



## O impacto do risco social num internamento pediátrico

João Nascimento<sup>1</sup>, Inês Ferreira<sup>1</sup>, Carla Zilhão<sup>1</sup>, Susana Pinto<sup>1,2</sup>, Cristiana Ferreira<sup>3</sup>, Luísa Caldas<sup>2,3</sup>, Margarida Guedes<sup>1</sup>, Virgílio Senra<sup>1</sup>

1. Serviço Pediatria Médica, H. Maria Pia, Departamento da Criança e do Adolescente, Centro Hospitalar do Porto
2. Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Departamento da Criança e do Adolescente, Centro Hospitalar do Porto
3. Serviço Social, Departamento da Criança e do Adolescente, Centro Hospitalar do Porto

### Resumo

**Introdução:** Os maus tratos a crianças correspondem a qualquer acção ou omissão não acidental, que ameace a sua segurança, dignidade e correcto desenvolvimento biopsicossocial. Pretendeu-se avaliar o seu impacto no internamento de Pediatria.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo dos doentes internados no Serviço de Pediatria de um hospital terciário entre 1/10/10 e 30/09/11, sinalizados ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR). Foi considerada alta clínica o momento em que o doente já não apresentava critérios clínicos para o internamento. Na avaliação do impacto económico foi considerado o valor do custo diário de assistência hospitalar (85,00€) referido no DR 1<sup>a</sup>série, de Janeiro de 2009.

**Resultados:** Num total de 1052 internamentos, foi solicitada avaliação ao NHACJR em 4,1% (43) dos episódios. Os lactentes representaram 53,5% das sinalizações. O desemprego verificou-se em 66% dos pais e 37,2% destes tinham completado o 3<sup>o</sup> ciclo de ensino básico. O modelo de família nuclear foi identificado em 37,2% dos casos. A presença de indicadores de risco social sem evidência aparente de maus tratos ocorreu em 48,8%. A negligência foi identificada em 39,5% das crianças, seguida dos maus tratos físicos com 6,9%. Quatro internamentos foram por motivos exclusivamente sociais, com um tempo médio de internamento de 10,5 dias. Dez crianças com critérios clínicos de internamento vieram a ter adiamento da alta hospitalar por motivos sociais, com um prolongamento médio do tempo de internamento de 33,2 dias. Neste grupo de catorze casos ocorreram seis infecções nosocomiais, um traumatismo crânio-encefálico e o custo adicional estimado de assistência hospitalar foi de 31.790,00€.

**Comentários:** O impacto das razões sociais no internamento em Pediatria não é negligenciável quer do ponto de vista clínico quer económico. Uma reflexão multidisciplinar sobre a necessidade de maior apoio social na comunidade revela-se necessária, tendo por base os direitos da criança hospitalizada e o contexto socioeconómico actual.

**Palavras-chave:** maus tratos a crianças, abuso e negligência, NHACJR

*Acta Pediatr Port 2013;44(1):15-9*

### The impact of social risk in a paediatric department

#### Abstract

**Introduction:** Child maltreatment is defined as an act or non-accidental omission that that threaten the child's health, welfare and safety. We aim to evaluate the impact of the problem in a Paediatric Department.

**Methods:** Retrospective study of the patients admitted to the Paediatric Department of a tertiary hospital between 1/10/10 and 30/09/11 that were signaled to the Child Protection Service (CPS) of the hospital. We considered clinical discharge the moment the patient does not show clinical criteria for hospitalization. In the evaluation of the economic impact, the value of the daily cost of hospital assistance (85,00€) referred in DR 1<sup>st</sup>series, January 2009 was considered.

**Results:** In a total of 1052 admissions, evaluation of the CPS was required in 4,1% (43) of episodes. Infants represented 53,5% of cases. Unemployment was found in 66% of fathers and 37,2% of them had completed ninth grade of education. The nuclear family model represented 37,2% of cases. The presence of social risk factors without apparent child maltreatment was identified in 48,8%. Negligence occurred in 39,5% of the children, followed by physical maltreatment in 6,9%. Four admissions were purely social, with a median time of 10.5 days. Ten children with clinical criteria for admission had longer length of stay due to social problems, on average, 33.2 days. There were six nosocomial infections, a cranium-encephalic traumatism and the minimum estimated cost of hospital assistance was of 31.790,00€.

