sem resposta	1
CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO					
☛ Resultado ≤ 8 - significa TCE Grave (a vítima está em coma);					
☛ Resultado compreendido entre 9 a 13 - significa TCE Moderado;					
☛ Resultado compreendido entre 14 a 15 - significa TCE Leve;					

Anexo 2 – Escala PCPC (*Pediatric Cerebral Performance Category*)

Score	Category	Description
1	Good overall performance	PCPC = 1; healthy, alert, and capable of normal activities of daily life
2	Mild overall disability	PCPC = 2; possibility of minor physical problem that is still compatible with normal life; conscious and able to function independently
3	Moderate overall disability	PCPC = 3; possibility of moderate disability from non-cerebral systems dysfunction alone or with cerebral system dysfunction; conscious and performs independent activities of daily life but is disabled for competitive performance in school
4	Severe overall disability	PCPC = 4; possibility of severe disability from non-cerebral systems dysfunction alone or with cerebral system dysfunction; conscious but dependent on others for activities of daily living support
5	Coma or vegetative state	PCPC = 5
6	Brain death	PCPC = 6

Anexo 3 - Algoritmo de deteção de sinais de alerta em Cuidados de Saúde Primários e em Meio Hospitalar