**Commentaries:** Social risk has important clinical and economic impact in the admissions to a Paediatrics Department.

**Recebido:** 15.02.2012  
**Aceite:** 28.05.2013

**Correspondência:**  
João Nascimento  
Rua da Igreja, nº 93 Lamações – 4715-080 Braga  
nascimentojoao10744@gmail.com

A multidisciplinary reflection on the need of greater support in the community is necessary based on the rights of the hospitalized child and the current social and economic context.

**Key words:** child maltreatment; child abuse and neglect; child protective services

Acta Pediatr Port 2013;44(1):15-9

## Introdução

Os maus tratos a crianças dizem respeito a qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos cuidadores ou outrém que ameace a segurança, dignidade e o correcto desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima<sup>1-5</sup>. Trata-se de um verdadeiro problema de Saúde Pública, alvo de avaliação recente pela Direcção Geral de Saúde (DGS), que publicou em Fevereiro de 2011 um relatório de análise nacional sobre a magnitude e capacidade de resposta a esta problemática<sup>6</sup>. No final de 2010 estavam constituídos 260 Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (216 ao nível dos cuidados de saúde primários - NACJR e 44 a nível hospitalar - NHACJR) que permitiam já uma abrangência considerável do território nacional. Durante esse ano foram sinalizados 3551 casos aos núcleos, sendo que a negligência representou 68% das sinalizações, seguida dos maus tratos psicológicos (14%), maus tratos físicos (10%), abuso sexual (6%) e outras formas como a síndrome de Munchausen por procuração, que totalizavam 2% das sinalizações<sup>6</sup>.

Tendo em conta a dimensão do problema e no contexto socio-económico actual, pretendeu-se conhecer o impacto do risco social no internamento pediátrico de um hospital universitário de nível III.

## Metodologia

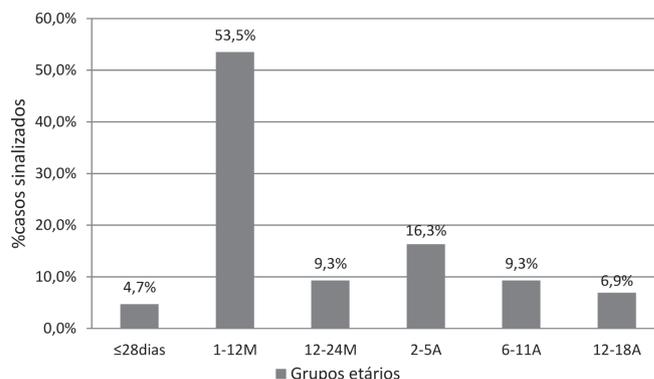
Foi efectuada a revisão dos processos dos doentes internados no Serviço de Pediatria de um hospital terciário entre 1/10/10 e 30/09/11, que foram sinalizados ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Departamento da Criança e do Adolescente (NHACJR-DCA). Foi realizada uma avaliação epidemiológica sumária dos casos sinalizados, do tipo de risco social identificado e do impacto deste no internamento em termos clínicos e económicos. Foi considerada alta clínica o momento em que o doente já não apresentava critérios clínicos para o internamento. Na avaliação do impacto económico foi considerado o valor do custo diário de assistência hospitalar (85,00€) referido na Portaria n° 132/2009, publicada no Diário da República 1ª série, n°21, de Janeiro 2009<sup>7</sup>. No cálculo do custo total, utilizou-se a seguinte fórmula: n° total dias internamento social multiplicado pelo custo diário mínimo estimado.

## Resultados

Num total de 1052 internamentos foi solicitada avaliação ao NHACJR de 43 crianças, correspondendo a 4,1% dos episódios de internamento.

A maioria, 90,7% (n=39), das crianças, possuía critérios clínicos para ser internada, sendo o risco social identificado na altura da admissão em 56,4% (n=22). Ocorreram 9,3% (n=4) internamentos por motivos exclusivamente sociais.

O sexo masculino totalizou 69,8% dos episódios (n=30) e o grupo etário dos lactentes representou a maioria das sinalizações - 53,5% (n=23) (Figura 1).



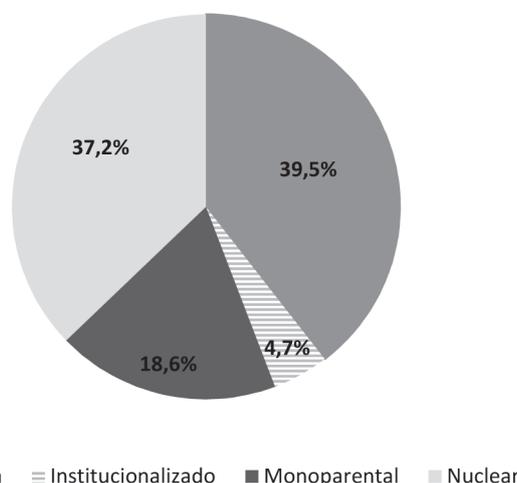
**Figura 1** - Distribuição etária dos casos sinalizados ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (n=43)

A mediana da idade das mães foi de 28 anos (mínimo 16 e máximo 45 anos) e a dos pais foi de 31,5 anos (mínimo 18 e máximo 64 anos).

Dos 77 pais e mães em que foi possível avaliar as habilitações académicas 41,6% tinham completado o 3º ciclo do ensino básico. Nenhum tinha frequência de ensino superior e apenas 13% tinham frequência de ensino secundário, sendo de salientar cinco casos de analfabetismo.

Foi possível avaliar a situação laboral em 40 pais e 40 mães, verificando-se desemprego parental em 66%. O desemprego materno foi elevado - 90,0% e superior ao paterno - 42,5%.

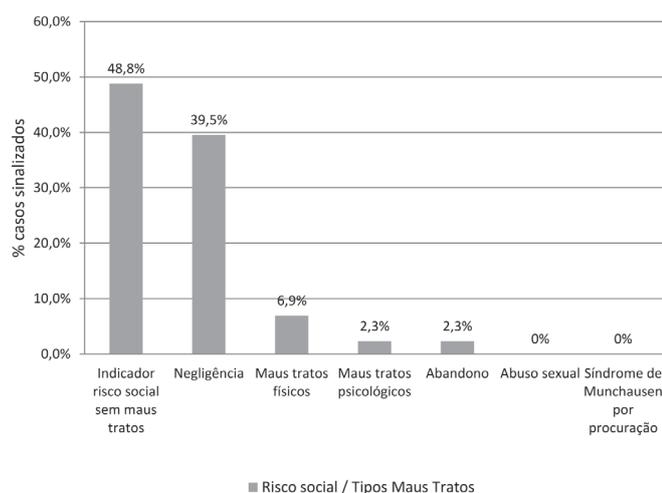
O modelo de família nuclear representou 37,2% (n=16) dos casos (Figura 2).



**Figura 2** - Modelo de Família dos casos sinalizados ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (n=43)

Nas 41 famílias em que se conseguiu apurar o número total de crianças a média encontrada foi de 2,44 crianças por família.

Tendo por base os indicadores de risco social referidos no relatório publicado pela DGS em Fevereiro de 2011<sup>6</sup>, a sua presença sem evidência aparente de maus tratos foi de 48,8% (n=21). A negligência foi o tipo de maus tratos mais vezes identificado - 39,5% (n=17). Os maus tratos físicos ocorreram em 6,9% (n=3). Foi sinalizada uma situação de maus tratos psicológicos e uma outra de abandono (Figura 3).



**Figura 3** - Distribuição do Risco Social / Maus Tratos sinalizados ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (n=43)

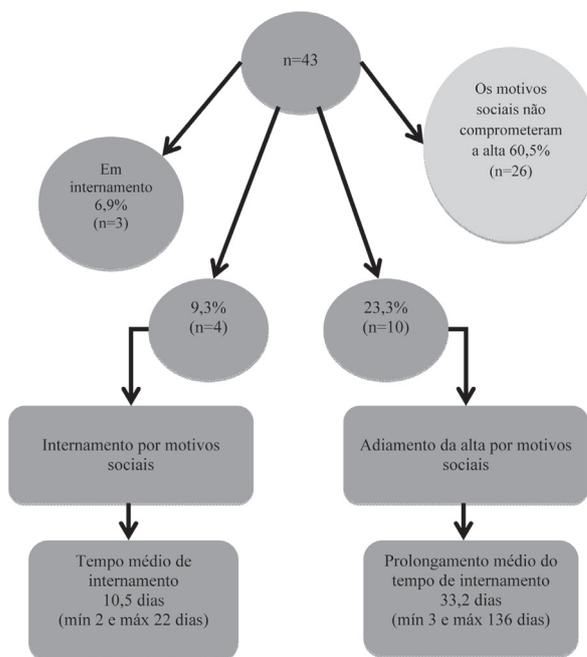
No que diz respeito à intervenção social realizada de acordo com o preconizado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo<sup>8</sup>, houve necessidade de referenciação e avaliação por entidades de 2º nível (Comissões de Protecção de Crianças e Jovens – CPCJ) em 34,9% (n=15) casos, tendo sido determinada institucionalização de duas crianças. Foram ainda avaliados 16,3% (n=7) casos por entidades de 3º nível (tribunal), tendo sido determinada entrega a familiar (avós) em duas e institucionalização em três situações.

Sete dos 43 casos deixaram de necessitar, neste período de estudo, de acompanhamento pelo NHACJR por resolução dos factores de risco social.

O tempo médio de internamento das quatro crianças admitidas por motivos exclusivamente sociais foi de 10,5 dias (mínimo 2 e máximo 22 dias). Nas restantes crianças, os problemas sociais não comprometeram a alta em 60,5% (n=26), mas em 23,3% (n=10) houve adiamento da alta hospitalar por motivos sociais com um prolongamento médio do tempo de internamento de 33,2 dias (mínimo 3 e máximo 136 dias); (Figura 4).

Foi realizada uma avaliação das consequências do internamento, no subgrupo de catorze crianças com adiamento da alta hospitalar por motivos sociais, nomeadamente o risco infeccioso, risco de acidentes e o impacto económico. Ocorreram 42,9% (n=6) infecções nosocomiais, com isolamento

de vírus sincicial respiratório em três casos, vírus *influenza* H1N1 e rotavírus em outras duas situações. Ocorreu um traumatismo crânio-encefálico (TCE) por queda do leito.



**Figura 4** - Risco Social no internamento do Serviço de Pediatria (n=43)

Embora alvo de avaliação, não foi possível concretizar a expressão das repercussões sobre o desenvolvimento a todas as crianças.

O cálculo do custo dos quatro internamentos por motivos exclusivamente sociais foi de 42 dias x 85,00€/dia = 3.570,00€ e o do adiamento da alta hospitalar por motivos sociais em dez casos foi de 332 dias x 85,00€/dia = 28.220,00€. O custo estimado de assistência hospitalar dos dias de internamento social totalizou 31.790,00€.

Salienta-se ainda um doente que, apesar de excluído desta análise de riscos e impacto económico, merece destaque por se manter em situação prolongada de internamento (17 meses), dado não ter reunido consenso nos critérios de aceitação em rede de cuidados continuados.

## Discussão

No total dos 43 internamentos alvo de avaliação pelo NHACJR, verificou-se que o risco social foi detectado à admissão na maioria dos casos, podendo inferir-se um alto grau de suspeição. O sexo masculino e o grupo dos lactentes representaram a maioria das sinalizações e cerca de ¾ dos casos corresponderam a crianças com menos de três anos, o que está de acordo com a literatura<sup>5,9</sup>. De facto os lactentes e as crianças em idade pré-escolar, pela sua dependência, vulnerabilidade e relativa invisibilidade social, estão não só em maior risco de sofrer maus tratos, como também de poderem ter um desfe-

cho fatal<sup>5,9</sup>. Felizmente esta situação não foi objectivada neste estudo. O desemprego verificou-se em 66% dos pais, sendo a sua expressão maior no lado materno. Salienta-se na nossa amostra o baixo nível de escolaridade dos pais e uma estrutura familiar não nuclear. A média de crianças por família foi de 2,44, sendo superior à média nacional já apurada pelo Instituto Nacional de Estatística nos censos de 2001<sup>10</sup>. A presença de indicadores de risco social sem evidência aparente de maus tratos foi identificada em cerca de metade dos casos, o que demonstra sensibilização das equipas médicas na identificação destas situações. O tipo de maus tratos mais vezes identificado foi a negligência, o que vai de encontro com a realidade nacional, recentemente revista em relatório oficial da DGS e está de acordo com vários estudos internacionais<sup>5,6,11,12</sup>.

Apesar de se tratar de uma amostra pequena, o impacto do risco social neste estudo não pode deixar de ser valorizado, uma vez que no grupo de catorze casos com adiamento da alta hospitalar por motivos sociais, o tempo médio de internamento foi superior à duração média dos internamentos ocorridos (6,93 dias). Ocorreram 42,9% infecções nosocomiais, um TCE e o custo estimado foi de 31.790,00€. Importa referir que este custo corresponde a uma subvalorização do impacto económico real. Embora o impacto económico directo seja relevante, é essencial reconhecer que é impossível calcular o impacto da dor e do sofrimento vivenciado pelas vítimas de maus tratos. Estes custos indirectos, não quantificáveis em termos monetários, são no entanto determinantes na decisão e gestão da alocação de recursos de apoio às vítimas, representando frequentemente a maior parcela do impacto económico<sup>5,13,14</sup>.

Embora alvo de avaliação, não foi possível concretizar as repercussões no desenvolvimento. De acordo com a literatura, sabe-se que o cérebro das crianças expostas a situações de stress (abuso físico ou emocional), se desenvolve no sentido de responder a situações de medo, ansiedade ou ameaças do meio envolvente, comprometendo as fases da aprendizagem e construção do pensamento complexo. Da mesma forma a negligência, pela ausência de estímulo, compromete o desenvolvimento cerebral e tem impacto na construção da personalidade<sup>5,14,15</sup>.

### Comentários

Neste estudo, apesar das limitações inerentes a qualquer análise retrospectiva, demonstra-se o impacto do risco social no internamento pediátrico, a importância da existência de um NHACJR que articule com as estruturas da comunidade e a necessidade de maior suporte na sociedade que permita a alta hospitalar mais célere. Uma análise multidisciplinar de possíveis estratégias para resolver esta problemática revela-se necessária, tendo por base os direitos expressos na carta da criança hospitalizada<sup>16</sup> e o contexto socioeconómico actual. O investimento em formação na área dos maus tratos<sup>17-19</sup>, de forma a identificar precocemente estas situações e idealmente, evitar que elas ocorram, contribuirá para a prestação de melhores cuidados às crianças.

### Agradecimentos:

Os autores agradecem à Dr<sup>a</sup> Deolinda Alves, administradora do Conselho de Gestão do Centro de Responsabilidade Materno-Infantil, pela colaboração prestada na realização deste estudo.

### Referências

1. Jorge A, Leça A, Perdigão A, Laranjeira A, Menezes B, Prazeres V, et al. *Crianças e Jovens em Risco – Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde*. Direcção Geral Saúde – Grupo Trabalho sobre Crianças e Jovens em Risco. Lisboa, Maio de 2007; 4-6. Acessível em: <http://www.dgs.pt> – Microsite Crianças e Jovens em Risco.
2. Jorge A, Leça A, Perdigão A, Laranjeira A, Menezes B, Prazeres V, et al. *Maus tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde - documento técnico*. Direcção Geral Saúde – Grupo de Trabalho sobre Crianças e Jovens em Risco em colaboração com a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Instituto de Apoio à Criança, Sociedade Portuguesa de Pediatria, et al. Lisboa, Novembro de 2008; 4-39. Acessível em: <http://www.dgs.pt> – Microsite Crianças e Jovens em Risco.
3. Leça A, Perdigão A, Laranjeira A, Menezes B, Velez C, Prazeres V, et al. *Maus tratos em Crianças e Jovens. Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direcção Geral Saúde; 6-52. Acessível em: <http://www.dgs.pt> – Microsite Crianças e Jovens em Risco.
4. Bittner S, Newberger E. Pediatric understanding of child abuse and neglect. *Peds Review* 1981; 2:197-207.
5. Butchart A, Phinney A, Mian M, Füniss T, Kahane T. *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Geneva. WHO Press; 2006.
6. Prazeres V. *Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco – Comissão de Acompanhamento: relatório de 2010*. Direcção Geral Saúde. Lisboa Fevereiro de 2011; 14-23. Acessível em: <http://www.dgs.pt> – Microsite Crianças e Jovens em Risco.
7. Portaria nº 132/2009. Diário da República, 1ª série, Nº21, 30 Janeiro de 2009:660-5. Acessível em: <http://dre.pt/pdfgratis/2009/01/02100.pdf>.
8. Lei Nº 147/99 de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. Diário da República – I Série-A nº204. 1-9-1999. Acessível em: <http://www.dgs.pt> – Microsite Crianças e Jovens em Risco.
9. Sirotiak A, Krugman R. Physical abuse of children: An update. *Peds Review* 1994; 15: 394-9.
10. Instituto Nacional de Estatística de Portugal. XIV *Recenseamento Geral da População/IV Recenseamento Habitação*. Censos 2001. Acessível em: <http://censos.ine.pt/xportal>.
11. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, Macpherson K, Greene A et al. *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4): Report to Congress*. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Planning, Research, and Evaluation (OPRE) and the Children's Bureau; 2010. Acessível em: [www.acf.hhs.gov/programs/opre/abuse\\_neglect/natl\\_incid/index.html](http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/abuse_neglect/natl_incid/index.html).
12. Giardino A, Hanson N, Hill K, Leventhal J. Child abuse pediatrics: new speciality, renewed mission. *Pediatrics* 2011; 128: 156-8.
13. Wang C, Holton J. *Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States*. Chicago IL. Prevent Child Abuse America (PCAA), 2007. Acessível em: [http://www.preventchildabuse.org/about\\_us/media\\_releases/pcaa\\_pew\\_economic\\_impact\\_study\\_final.pdf](http://www.preventchildabuse.org/about_us/media_releases/pcaa_pew_economic_impact_study_final.pdf).

14. Sternberg, KJ, Lamb ME, Guterman E, Abbott CB. Effects of early and later family violence on children's behaviour problems and depression: a longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse Negl* 2006; 30:283-306.
15. Turner HA, Finkelhor D, Omrod R. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Soc Sci Med* 2006; 62:13-27.
16. Portugal: Sociedade Portuguesa Pediatria. *Carta da Criança Hospitalizada redigida em 1998 em Leiden*. Acessível em: <http://www.spp.pt/UserFiles>.
17. Feigelman S, Dubowitz H, Lane W, Grube L, Kim J. Training pediatric residents in a primary care clinic to help address psychosocial problems and prevent child maltreatment. *Acad Pediatr* 2011;11:474-80.
18. Bechtel K, Le K, Martin KD, Shah N, Leventhal JM, Colson E. Impact of an educational intervention on caregivers beliefs about infant crying and knowledge of shaken baby syndrome. *Acad Pediatr* 2011;11:481-6.
19. Sege R, Flaherty E, Jones R, Price L, Harris D, Slora E, Abney D, et al. To report or not to report: examination of the initial primary care management of suspicious childhood injuries. *Acad Pediatr* 2011;11:460-6.